

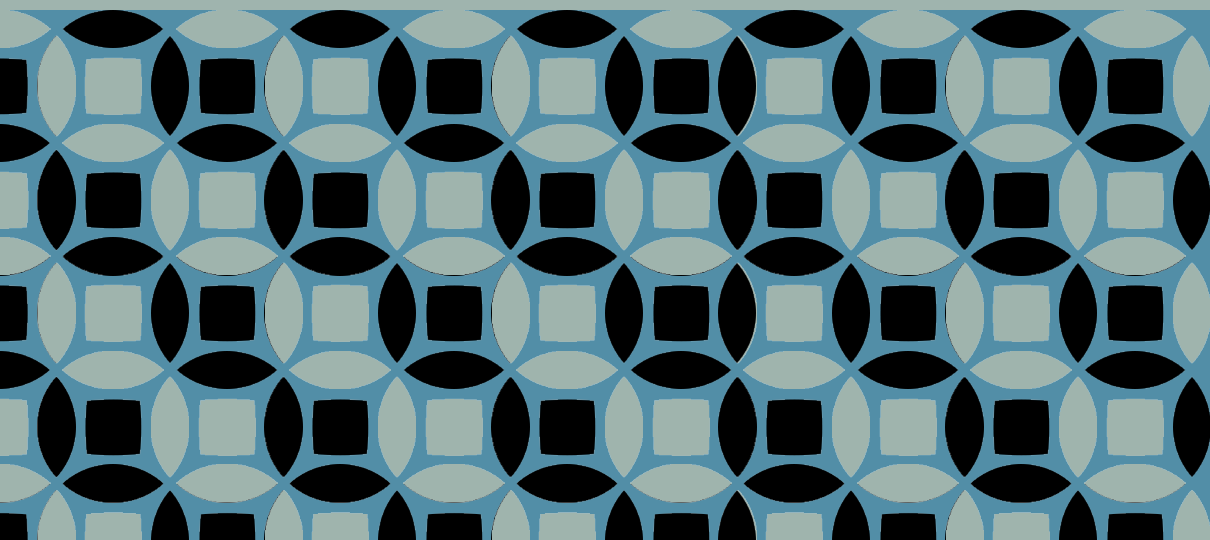
Politiche sociali 4

Medicina specialistica e community care

a cura di
Giovanni Bertin



Edizioni
Ca' Foscari



Medicina specialistica e community care

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana diretta da
Stefano Campostrini

4



Edizioni
Ca' Foscari

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)

Direttore scientifico

Stefano Campostrini (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Comitato scientifico

Luigi Benvenuti (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Silvio Giove (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Fabrizio Panozzo (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Dino Rizzi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Gaetano Ziliograndi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Alex Robertson (The University of Edinburgh, Scotland, UK)

David McQueen (Emory University, Atlanta, USA)

Direzione e redazione

Dipartimento di Economia

Università Ca' Foscari Venezia

Fondamenta San Giobbe, Cannaregio 873

30121 Venezia

Medicina specialistica e community care

a cura di
Giovanni Bertin

Venezia

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

2015

Medicina specialistica e community care
Giovanni Bertin (a cura di).

© 2015 Giovanni Bertin

© 2015 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing per la presente edizione

Qualunque parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di recupero dati o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, senza autorizzazione, a condizione che se ne citi la fonte.

Any part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means without permission provided that the source is fully credited.

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing
Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 3246
30123 Venezia
<http://edizionicafoscari.unive.it/>
ecf@unive.it

1a edizione febbraio 2015
ISBN 978-88-6969-003-7 (pdf)

Progetto grafico di copertina: Studio Girardi, Venezia | Edizioni Ca' Foscari

Certificazione scientifica delle Opere pubblicate da Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: tutti i saggi pubblicati hanno ottenuto il parere favorevole da parte di valutatori esperti della materia, attraverso un processo di revisione anonima sotto la responsabilità del Comitato scientifico della collana. La valutazione è stata condotta in aderenza ai criteri scientifici ed editoriali di Edizioni Ca' Foscari.

Scientific certification of the works published by Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: all essays published in this volume have received a favourable opinion by subject-matter experts, through an anonymous peer review process under the responsibility of the Scientific Committee of the series. The evaluations were conducted in adherence to the scientific and editorial criteria established by Edizioni Ca' Foscari.



Si ringrazia Sumai Assoprof per il finanziamento del progetto

Sommario

Roberto Lala Presentazione	7
Giovanni Bertin Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma	9
Costantino Cipolla, Alberto Ardisson, Alessia Manca La medicina specialistica: una panoramica europea	35
Romano Astolfo, Paola Bragagnolo, Maristella Zantedeschi Un mondo in cambiamento L'opinione degli specialisti ambulatoriali interni iscritti al SUMAI	63
Marco Olivi Specialisti ambulatoriali interni: il quadro normativo e le possibili prospettive future	109
Giovanni Bertin, Maristella Zantedeschi Conclusioni Alcune piste di lavoro per lo sviluppo della riflessione sul ruolo dello specialista ambulatoriale territoriale nel nuovo sistema sanitario locale	119

Presentazione

Roberto Lala - Segretario Generale SUMAI Assoprof

Il SUMAI Assoprof, nel corso della trattativa per il nuovo Accordo Collettivo Nazionale e alla luce delle previste novità normative ed organizzative della Sanità Convenzionata Pubblica definitivamente esplicitate dalla Legge 189/2012, ha ritenuto necessario proporre insieme con l'Università Ca' Foscari di Venezia uno studio sulle figure specialistiche ambulatoriali convenzionate interne ed in particolare sulla situazione attuale e sulle prospettive future della categoria con l'intento di presentare una ricerca a valenza scientifica e con l'ambizione che possa costituire il punto di riferimento nazionale anche a livello di negoziazione ai fini della reale applicazione delle nuove forme organizzative come UCCP e AFT, previste dalla Legge 189/12, ribadite sul recente Patto della Salute e già previste in parte nell'ACN in vigore.

È particolarmente significativo che questo lavoro venga pubblicato dopo che negli ultimi anni si è riscontrata una chiara e positiva evoluzione della categoria, ritornata ad essere il maggior punto di riferimento dell'attività specialistica territoriale ed ambulatoriale pubblica a diretta gestione e che venga quindi presentato in concomitanza proprio delle trattative per il nuovo ACN volendo segnare una ulteriore svolta che vedrà la categoria degli Specialisti Ambulatoriali e le altre Professionalità Convenzionate Interne, di certo, sempre più protagonista.

Il dibattito e il confronto che caratterizza le Aggregazioni Funzionali Territoriali e l'aumentata rilevanza delle malattie cronico-degenerative comporta inevitabilmente un cambiamento dei sistemi sanitari: questi si stanno modificando sostenendo le persone a 'co-gestire' la loro condizione sanitaria, riducendo così la perdita della capacità di svolgere una vita autonoma e richiedendo quindi profonde trasformazioni come un approccio multidisciplinare della multidimensionalità della condizione di disagio sociale.

La compresenza di diverse patologie croniche deve essere co-gestita da medici competenti ed aggiornati mediante una revisione delle dinamiche che tradizionalmente connettono i diversi attori che vi partecipano (Specialisti, MMG, PLS e infermieri che devono ripensare alla loro identità professionale).

Questi cambiamenti inoltre si devono confrontare anche con le modifiche proposte/imposte dallo sviluppo delle tecnologie della web society e dai nuovi comportamenti (anche nella gestione della salute) che tali dinamiche stanno attivando.

All'interno di questo scenario si è sviluppata quindi questa ricerca dell'Università Ca' Foscari che ha inteso affrontare il problema del cambiamento

di identità e di ruolo che sta accompagnando il dibattito interno ai medici della medicina specialistica territoriale.

In particolare questo lavoro ha cercato di svilupparsi lungo tre percorsi paralleli, relativi all'analisi:

- delle dinamiche normative che definiscono e condizionano il processo di cambiamento del ruolo della medicina specialistica territoriale;
- dei processi di cambiamento che stanno interessando questa importante area di intervento sanitario negli altri paesi europei evidenziandone l'unicità e la grande risorsa italiana per la presenza di una specifica figura specialistica territoriale pubblica;
- dell'identità professionale e dei concreti processi di lavoro che coinvolgono i medici specialisti aderenti al SUMAI.

Questa ricerca dimostra quindi la volontà costante della categoria dei medici specialisti e dei professionisti convenzionati interni di affrontare i tuttora numerosi problemi irrisolti con un nuovo approccio propositivo ma anche critico in una visione multidisciplinare della loro attività, preziosa per l'assistenza al cittadino in qualsiasi campo.

Il dibattito e il confronto sulle singole esperienze costituiscono per il SUMAI Assoprof la strada che conduce a una strategia efficace per il raggiungimento di modelli facilmente riproducibili su tutto il territorio nazionale e nelle regioni pur conservando le singole specificità.

L'augurio è che questo percorso intrapreso con l'Università Ca' Foscari possa successivamente continuare la sua opera di unificazione e aggiornamento delle conoscenze, pur nelle preziose differenze di esperienza scaturite nelle varie realtà locali esistenti sul nostro territorio nazionale vedendo sempre più la categoria ed il SUMAI Assoprof che mi onoro di rappresentare, pronti al cambiamento e protagonisti nelle sfide future che verranno nell'ambito della Sanità Pubblica Italiana.

1 Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma

Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Abstract The health systems of European countries have been interested by a lot of changing processes that have taken different characteristics in the single countries. The changing process hasn't been linear but characterized by reforms and counter reforms. The demographic, socio-economic and epidemiological changings need to a structural change, able to move the focus of the health system from the hospital to the community care. The keywords of this new change are: care focused on the person, coordination and integration of different professionals, the work with and within the community. These issues are influencing the development of the social innovation in the local health systems.

Sommario 1. Le fasi del cambiamento. – 2. Il cambiamento strutturale: verso la community care. – 3. Conclusioni.

Analizzando i processi di sviluppo di sistemi sanitari dei paesi occidentali è facile notare la loro forte dinamicità e continua evoluzione. Del resto, tali sistemi si caratterizzano per insistere su alcuni fattori di instabilità che possono essere ricondotti:

- all'evoluzione delle patologie alle quali i sistemi sanitari devono rispondere. Tali sistemi operano sugli effetti prodotti nei singoli individui dai loro percorsi di vita. L'inquinamento, la turbolenza dei sistemi economici e sociali, i cambiamenti demografici sono tutti fattori che finiscono per creare effetti sulla salute delle persone e modificare il quadro delle patologie sulle quali il sistema sanitario agisce;
- alla dimensione tecnologica. Secondo alcuni autori i sistemi sanitari costituiscono il contesto organizzativo che presenta una maggior complessità e dinamicità sul piano tecnologico. Se il termine tecnologia lo utilizziamo nella sua accezione più ampia e comprendiamo anche l'insieme delle conoscenze che caratterizzano le identità professionali di quanti operano nel settore, ne deriva una chiara evidenza dell'estrema instabilità ed evolutività di questa fondamentale dimensione del processo di cura;
- al processo di apprendimento dei bisogni e all'evoluzione di alcuni fenomeni sociali legati al consumerismo sanitario (Maturo, Conrad 2010) da una parte, e alla medicina difensiva che spinge verso l'aumento degli esami diagnostici dall'altra che hanno attivato un aumento della domanda e dei costi dei sistemi sanitari. Tale spirale ha messo in crisi il fragile equilibrio fra spesa sociale e prelievo fiscale attivando una forte domanda di cambiamento;
- alle criticità emerse dall'analisi del funzionamento dei sistemi sa-

nitari, riconducibili alla burocratizzazione dei processi di lavoro, all'aumento dell'insoddisfazione dei pazienti legata spesso ai tempi di attesa, all'emergere delle forti disuguaglianze di salute e di fruizione dei servizi sanitari;

- al processo di acquisizione e diffusione del sapere sulle problematiche della salute che con internet ha subito un processo di profonda trasformazione, tale da mettere in crisi il tradizionale rapporto di potere che governa la relazione medico-paziente;
- all'interdipendenza di questi diversi fattori di criticità. Si pensi, per esempio, agli effetti della crisi economica sull'uso dei servizi sanitari. Numerose ricerche (Costa et al. 2012; Cislaghi, Sferrazza 2013; Bertin 2014) hanno evidenziato l'effetto di scoraggiamento all'uso dei servizi sanitari ed il formarsi di beni sanitari primari e irrinunciabili (per esempio: diagnosi, esami e ricoveri) ed altri secondari che diventano fruibili sono in presenza delle condizioni economiche che lo consentono (per esempio: odontoiatria, riabilitazione, prevenzione).

Tutte queste dinamiche sono compresenti nei processi che, negli ultimi trent'anni hanno influenzato i cambiamenti nei sistemi sanitari.

In questo articolo si cercherà di ripercorrere il percorso del cambiamento che ha caratterizzato il consolidamento dei sistemi di welfare in generale e dei sistemi sanitari in particolare. L'ipotesi del lavoro è che tale cambiamento possa essere definito di tipo continuo ma sconnesso. Queste caratteristiche hanno modificato solo parzialmente la struttura del sistema e non hanno risolto le criticità che lo hanno attivato. L'attuale fase di cambiamento deve fare i conti con questa situazione ed affrontare una domanda di cambiamento discontinuo e strutturale, capace di confrontarsi con le dinamiche (turbolente) estere al sistema, che riguardano la situazione sociale, quella economica e quella ambientale.

1 Le fasi del cambiamento

I sistemi sanitari dei paesi occidentali sono stati interessati dal susseguirsi di processi di cambiamento. Toth (2010) studiando gli ultimi 30 anni di storia dei sistemi sanitari ha individuato almeno tre ondate, ognuna delle quali rappresentabile da specifiche parole chiave. Possiamo, infatti, parlare di: i) una prima fase caratterizzata dalla separazione e dalla competizione; ii) una seconda fase orientata all'integrazione e alla regolazione; iii) ed una terza fase focalizzata sulla qualità dei servizi e sui diritti dei pazienti.

1.1 Separazione e competizione (periodo 1980-1990)

Gli anni Ottanta sono stati caratterizzati dal prevalere della cultura liberista e dalla speranza nella capacità del mercato di consolidare il processo di sviluppo economico che aveva caratterizzato il periodo precedente. L'aumento della libertà di azione degli attori economici, la liberalizzazione e de-regolamentazione delle dinamiche del mercato e la privatizzazione delle imprese sono processi, tipici del dibattito economico, che sono stati considerati in grado di risolvere anche le criticità della pubblica amministrazione. Questo cambiamento culturale trova, per altro, origine anche nelle prime evidenze dell'eccessiva burocratizzazione (ed in alcuni casi dal clientelismo) che aveva accompagnato la prima fase di sviluppo dei sistemi di welfare. Anche la logica della regolazione basata sulla programmazione pubblica aveva, infatti, evidenziato alcune importanti criticità. L'impianto culturale partiva dal presupposto che le dinamiche della concorrenza fossero in grado di governare anche la produzione dei beni pubblici e non solo di quelli privati. Partendo da questa impostazione si è fatto avanti un percorso riformatore che ha cercato di riportare nei servizi sanitari la cultura ed i processi di produzione tipici delle imprese manifatturiere o dei servizi di produzione di beni privati. La cultura neo liberista, la privatizzazione delle organizzazioni di produzione dei servizi sanitari e la logica del new public management hanno portato ad una separazione fra la fase di acquisto e quella di erogazione delle prestazioni sanitarie, ed alla definizione delle condizioni che consentono ai produttori dei servizi di competere fra di loro. L'ipotesi su cui poggiava questa impostazione era riconducibile alla capacità di regolazione del mercato. A questo proposito Toth sostiene che «anche nel settore delle cure sanitarie, il programma di riforma lanciato all'inizio degli anni Novanta aveva l'obiettivo di introdurre i meccanismi tipici del mercato e di sviluppare la concorrenza. L'obiettivo di far crescere l'efficienza e la competizione fra le varie componenti del sistema sanitario è stato perseguito seguendo differenti strategie, realizzate in modo differenziato fra i diversi governi nazionali» (Toth 2010, p. 82). Pur utilizzando diverse strategie, i processi riformatori non hanno prodotto i risultati di efficienza attesi e l'introduzione della concorrenza non ha frenato l'aumento dei costi dei sistemi sanitari. Inoltre, le dinamiche della concorrenza hanno evidenziato la difficoltà di regolare i processi di produzione dei beni comuni.

1.2 Integrazione e regolazione (periodo: 1990-2000)

Le difficoltà evidenziate dal processo riformatore e i cambiamenti nel dibattito economico e politico hanno aperto una seconda fase di revisione dei sistemi sanitari. Il tentativo si risolveva in problemi della regolazione

pubblica spostando l'asse sulle dinamiche del mercato e della concorrenza aveva fatto emergere altri fattori di criticità. Laratta (2010), con le sue ricerche, ha evidenziato che la privatizzazione diffusa e l'adozione di logiche meramente di mercato nella gestione dei servizi di welfare presenta quattro ordini di problemi: produce una distribuzione territoriale dei fornitori (privati profit e non) scollegata all'espressione del bisogno; rischia di produrre una perdita di identità nel no-profit (rischio di comportamento isomorfo rispetto al privato profit); delegittima la funzione dello stato minandone il ruolo di attore dei processi redistributivi e di garanzia contro i rischi di disgregazione sociale; porta con sé un aumento delle disegualianze sociali. Anche gli studi di natura economica hanno evidenziato la scarsa efficienza delle dinamiche della concorrenza (quantomeno quando diventa la strategia esclusiva di regolazione del sistema) nella regolazione dei sistemi che governano la produzione di beni pubblici. Questi lavori di ricerca portano a concludere che l'introduzione di logiche di mercato e di aziendalizzazione nella gestione dei servizi sanitari ha mostrato la necessità di sperimentare altre strade, capaci di tener conto della specificità dei sistemi sanitari. Questi elementi di criticità ed il dibattito che ne è scaturito hanno avviato la seconda fase di cambiamento. Toth sostiene che «muovendo verso una direzione opposta da quella introdotta dalla prima ondata (di cambiamento), alcuni governi hanno preferito forzare il ruolo dei fornitori privati, riducendo (ufficialmente o solamente nella pratica), la libertà di scelta garantita ai pazienti. Inoltre, in alcuni stati quali la Francia, la Gran Bretagna e la Nuova Zelanda, aumenta il potere dell'autorità pubblica locale di pianificare e regolare le cure sanitarie e sono state introdotte nuove obbligazioni e nuovi controlli nella pratica della medicina» (Toth 2010, p. 84).

Anche questi processi, orientati alla ricerca di un riequilibrio fra le dinamiche del mercato e quelle della regolazione pubblica, hanno assunto forme diverse nei singoli paesi, in relazione alle specifiche dinamiche dei contesti (attori sociali, forse politiche, loro ruoli e capacità rivendicative ecc.) territoriali.

1.3 Qualità dei servizi e diritti dei pazienti

Secondo Toth (2010, p. 85) i problemi che hanno attivato la riforma degli anni '80 rimangono più o meno inalterati fino agli anni 2000. La spesa sanitaria ha continuato a crescere e ad incidere sempre più sul prodotto interno lordo dei singoli stati. D'altra parte la possibilità di scelta dei cittadini è rimasta limitata ed in molti stati i cittadini hanno manifestato insoddisfazione per il funzionamento dei servizi sanitari. Questi elementi hanno fatto perdere di forza propulsiva le parole d'ordine che avevano caratterizzato il periodo precedente. La tensione alla privatizzazione ed al

mercato cala di centralità e si fanno strada orientamenti che richiamano l'attenzione dei decision maker verso la qualità dei servizi sanitari e verso i diritti dei pazienti. Le riforme avviate, nel periodo che va dalla fine del secolo scorso ai primi anni del nuovo, in paesi quali l'Olanda, la Nuova Zelanda, la Svezia, la Francia e la Germania, propongono alcuni diritti fondamentali lungo i quali ripensare i servizi di welfare. In particolare si riconosce il diritto di «ricevere adeguate informazioni relativamente al proprio stato di salute ed alle possibili opzioni di cura, di avere accesso ai propri dati sanitari, di essere trattati con dignità, di avere il rispetto alla propria privacy, di ottenere una seconda opzione riguardo alla propria diagnosi, di esprimere le proprie lamentele, di non avere tempi di attesa troppo lunghi» (Toth 2010, p. 85).

L'analisi di questo lungo processo di riforma, che ha accompagnato i sistemi sanitari dei paesi occidentali, evidenzia l'assunzione di caratteristiche diverse, nei tempi e nelle forme. Per altro, risulta difficile individuare l'effetto puntuale dei diversi fattori che hanno influenzato tali dinamiche di cambiamento. Possiamo solo riprendere una lista di elementi che le ricerche (Vrooman 2013) indicano come fattori generativi delle politiche di welfare. La struttura socio-economica dei paesi, il sistema politico di appartenenza, la matrice culturale che orienta il comportamento e la capacità rivendicativa dei diversi attori sociali (i professional, i cittadini, i decisori pubblici), le caratteristiche ed il comportamento strategico del terzo settore e delle imprese profit, sono tutti fattori che concorrono a definire le linee di indirizzo che hanno influenzato il processo riformatore. Toth conclude la sua ricerca affermando che si tratta di un percorso travagliato: «questo articolo mostra come il processo di definizione delle politiche, all'interno del settore sanitario, non è di tipo lineare. In larga parte è un processo contraddittorio, ricorrente e circolare, che evolve tra riforme e controriforme» (Toth 2010, p. 88).

La rilettura del processo di cambiamento consente anche di constatare che si tratta di un cambiamento endogeno, teso ad aumentare l'efficienza del sistema nel suo complesso e che, in quanto tale non assume mai le forme del cambiamento strutturale. Solo nel nuovo secolo si pone con forza il problema della necessità di rivisitare le forme dei sistemi sanitari in relazione alla domanda di riforma attivata dai cambiamenti sociali, economici ed epidemiologici. Quello che si sta profilando all'orizzonte dei sistemi sanitari nei singoli paesi è un cambio di passo del processo riformatore, le modifiche attivate o in via di attuazione presentano una discreta discontinuità rispetto al percorso riformatore degli ultimi anni.

2 Il cambiamento strutturale: verso la community care

Analizzando gli attuali processi di riforma si può facilmente notare che le parole chiave richiamano ad uno spostamento del centro del processo di cura dall'ospedale al territorio. Primary care, cure primarie, assistenza primaria sono le parole chiave più evocate dal dibattito e dagli strumenti normativi. Questo processo di spostamento del focus non può essere affrontato solo con un consolidamento delle attività svolte nel territorio. Questa interpretazione 'continuista' non sarebbe in grado di affrontare le nuove sfide poste dai cambiamenti esterni al sistema. Il dibattito e le esperienze in atto evidenziano che questi termini sottendono (ed evocano) un cambiamento di paradigma, attorno al quale si stanno ridefinendo i processi e le dinamiche del processo di cura. Ripensare ad un nuovo paradigma del lavoro di cura con riferimento alla primary care (o meglio community care) risulta oggi difficile. Stiamo, infatti, attraversando una fase di trasformazione di natura sperimentale, che necessita di essere approfondita. È forse più utile provare a definire gli aspetti entro cui si sta sviluppando questo processo ed indicare le piste che segnano l'innovazione in corso.

Per marcare le piste del cambiamento e di costruzione di un nuovo paradigma di processi organizzativi che insistono sul lavoro di cura svolto nel territorio, è possibile scomporlo con riferimento alle interazioni che lo caratterizzano. In questa prospettiva possiamo immaginare che l'innovazione deve essere analizzata relativamente alle dinamiche medico-paziente, a quelle fra i diversi professionisti ed infine a quelle con gli altri attori della comunità. La specificazione di queste tre direzioni dell'innovazione spingono ad adottare il termine community care come riferimento capace di rappresentare la complessità delle direzioni che devono essere considerate.

Seguendo la strada indicata da Toth (2010), che ha cercato delle parole chiave capaci di rappresentare la cultura che ha caratterizzato le diverse ondate del cambiamento, possiamo proporre di considerare: «il lavoro di cura centrato sull'utente» come la cifra del cambiamento nelle relazioni fra chi eroga e chi riceve la prestazione; «il lavoro in team» come la strada da seguire per cambiare le relazioni fra i professionisti; e la «network governance» come processo di governo delle dinamiche con e nella comunità.

Tabella 1. Cure primarie e innovazione

	Innovazione sociale	Innovazione tecnologica
Relazione medico-paziente (coinvolgimento nel percorso di cura)	<p>LAVORO DI CURA CENTRATO SUL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • approccio olistico • identità professionale e bilanciamento Evidence Based Medicine con Narrative Based Medicine • empowerment 	<ul style="list-style-type: none"> • libretto sanitario elettronico • social network
Relazione fra i professionisti	<p>COORDINAMENTO E INTEGRAZIONE PROFESSIONALE (orizzontale e verticale)</p> <ul style="list-style-type: none"> • identità e integrazione professionale • lavoro in team • gestione della cronicità 	<ul style="list-style-type: none"> • cartella sanitaria condivisa • social network • e-research method
Relazione con (e per) la comunità	<p>LAVORO DI COMUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • integrazione delle politiche • promozione della salute • riduzione delle disuguaglianze di salute • network governance 	<ul style="list-style-type: none"> • social-network • e-democracy

2.1 Innovazione sociale e relazione medico-paziente

La letteratura che si occupa di primary care concorda nel considerare l'importanza di un approccio clinico centrato sull'utente. A fronte di questa condivisione, però, non troviamo una chiara e univoca definizione di cosa s'intende con questo concetto. Mead e Bower (2002) hanno fatto una rilettura critica del dibattito cercando di definire alcuni elementi che consentissero di pensare alla centralità dell'utente non solo come un approccio generico ma come vero e proprio modello di gestione del processo di cura. Gli elementi definatori utilizzati attengono a: «l'esplorazione dei disturbi e delle esperienze di malattia, la comprensione della persona nella sua globalità, la ricerca di un terreno comune di gestione (della malattia), l'inclusione delle attività di prevenzione e di promozione della salute, lo sviluppo della relazione medico-paziente, l'essere realistici relativamente ai limiti e alle risorse personali» (Mead, Bower 2002, p. 51). Una prima lettura di questa definizione evidenzia la compresenza di diverse dimensioni che attengono all'attenzione alle diverse componenti (psico-fisiche

e sociali) della persona, ma anche alla costruzione di un processo di comunicazione capace di coinvolgere il paziente nell'analisi e nella gestione del processo di cura.

A conclusione della loro definizione del modello centrato sul paziente, questi autori propongono cinque aspetti fondanti, riconducibili alla necessità di:

- considerare la persona nella sua interezza, prestando attenzione alla dimensione biologica, psicologica e sociale;
- tenere presente che il paziente è una singola persona con percezioni e modi di considerare la propria condizione di malattia;
- condividere il potere e le responsabilità, avendo attenzione alle preferenze dei pazienti e alla necessità di scambiare le informazioni e coinvolgere il paziente nel processo che porta alla scelta della cura;
- prestare attenzione alla costruzione del rapporto di alleanza terapeutica basata sulla condivisione degli obiettivi da perseguire;
- tenere presente che anche il medico è una persona, influenzato nella pratica professionale ma anche dalle proprie qualità personali e dalla propria soggettività.

Questa impostazione pone il problema della cultura che orienta l'agire professionale del medico.

2.1.1 Lavoro di cura centrato sul paziente e identità professionale

L'attenzione alla soggettività ed alla globalità della persona sono, infatti, difficilmente riconducibili all'interno di un sapere medico ed un ragionamento clinico centrato esclusivamente sul sintomo e sulla distribuzione statistica di test diagnostico-laboratoriali. Tali distribuzioni statistiche sono costruite per analizzare una popolazione relativamente ad un parametro che può avere un diverso grado di associazione con una determinata patologia. Ma tale relazione non tiene conto delle infinite variabili che spiegano la condizione del singolo individuo. In altre parole, la necessità di tener conto della persona nella sua complessità (seguendo un approccio olistico) mal si concilia con un ragionamento parcellizzato che ne considerare separatamente le diverse componenti. Giarelli (2010, p. 55), a questo proposito, sostiene che «quando il medico cerca di applicare i risultati della ricerca scientifica al caso clinico che ha di fronte, si crea immediatamente una sorta di dissonanza cognitiva». La dissonanza è prodotta dall'impossibilità di tener conto della complessità e unicità della singola persona. La discrasia fra la dimensione clinica affrontata attraverso l'analisi dei sintomi e perseguita attraverso l'interpretazione dei singoli parametri su base statistica, la dimensione sistemica del funzionamento del corpo umano e la rielaborazione personale del vissuto della malattia da parte del paziente, necessitano di una ricomposizione in chiave olistica. La complessità di

questo processo è data dalla compresenza di alcuni fattori che influenzano il processo di cura, in particolare possiamo parlare di:

- un confronto fra la segmentazione delle informazioni cliniche e la necessità di considerarle (e ridefinirne la rilevanza) in una prospettiva globale;
- un confronto fra l'interpretazione dei dati (oggettivi e/o soggettivi) clinici fatta dal medico o dal paziente alla luce del proprio vissuto esperienziale, che contiene anche implicazioni emotive vs cognitive fortemente differenziate.

Questi elementi di complessità, rivisti alla luce di un approccio centrato sul paziente, evidenziano la necessità di costruire un processo di cura che combini il contributo 'analitico' fornito dalle evidenze (proprie della cultura della Evidence Based Medicine) con quello 'comprensivo' fornito dalla ricostruzione delle caratteristiche originali insite nelle storie personali (Narrative Based Medicine). La complessità di questa integrazione è legata anche ai paradigmi scientifici sottesi da queste diverse esigenze che attengono all'idea positivista, da una parte, ed ermeneutica, dall'altra, di costruzione della conoscenza.

2.1.2 Lavoro di cura centrato sul paziente e processi di comunicazione

Un ulteriore elemento di complessità è legato alla scelta, insita nella logica dell'intervento centrato sull'utente, di assegnare grande rilevanza ai processi di comunicazione fra chi eroga e chi riceve la prestazione sanitaria. Kreps (2009, p. 348) sostiene che l'efficacia delle cure sanitarie e dei processi di promozione della salute dipendono dalla capacità di risolvere positivamente gli elementi di ambiguità che caratterizzano le situazioni complesse. Nel nostro caso si tratta di sviluppare un confronto fra i fruitori dei servizi e gli attori chiamati ad erogare le prestazioni. Tale confronto deve consentire agli attori di attivare un processo di costruzione di senso (Weick 1997). Secondo Weick ogni attore sociale è portatore di proprie mappe cognitive, attraverso le quali interpreta le informazioni che incontra. Quando le informazioni risultano nuove e non sono facilmente interpretabili si attiva un meccanismo (sense making) che porta allo sviluppo di tali mappe. È questo processo di ridefinizione delle conoscenze che consente di dare senso allo scambio delle informazioni. Partendo da questa impostazione della comunicazione, possiamo assumere che il coinvolgimento attivo del paziente nel processo di cura comporta lo sviluppo di una comunicazione capace di ridurre le ambiguità legate alle diverse mappe cognitive degli attori (medico e paziente) che entrano in relazione. Questo meccanismo di comunicazione deve, di fatto, consentire di attivare un processo di costruzione di significati condivisi.

Kreps (2009) sostiene che, per riuscire ad attivare un processo di sense making, chi gestisce e chi riceve la prestazione devono:

- «impegnarsi in regolari contatti comunicativi con le organizzazioni chiave esterne e rappresentative dell'ambiente per identificare gli argomenti centrali e trattare le informazioni ambigue;
- rimanere vitali ed efficienti, trattare le informazioni con lo stesso grado di ambiguità. Se trattano informazioni ambigue come se fossero chiare (senza costruire un appropriato ciclo del comportamento comunicativo) è probabile incorrere in errori fatali, perché reagiranno impropriamente agli input. Se maneggiano informazioni inequivocabili come se fossero equivoche (producendo una variabilità di interazioni dubbie) possono distruggere le energie organizzative;
- sforzarsi di registrare accuratamente il livello di ambiguità nelle informazioni che raccolgono, costruire un ciclo del comportamento comunicativo appropriato, in risposta agli input, ed elaborare gli input ambigui producendo output desiderabili per l'organizzazione. Attenzione deve essere data nel valutare accuratamente gli input informativi;
- facilitare l'adattamento organizzativo all'ambiguità informativa producendo connessioni in tutto il sistema delle cure sanitarie, il suo ambiente pertinente, e attivare interazioni con gli attori chiave (risorse informali) sulle azioni difficili. I clienti delle cure sanitarie e i fornitori devono chiedere in merito alle questioni rilevanti quando elaborano input informativi difficili e lavorare con gli altri quando affrontano compiti troppo complessi per loro da comprendere individualmente;
- concentrarsi meno sulle azioni individuali e di più sui comportamenti comunicativi intrecciati da gruppi indipendenti dai membri dell'organizzazione. Il processo di controllo interno al sistema di cure sanitarie si realizza attraverso relazioni tra individui, piuttosto che da singoli individui;
- sviluppare programmi di formazione nelle organizzazioni sanitarie enfatizzando: il lavoro di squadra; gli incontri quotidiani e settimanali tra membri dell'organizzazione; le azioni di problem-solving. Si possono formare gruppi di sostegno sociale per intrecciare i comportamenti comunicativi necessari per l'adattamento;
- prestare attenzione a trattenere le informazioni rilevanti sulle modalità di gestione della cura e sulle situazioni di promozione della salute. Ogni attività precedente di cura e di promozione della salute costituisce un precedente ed un punto di confronto per le attività future» (Kreps 2009, p. 348).

Questi punti sottolineano la rilevanza delle modalità di gestione della comunicazione per ridurre l'ambiguità interna. È il confronto fra gli attori che

consente di far emergere le strutture cognitive attraverso le quali i soggetti interpretano le informazioni scambiate. Tale confronto attiva un processo di sense making che può portare alla costruzione di mappe cognitive condivise e, conseguentemente, consentire lo scambio di conoscenze e informazioni. Kreps (2009), infine, ci ricorda che questo processo non deve essere chiuso all'interno delle organizzazioni che erogano le prestazioni sanitarie, ma deve coinvolgere tutti gli stakeholder interni ed esterni al sistema sanitario.

2.2 Innovazione di processo e relazione fra professionisti

La professione medica ha costruito la sua identità ed i propri codici di riconoscimento attorno ad un sapere specialistico che ha trovato la sua massima espressione nello sviluppo dei sistemi ospedalieri. Questo tipo di sviluppo dell'identità e del sapere ha portato a considerare (dagli utenti, ma in parte anche dagli operatori sanitari) medici ospedalieri come portatori del vero sapere e quelli territoriali come ancelle organizzative e 'burocratiche' del sistema. Questa idea del sapere medico si sposa, per altro, con l'idea di sapere scientifico basato sulla scomposizione delle variabili che possono determinare una specifica condizione clinica, a fronte di un approccio olistico che cerca di costruire una valutazione clinica come prodotto complesso delle condizioni fisiche, psichiche e sociali che caratterizzano la singola persona. Questa rappresentazione, sicuramente semplicistica, delle identità professionali è stata messa in crisi dalla carta di Ottawa che ribadisce la centralità del territorio e la necessità di integrare un sapere specialistico con uno di tipo olistico che considera le persone nella loro globalità. Fino ad ora questi saperi sono stati vissuti dai professionisti, ma anche dagli utenti dei servizi, come gerarchicamente sequenziali, per cui si tende a pensare che il vero sapere è quello specialistico. Questi stereotipi culturali finiscono per creare l'idea di figure professionali (i medici in particolare) di serie A e di serie B, dove, ovviamente la serie A è rappresentata dal sapere specialistico. Un altro elemento che differenzia le culture professionali della sanità riguarda il contesto organizzativo. Da una parte si parla di medici ospedalieri e dall'altra di medici che operano nel territorio (si tratti di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta o specialisti ambulatoriali). Nel primo caso si tratta di professional che agiscono come dipendenti all'interno di sistemi organizzativi complessi, mentre nel secondo di liberi professionisti abituati a lavorare da soli. Ovviamente le culture organizzative e le abitudini nella gestione della quotidianità professionale risultano profondamente diverse. L'autonomia decisionale, il rapporto con autorità e potere, la necessità di condivisione e di organizzazione del tempo sono profondamente diversi e, conseguentemente, portano a sviluppare competenze organizzative diverse (saper stare in una organizzazione complessa versus autonomia e intrapresa).

Queste diverse culture organizzative e identità professionali non hanno nel tempo sviluppato capacità d'integrazione, ma anzi diffidenza e scarsa legittimazione reciproca. Lo sviluppo di un sistema territoriale non può prescindere dalla legittimazione reciproca delle professioni in campo e dalla ridefinizione di un sapere integrato, capace di far sintesi delle specializzazioni e della loro integrazione.

Tabella 2. Identità e professioni

	Ospedale	Territorio
Natura sapere	Specialistico	Olistico
Relazioni fra professional	Intra-professionale (fra saperi specialistici)	Inter-professionale (fra professioni e organizzazioni)
Cultura	Professione e organizzativa	Professione

Le parole chiave sulle quali si gioca la centralità del territorio nel lavoro di cura sono riconducibili, quindi, alla legittimazione di un sapere olistico che deve essere in grado di integrare le diverse conoscenze e prospettive dei professionisti che possono essere coinvolti.

2.2.1 Identità e integrazione professionale

Possiamo parlare di integrazione fra professioni (operativa) con riferimento alle pratiche di co-azione da parte dei singoli professionisti che si trovano ad agire sullo stesso caso. Le esperienze d'innovazione riguardano l'integrazione fra:

- medici di medicina generale e medici specialistici che operano nel territorio;
- medici (in generale) che lavorano nel territorio e che gestiscono le cronicità e medici che lavorano nell'ospedale e intervengono (prevalentemente) nelle condizioni di acuzie della malattia;
- medici del territorio con altre figure sanitarie che operano nel territorio o nelle strutture ospedaliere;
- professioni sanitarie, in generale, con quelle non sanitarie sociali, educative (ecc.) che intervengono nel lavoro di cura.

La centralità dei processi di integrazione e la necessità di ripensare al paradigma che caratterizza le professioni sanitarie verso logiche di tipo olistico è, del resto, ben presente nelle esperienze di innovazione dei servizi di primary care. Uno studio della realtà francese, per esempio, ha analizzato l'identità dei medici che lavorano in questo tipo di servizi sanitari. Tale studio ha evidenziato che le motivazioni intrinseche (Sicsic, Le Vaillant, Franc 2012) al lavoro di cura sono riconducibili a:

- l'importanza dello scambio fra medici di base e specialisti relativamente alla situazione del paziente;
- lo sviluppo di attività di tutoraggio e insegnamento;
- l'erogazione di attività di prevenzione in relazione all'abuso di alcool e al fumo;
- la prevenzione contro l'obesità;
- il coinvolgimento nelle reti di cura;
- la soddisfazione dell'attività professionale;
- il lavoro considerato professionalmente gratificante;
- la partecipazione alle pratiche di valutazione professionale.

Ma gli elementi che sembrano maggiormente in grado di definire l'identità sono riconducibili: all'attività di integrazione fra medici di base e specialisti e all'attività di prevenzione. Questi due elementi sono certamente indicatori di un cambiamento di orientamento che sposta l'asse dell'identità dalla specializzazione all'integrazione delle competenze e dalla cura alla prevenzione. Questo spostamento verso la ricomposizione delle conoscenze non riguarda, però, solo l'identità professionale, ma ha anche delle ripercussioni sui processi organizzativi che guidano il percorso di cura. In questa prospettiva diventa centrale lo sviluppo del lavoro in team.

2.2.2 Dal lavoro individuale al lavoro in team

Numerosi studi sono stati fatti relativamente agli effetti prodotti dall'introduzione di logiche di lavoro in team nella gestione della primary care. I risultati emersi da questi lavori non sono sempre concordanti. Jesmina (Jesmina, Thinda, Sama 2012), nella loro analisi della situazione prodotta in Canada con l'introduzione di processi di lavoro in team, mostrano che «la maggior parte dei processi e degli indicatori di outcome, come l'accesso alle cure fuori orario, la qualità della cura, la continuità della cura, la fiducia nel sistema, l'utilizzo dei servizi di assistenza fisica e dei servizi infermieristici, l'orientamento alla persona, la globalità di approccio alle cure, le iniziative di prevenzione e promozione della salute, sono tutti aspetti positivamente associati alle pratiche di lavoro in team. Mentre non ci sono relazioni significative per le difficoltà di accesso, il coordinamento nei processi di follow-up ed in generale nei processi di coordinamento» (Jesmina, Thinda, Sama 2012, p. 79). Questi autori, in definitiva, con la loro ricerca evidenziano che, dal punto di vista dei pazienti, il lavoro in team ha numerosi effetti positivi che consolidano l'importanza di considerare questo aspetto come uno degli elementi fondanti della medicina territoriale. Questa analisi, sostenuta da una discreta analisi della letteratura, porta gli autori a sostenere che l'organizzazione in team consente di produrre:

- migliori risultati di salute;
- minori tempi di attesa;
- una miglior qualità della cura;
- un maggior grado di empowerment del cliente;
- un aumento della soddisfazione degli utenti;
- una riduzione delle visite ai medici;
- una minor ospedalizzazione;
- un minor uso di medicinali per paziente;
- un aumento dell'erogazione di cure preventive;
- comportamenti più sani;
- una maggior frequenza delle diagnosi precoci.

Anche altri studi fatti nel Regno Unito, in Australia ed in Canada sull'attività dei medici di medicina generale segnalano che il lavoro di gruppo produce una miglior capacità di gestione di alcune patologie croniche (per esempio il diabete, la gestione dell'asma, l'ipertensione ecc.).

Alla base di questi effetti le ricerche segnalano esserci la condivisione delle responsabilità, l'attenzione alla globalità della persona e la maggior attenzione alle attività di prevenzione. I meccanismi che portano ad un miglior risultato in termini di outcome possono essere ricondotti al fatto che (Jesmina, Thinda, Sama 2012):

- la presenza di diverse professionalità consente di distribuire fra tutti i membri del gruppo il lavoro. In particolare questo consente di liberare i medici dal lavoro organizzativo e da quello caratterizzato da una minor complessità clinica, con effetti significativi in termini di efficienza ed efficacia;
- lo sviluppo delle attività di coordinamento ed integrazione che consentono di affrontare meglio i problemi della co-morbilità;
- la possibilità di confrontare saperi e competenze consente di migliorare la performance clinica;
- si generano effetti di scala nell'uso del tempo. È infatti possibile prevedere diversi servizi allo stesso paziente e nello stesso appuntamento;
- l'integrazione fra i medici di medicina generale e gli specialisti che operano nel territorio.

Per altro, non tutti i lavori di ricerca concordano con quest'analisi e alcuni studi segnalano rischi d'inefficienza legati alla difficoltà di lavorare insieme e all'aumento della complessità dei processi organizzativi. In altre parole non basta costruire processi formalmente integrati, ma va costruita una cultura del lavoro di gruppo.

2.3 Innovazione di processo e relazioni con la comunità

La centralità del territorio non significa, per altro, solo uno spostamento delle cure, ma implica anche un cambiamento di prospettiva nel lavoro dei professionisti che si fanno carico non solo dell'affrontare l'insorgenza di una malattia nel singolo individuo, ma sviluppano attenzione alla costruzione delle condizioni che favoriscono lo sviluppo di una vita sana nella comunità. In questa prospettiva, il dibattito fra primary care e primary health care ha una lunga storia (si veda, per esempio, Shoultz, Hather 1977) ed ha contribuito a sviluppare il concetto di community care. Nella prospettiva di «farsi carico della salute nella comunità», la letteratura segnala che le cure primarie possono giocare un ruolo fondamentale nella promozione della salute e nella riduzione delle disuguaglianze di salute. Per altro, assumere la logica della community care pone il problema dell'integrazione fra i diversi attori che compongono la rete dei servizi territoriali e, conseguentemente, dei processi di governo capaci di orientare l'azione dei singoli attori verso lo sviluppo della salute del territorio e dei suoi abitanti.

2.3.1 Community care e promozione della salute

Porterfield (Porterfield et al. 2012, p. 164) sostiene che la posizione dei servizi di primary care risulta strategicamente centrale nella promozione della salute. L'autore ha costruito la sua affermazione proponendo una schematizzazione del processo che contribuisce a produrre, nel lungo periodo, effetti significativi sulla salute dei cittadini. Il focus del processo descritto è riconducibile alla promozione di stili di vita e comportamenti più sani. Questo risultato richiede che le cure primarie producano, nel medio periodo, un miglioramento degli stili di vita, agendo sulle abitudini alimentari, sulla mobilità fisica e sul consumo di tabacco e bevande alcoliche. Gli effetti sugli stili di vita richiedono un impegno della comunità e le cure primarie devono svolgere un ruolo importante nel processo di attivazione degli attori della comunità. Su questi aspetti, per altro, è numerosa la letteratura che evidenzia l'effetto prodotto dal ruolo di counsellor degli operatori sanitari che operano nel territorio e delle dinamiche relazionali che caratterizzano il contesto sociale (mondo vitale). In particolare un capitale sociale caratterizzato da relazioni dense e dalla condivisione delle mappe cognitive sembra svolgere una funzione rilevante nello sviluppo di stili di vita sani. In questa prospettiva, è importante, nel breve periodo, sviluppare un coordinamento con gli altri servizi alla persona, contribuendo a migliorare le pratiche, a renderle più efficienti e sostenibili, a sviluppare nuovi servizi. L'attivazione della comunità richiede che le cure primarie s'impegnino anche per intensificare le relazioni con la comunità, consolidando i processi comunicativi e lo scambio di risorse. Infine lo studio

propone di considerare alcuni fattori che possono rinforzare l'azione di promozione della salute. Tali fattori possono essere ricondotti a:

- le caratteristiche della comunità, con attenzione all'azione dei politici e alle risorse disponibili, ma andrebbero considerati anche altri fattori che caratterizzano il contesto della comunità, come, per esempio, la ricchezza disponibile e le disuguaglianze, la scolarizzazione ed il livello culturale, la coesione ed il capitale sociale ecc.;
- le capacità organizzative del sistema sanitario locale, con riferimento sia agli aspetti strutturali che a quelli relativi ai processi ed alla cultura organizzativa;
- le caratteristiche e la propensione all'innovazione, con riferimento alla capacità di adattamento all'ambiente e alla flessibilità delle organizzazioni, alla loro capacità di lavorare insieme ed alla coerenza o meno delle culture organizzative che caratterizzano i singoli soggetti;
- le caratteristiche dei soggetti che concorrono all'erogazione dei servizi.

Ponendosi in questa prospettiva si riconosce che la dimensione dell'integrazione con l'azione degli attori che operano nella comunità è fondamentale per riuscire ad attivare un processo di promozione della salute. Questa impostazione risulta coerente con l'indicazione del WHO che parla di «health in all policies» (Puska 2007). Questa impostazione porta ad assegnare ai professionisti che operano nel sistema delle cure primarie un ruolo centrale in questo processo. Tale ruolo consente loro di attivare le risorse della comunità, orientandole alla promozione di stili di vita sani, e di promuovere politiche coerenti con lo sviluppo della salute dei cittadini.

2.3.2 Community care e riduzione delle disuguaglianze di salute

Il dibattito e le ricerche hanno evidenziato il problema delle disuguaglianze di salute (Droomers 2004; Costa et al. 2009; European Commission 2013) e della scarsa efficacia dei sistemi di welfare, in generale (Eikemo 2008; Bertin, Campostrini 2014), e di quelli sanitari (Bambra, Eikemo 2009; Braggion et al. 2013), in particolare, nella loro riduzione.

Meno chiaro ed evidente è il ruolo che la primary care può giocare dentro questo dibattito.

Tabella 3. Gli studi sulle disuguaglianze e cure primarie (elaborato da Goodridge 2012)

Droomers and Westert (2004)	Le persone con un basso status socio-economico usano più frequentemente i servizi sanitari ed hanno una maggior prevalenza di co-morbilità
Brega et al. (2005)	I bianchi non ispanici hanno outcome funzionali, prodotti dalle cure a domicilio, migliori di quelli della maggior parte delle persone appartenenti ad altri gruppi etnici
Cho (2005)	La predisposizione ad usare i servizi infermieristici domiciliari è fortemente associata alla richiesta di contribuzione. Le persone con redditi più bassi sono predisposti ad usare i servizi che non richiedono una partecipazione al pagamento, mentre quelli con guadagni alti sono disponibili all'uso di servizi che richiedono una contribuzione. La contribuzione è una forte barriera per l'uso dei servizi domiciliari da parte dei soggetti con i redditi più bassi
Forbes et al. (2006)	Mentre le cure personali sono erogate con la maggior frequenza sia per la popolazione rurale che per quella urbana che soffre di demenza, ci sono differenze relativamente ai servizi infermieristici, lavori domestici, sollievo, visite di altri professionisti sanitari, preparazione dei pranzi e assistenza alle spese familiari. Le persone con demenza ricevono minori cure domiciliari rispetto alle persone non dementi
Guerriere et al. (2007)	La maggior parte dei costi totali (85%) sono privati, comprensivi del costo del tempo (96%). Condizione occupazionale, reddito, scolarizzazione e condizione urbana non sono statisticamente significativi nel modello di regressione. Il modello finale spiega il 42% della varianza delle spese private. Ci sono quattro determinanti e due termini di interazione: età, genere, ADL e numero di condizioni croniche, l'interazione fra l'età ed il numero di condizioni croniche e fra le spesa pubblica e il livello di ADL.
Blomgren et al. (2008)	Persone con livello basso d'istruzione ricevono maggiori aiuti formali. Non c'è un chiaro modello correlato con i quartili di classificazione dei redditi o con la condizione urbana osservata
Brakley, Penning (2009)	Risultati contraddittori nell'accesso delle cure domiciliari nelle principali aree urbane e rurali per i servizi di supporto alle prestazioni infermieristiche domiciliari. L'uso delle cure domiciliari sono differientemente associati con il basso reddito e distribuiti in modo equo fra i diversi quartili di classificazione del reddito
Goodridge et al. (2011)	Le ore di cure domiciliari ricevute o i servizi di supporto alle cure domiciliari sono associati con le diagnosi, l'età, la condizione familiare, ma non associate con la deprivazione materiale

Goodridge (Goodridge et al. 2012, p. 1311), con la sua revisione critica della letteratura, si è occupata di analizzare gli effetti delle cure primarie sulle disuguaglianze di salute. Questo lavoro segnala che «non (si) trovano evidenze che confermano la legge sull'uso inverso della cura. Ci sono disparità nell'uso dei servizi di cura, sebbene tali disparità sembrano a favore delle persone con condizione socio-economica più bassa. Questa revisione ha evidenziato che le persone con bassi redditi e scolarizzazione tendono a

ricevere, con più probabilità, i servizi di cura domiciliare, rispetto a quelli con condizione socio-economica più alta». Queste conclusioni segnalano una situazione contro tendenziale per quanto riguarda questi servizi. In diversi paesi sembra svolgano un ruolo di presidio del sistema che interessa tutta la popolazione, al di là delle differenze socio-economiche dei cittadini. Con il suo lavoro Goodridge (2012) propone di considerare che l'assistenza primaria può costituire l'unità organizzativa in grado di ridurre le disuguaglianze nei processi di uso dei servizi sanitari.

L'orientamento del WHO che pone l'attenzione alla salute come motore di tutte le politiche chiama gli operatori del sistema sanitario ad immaginare che il proprio ruolo va al di là della relazione di cura del singolo paziente. La dimensione del counsellor e quella dell'advisor assumono una dimensione rilevante nella costruzione dell'identità professionale e pongono il problema delle dinamiche della rete del sistema nel quale questi attori si trovano ad agire.

2.3.3 Community care e governo della rete

La necessità di spostare il centro del sistema sanitario verso il territorio si confronta-scontra con i sistemi di potere e con la cultura che ha caratterizzato il sistema sanitario nella sua fase di sviluppo. Il processo di decentramento nel territorio sta evidenziando la forte differenziazione dei contesti ospedale-territorio. Dal punto di vista dei processi di governo il territorio e l'ospedale sono caratterizzati da dinamiche e culture di contesto fortemente differenziate. L'ospedale si è sviluppato seguendo la logica delle grandi organizzazioni (fordista) e della cultura che ha caratterizzato il sapere medico, vale a dire la specializzazione. Questo impianto strutturale e culturale ha portato a sistemi organizzativi relativamente chiusi. Le dinamiche di turbolenza riguardano l'evoluzione dei quadri epidemiologici, dei saperi clinici e delle tecnologie, ma le dinamiche sociali ed i cambiamenti dei sistemi di preferenza degli attori sociali risultano relativamente poco capaci di attivare cambiamento. La relativa chiusura e stabilità ha due implicazioni. La prima riguarda le dinamiche degli attori e la distribuzione del potere. Gli attori chiave che determinano i processi di governo sono, infatti, i manager e i professional. Esistono sicuramente delle dinamiche di influenzamento politico, ma riguardano prevalentemente la nomina degli organismi di indirizzo strategico e, per il resto, seguono dinamiche di tipo informale. La capacità di incidere nei processi reali da parte delle forze sociali, dei cittadini e delle amministrazioni locali è sicuramente inferiore. La seconda riguarda le dinamiche organizzative che si caratterizzano per una cultura di tipo gerarchico e una struttura segmentata in ragione della specializzazione progressiva del sapere scientifico e delle dinamiche di potere fra i gruppi professionali.

Tabella 4. Le differenze di contesto e network governance

	Ospedale	Territorio
Apertura sistema	Bassa	Alta
Complessità	Relativamente bassa	Relativamente alta
Relazioni fra attori	Gerarchia	Rete
Attori chiave	Manager, professional clinici, (politici, regione)	Politici (regione ed enti locali), manager, professional clinici, cittadini, terzo settore
Integrazione	Segmentazione e specializzazione	Coordinamento multi-professionale

Il territorio presenta caratteristiche decisamente diverse. In primis si tratta di sistemi necessariamente più aperti e interessati dalle dinamiche sociali che caratterizzano i singoli contesti locali. Lo spettro delle dinamiche che attivano la domanda è sicuramente più ampio, spesso legato alla presenza di condizioni di disagio sociale non sempre facilmente riconducibile ad un quadro nosologico chiaro. Questa maggior variabilità della domanda è anche temporale nel senso che i cambiamenti sociali si riverberano più direttamente nella definizione di condizioni di disagio che attivano una domanda d'interventi socio-sanitari. Lo spettro ampio di attivazione della domanda e la frequente multidimensionalità che la accompagna hanno come corollario la complessità del sistema, riconducibile alla compresenza di diversi attori che possono essere chiamati in causa: questi attori, inoltre, non sono tutti appartenenti al sistema sanitario ma operano in modo autonomo nello stesso campo di azione: ne consegue che le dinamiche organizzative che caratterizzano le relazioni fra questi attori non sono di tipo gerarchico ma richiamano la metafora della rete. Alta complessità, forte apertura del sistema territoriale e dinamiche di rete implicano una diversa configurazione degli attori coinvolti e delle dinamiche di potere che li connettono. La variabilità delle situazioni, la multidimensionalità dei fattori-causa che generano la domanda e la conseguente minor incidenza del sapere specialistico rimettono in discussione i ruoli e le relazioni di potere fra gli attori. Ne risulta che la dimensione politica, anche nelle sue articolazioni territoriali (gli enti locali), finisce per assumere un peso più rilevante nelle scelte strategiche, ma talvolta anche in quelle operative. Al di fuori delle dinamiche gerarchiche, infatti, i ruoli risultano più dinamici e meno strutturati in termini di posizioni di potere. Sono, infatti, i processi di scambio materiale e simbolico che definiscono le relazioni di potere fra gli attori del territorio. Nell'affrontare il problema delle dinamiche di governance è utile ricordare inoltre le dinamiche che caratterizzano i processi di differenziazione e integrazione. Anche in questo caso, la natura multidimensionale dei problemi richiede forte integrazione multiprofessionale che avviene se e solo se le professioni implicate utilizzano strutture linguistiche e semantiche compatibili e si relazionano sulla base di una

reciproca legittimazione. Queste condizioni sono il risultato di processi riflessivi di costruzione di senso che fondano su una comune rielaborazione delle esperienze.

La differenziazione dei contesti richiede che i processi di governance territoriali assumano forme e processi specifici, capaci di rappresentare le loro diverse caratteristiche. In altre parole i sistemi sanitari non possono pensare di colonizzare i territori con la stessa cultura di governo utilizzata nella gestione dei sistemi ospedalieri. In questo sta una delle maggiori difficoltà del processo di cambiamento in atto che deve consolidare all'interno dello stesso sistema processi di governo che assumono caratteristiche e logiche diverse, pur dovendosi integrare fra di loro.

2.4 Innovazione tecnologica

Uno degli elementi di complessità dei sistemi sanitari è sicuramente riconducibile alla rilevanza della tecnologia nei propri processi organizzativi. Questo elemento è qui presente in modo più forte che in qualsiasi altro sistema organizzativo e costituisce uno dei fattori di turbolenza e di stimolo al cambiamento. A questo proposito Calltorp (2012, p. 679) sostiene che «la riconfigurazione organizzativa necessita non solo di tenere in considerazione la necessità di allinearsi al cambiamento dei bisogni, ma anche di combinare questa esigenza con le possibilità (offerte) dai cambiamenti tecnologici». Con questo, l'autore vuole sottolineare che non solo cambia la domanda di prestazioni sanitarie, ma cambia anche il ruolo che le tecnologie possono giocare e già stanno giocando. Inizialmente, infatti, le tecnologie erano di aiuto al processo diagnostico e terapeutico, ma la rivoluzione del web (Cipolla 2013) ha cambiato lo scenario ed oggi le tecnologie influenzano tutte le dinamiche del processo di cura. In altre parole, le riflessioni sull'innovazione del paradigma della primary care non può prescindere dal collocare queste innovazioni dentro il processo di trasformazione permesso e indotto dalla e-health.

G.L. Kreps e L. Neuhauser (2010) hanno fatto un'interessante analisi del dibattito sul cambiamento prodotto nei sistemi sanitari dall'applicazione delle nuove tecnologie di e-health. Nel loro lavoro hanno dato grande rilevanza a questo processo perché ritengono che le dinamiche della comunicazione, viste come processo sociale caratterizzato da un importante contenuto tecnologico, costituiscano un elemento fondamentale del processo di cambiamento dei sistemi sanitari. Secondo questi autori, le strategie di e-health hanno grandi potenzialità di produrre effetti significativi sulla salute, ma per produrre reali effetti, è necessario che:

- siano organizzate per massimizzare la comunicazione interattiva con i fruitori e per incoraggiare il loro attivo coinvolgimento nel lavoro di cura e nella promozione della salute;

- siano progettate per lavorare in modo efficace e trasparente incrociando diverse piattaforme di comunicazione e mettendo in contatto popolazioni e utilizzatori;
- siano strutturate per ingaggiare le persone partendo dai loro interessi e dalle loro emozioni e per rispondere ai loro specifici bisogni informativi.

Analizzando gli effetti prodotti dell'innovazione nelle dinamiche della comunicazione fra gli attori coinvolti nelle cure primarie, è facile constatare che le tecnologie stanno inducendo cambiamenti relativamente a tre processi fondamentali:

- il primo riguarda la costruzione del sapere dal punto di vista clinico (la disponibilità di dati e conoscenza con conseguente obsolescenza rapida del sapere);
- il secondo riguarda l'integrazione dei saperi sul paziente attraverso lo scambio di dati o la costruzione di data base sul singolo (anche tra professioni vicine);
- il terzo, forse più interessante, riguarda il cambiamento del rapporto medico-paziente e dello squilibrio informativo e di potere che li connette. Questo cambiamento è sicuramente influenzato da due aspetti, quali: la possibilità che ogni singola persona abbia a disposizione, tramite supporto digitale, tutte le informazioni cliniche che lo riguardano; la diffusione di internet e delle possibilità di scambio di informazioni ed esperienze contribuiscono a formare le conoscenze che ogni individuo utilizza nei processi di gestione della propria salute. Le ricerche hanno puntato soprattutto sulla disponibilità di fonti informative in rete grazie alle quali il paziente costruisce la sua conoscenza e stabilisce un rapporto con il medico da posizioni di minor svantaggio. A fronte di questa tendenza, per altro, sarà utile che la ricerca si ponga anche il problema degli effetti di queste dinamiche sulle disuguaglianze di salute. Si tratta di andare a studiare se l'utilizzo di internet differenziato relativamente a variabili di ceto, reddito, grado di scolarizzazione e classe occupazionale finiscano per consolidare le differenze nelle risorse (culturali oltre sociali ed economiche) che influenzano l'attuale utilizzo dei sistemi sanitari.

Tema interessante e più nuovo nel dibattito riguarda il ruolo dei social network nel costruire la conoscenza. In questo caso alle dinamiche cognitive si sommano quelle simboliche dell'appartenenza e della fiducia fra pari. Se riprendiamo gli studi sulla costruzione del sapere vediamo che le esperienze dirette (e delle persone che ci stanno vicino) finiscono per assumere la stessa affidabilità delle informazioni costruite sulla credibilità professionale. Per assurdo possiamo ipotizzare che a fronte di una delegittimazione del sistema sanitario, le informazioni costruite sulla rete possa-

no essere ritenute più capaci di influenzare i comportamenti (si pensi ai gruppi di pressioni contro le vaccinazioni, ecc.). Questi elementi pongono il problema del confine sfuocato fra vero e verosimile, e della costruzione di stereotipi diffusi e (per definizione) non verificati.

Griffiths (Griffiths et al. 2012) sostiene che i social network consentono agli individui di scambiare informazioni ed esperienze relativamente ai sintomi, alle diagnosi ed ai trattamenti ed agli effetti che i trattamenti hanno prodotto. In questo scambio di informazioni passano anche percezioni e giudizi sulla qualità dei professionisti e delle loro performance. Nella sua analisi l'autore evidenzia la presenza di due reti veicolate da internet. La prima riguarda i professionisti che scambiano conoscenze ed hanno appreso l'abitudine di controllare la qualità del dato e dei processi di costruzione della conoscenza. In questo caso, il paradigma di riferimento che guida il processo di costruzione della conoscenza mediato da internet è basato sul concetto di evidenza e sulla verifica dell'affidabilità scientifica delle informazioni presenti nella rete. La seconda rete riguarda i pazienti e la comunicazione che si sviluppa attraverso la ricerca di informazioni o lo scambio di esperienze e di emozioni che caratterizzano i social network. In questo caso, il criterio che influenza la definizione (soggettiva e individuale) della validità delle conoscenze scambiate è basato sulla forza del legame di fiducia che connette gli individui nella rete. La fiducia si basa sulle conoscenze relative all'affidabilità della fonte informativa, ma anche sulla condivisione emozionale, sull'identificazione e l'appartenenza. In altre parole, ogni individuo rielabora in modo riflessivo le proprie conoscenze sulla base dello scambio informativo che sostiene su un determinato problema. Le informazioni che dovrà elaborare per costruire una propria conoscenza sul tema hanno fonti e generalizzabilità diverse. La rielaborazione che ne viene fatta non è necessariamente legata alla qualità scientifica del dato. Il processo di ritenzione delle informazioni (utilizzando un linguaggio del processo di sense making) segue le logiche del processo di costruzione della conoscenza, nel quale le esperienze dirette o quelle fatte dalle persone di cui ci si fida, hanno una capacità di produrre conoscenza maggiore delle informazioni trasmesse con linguaggio scientifico.

Gli scambi informativi ed il processo di costruzione della conoscenza prodotto dai social network finisce per giocare un ruolo di complementarietà allo scambio di informazioni che avviene con il personale sanitario, e da questo punto di vista internet costituisce una risorsa importante nel processo di empowerment del paziente e svolge una funzione importante nel processo di costruzione della salute. Ma si può intravedere anche l'altra faccia della medaglia, vale a dire l'effetto di costruzione di credenze basate su informazioni parziali o non scientificamente validate. In questo caso possiamo parlare di un processo di costruzione della conoscenza concorrente a quella prodotta dal sistema sanitario. Questo tipo di conoscenza si basa sulla diffusione di stereotipi costruiti a partire da distorsioni cogni-

tive «emotivamente e non razionalmente condivise». I social network sono un mezzo di comunicazione che aumenta in modo verticale la velocità dei processi di comunicazione, a prescindere dall'affidabilità delle conoscenze scambiate. Le ricerche ci dicono che entrambi questi processi contribuiscono a consolidare le conoscenze dei pazienti e ad influenzare il modificarsi del rapporto fra medico e paziente. In tutti e due i casi, infatti, cambia la relazione ed il processo di comunicazione sul quale deve lavorare il medico. Reti professionali e reti relazionali, infatti, rischiano di avere pochi punti di contatto (anche in questo caso sarebbe utile studiare le reti dal punto di vista delle appartenenze, es.: classe occupazionale più alta = reti più miste; oppure sono le reti professionali quelle più miste?) e i professionisti della primary care possono giocare un ruolo fondamentale come connettori di queste diverse reti. Sono loro, infatti, che hanno più a che fare con i cittadini, che si devono confrontare con la loro cultura sanitaria e che possono giocare (anche attraverso i processi di empowerment) un ruolo fondamentale nella costruzione della conoscenza sanitaria dei pazienti.

3 Conclusioni

In definitiva, la revisione delle esperienze e del dibattito in corso consentono di individuare alcuni degli elementi che posso essere posti alla base del nuovo paradigma di riferimento per l'innovazione della community care. In questa direzione risulta sicuramente rilevante:

- sviluppare la condivisione delle infrastrutture informatiche che permettono di mettere in rete tutti gli attori del sistema socio-sanitario;
- attivare la formalizzazione dei processi assistenziali attraverso l'adesione a comuni linee-guida e PDTA per patologie croniche ad elevata incidenza;
- individuare indicatori di processo e di esito che permettano la misurazione e la verifica delle performance;
- implementare l'audit clinico, sia individuale sia di gruppo;
- realizzare attività formative e di accompagnamento dei processi di cambiamento finalizzati alla costruzione di una cultura operativa condivisa fra diverse professionalità e unità organizzative;
- chiarire le responsabilità del livello territoriale, in particolare con riferimento all'attribuzione del budget anche delle medicine di gruppo, alla programmazione degli interventi distrettuali, alla performance e alla verifica degli esiti.

Infine, la letteratura suggerisce che gli elementi posti alla base del nuovo paradigma si riflettono su alcuni processi centrali nel lavoro di cura. Porre al centro il paziente e costruire un processo di intervento di tipo olistico richiede, infatti:

- un aumento del ruolo del paziente e lo sviluppo della propria capacità di partecipare attivamente alla gestione della propria salute. In questa prospettiva l'empowerment del paziente diventa un obiettivo centrale che orienta la relazione fra chi eroga il lavoro di cura e chi riceve l'intervento;
- di ripensare alla classificazione della condizione di salute-malattia. Anche in questo caso la letteratura segnala che chi opera con logica olistica finisce per trovare difficoltà nel classificare le condizioni di salute delle persone in sistemi centrati sui sintomi, anche se integrati da una registrazione delle condizioni sociali e ambientali entro cui tale condizione si sviluppa.

Questi due aspetti costituiscono elementi fondamentali per riuscire a consolidare i cambiamenti nelle relazioni fra erogatore e fruitore del lavoro di cura, ma consentono anche di porre le relazioni e gli scambi informativi fra i professionisti su basi diverse, meno dipendenti dalla logica specialistica e più orientati alla globalità delle persone.

Bibliografia

- Ahgren, B. (2010). «Competition and integration in Swedish health care». *Health Policy*, 96, pp. 91-97.
- Armstrong D. (2011). «Diagnosis and nosology in primary care». *Social Science & Medicine*, 73, pp. 801-808.
- Bambra, C.; Eikemo, T.A. (2009). «Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self reported health in 23 European countries». *Journal of Epidemiology Community Health*, 63, pp. 92-98.
- Bertin, G. (2014). «Le non-recours aux prestations sanitaires». *Les politiques sociales*, c.s.
- Bertin, G.; Campostrini, S. (2014). «De-stratification, health inequality, and welfare regimes». In: Bertin, G.; Campostrini, S. (eds.), *Equiwellfare and social innovation*. FrancoAngeli, Milano.
- Bertin, G.; Cipolla, C. (2013). *Verso differenti sistemi sanitari regionali*. Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing, Venezia.
- Bertin, G.; Robertson, A. (2013). «Differenziazione dei sistemi di welfare: Le incoerenze dei sistemi liberali e mediterranei». In: Bertin, G.; Robertson, A., «Rielaborare i regimi di welfare». *Sociologia e Politiche Sociali*, 16 (1), pp. 63-92.
- Blomgren, J.; Martikainen, P.; Martelin, T.; Koskinen, S. (2008). «Determinants of home-based formal help in community-dwelling older people in Finland». *European Journal of Aging*, 5, pp. 335-347.
- Brackley, M.E.; Penning, M.J. (2009). «Home-care utilization within the

- year of death: trends, predictors and changes in access equity during a period of health policy reform in British Columbia, Canada». *Health and Social Care in the Community*, 17, pp. 283-294.
- Braggion, M.; Campostrini, S.; Bertin, G. (2013). «Socio-economic differences and inequalities in healthcare access from a welfare system perspective, Italy: 2007-2010». *Health Promotion International*, 9, pp. 1-10.
- Brega, A.G.; Goodrich, G.K.; Powell, M.C.; Grigsby, J. (2005). «Racial and ethnic disparities in the outcomes of elderly home care recipients». *Home Health Services Quarterly*, 24 (3), pp. 1-21.
- Calltorp, J. (2012). «How can our health systems be re-engineered to meet the future challenges? The Swedish experience». *Social Science & Medicine*, 74, pp. 677-679.
- Cho, H. (2005). «Older people's willingness to use home care nursing services». *Journal of Advanced Nursing*, 51 (2), pp. 166-172.
- Cipolla, C. (2013). *Perchè non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society*. FrancoAngeli, Milano.
- Cislaghi, C.; Sferrazza, A. (2013). «Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica». *Quotidianosanità.it*.
- Costa, G.; Cislaghi, C.; Caranci, N. (a cura di) (2009). «Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura». *Salute e società*, 1.
- Costa, G.; Marra, M.; Salmaso, S. (2012). «Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia». *Epidemiologia & Prevenzione*, 36 (6), pp. 337-366.
- Droomers, M.; Westert, G.P. (2004). «Do lower socioeconomic groups use more health services because they suffer from more illnesses?». *European Journal of Public Health*, 14 (3), pp. 311-313.
- Eikemo, T.A.; Bambra, C.; Judge, K.; Ringdal, K. (2008). «Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis». *Social Science & Medicine*, 66, pp. 2281-2295.
- European Commission (2013). *Health inequalities in the EU – Final report of a consortium*. Consortium lead: Sir Michael Marmot, European Commission Directorate-General for health and Consumers.
- Forbes, D.A.; Morgan, D.; Janzen, B.L. (2006). «Rural and urban Canadians with dementia: Use of health care services». *Canadian Journal on Aging*, 25 (3), pp. 321-330.
- Giarelli, G. (2010). «Narrare la pratica medica: una proposta fenomenologica-ermeneutica». *Salute e società*, 2.
- Goodridge, D.; Buckley, A.; Marko, J.; Steeves, M.; Turner, H.; Whitehead, S. (2011). «Home care clients in the last year of life: is material deprivation associated with service characteristics?». *Journal of Aging and Health*, April 5, Epub ahead of print.
- Goodridge, D.; Hawranik, P.; Duncan, V.; Turner, H. (2012). «Socioeconomic disparities in home health care service access and utilization: A scoping review». *International Journal of Nursing Studies*, 49, pp. 1310-1319.
- Griffiths, F.; Cave, J.; Boardman, F.; Ren, J.; Pawlikowska, T.; Ball, R.;

- Clarke, A.; Cohen, A. (2012). «Social networks e The future for health care delivery». *Social Science & Medicine*, 75, pp. 2233-2241.
- Guerriere, D.N.; Wong, A.Y.M.; Croxford, R.; Leong, V.W.; McKeever, P.; Coyte, P.C. (2007). «Costs and determinants of privately financed home-based health care in Ontario, Canada». *Health and Social Care in the Community*, 16 (2), pp. 126-130.
- Jesmina, S.; Thinda, A.; Sarma, S. (2012). «Does team-based primary health care improve patients' perception of outcomes?». Evidence from the 08 2007 Canadian Survey of Experiences with Primary Health. *Health Policy*, 105, pp. 71-83.
- Kreps, G.L. (2009). «Applying Weick's model of organizing to health care and health promotion: Highlighting the central role of health communication». *Patient Education and Counseling*, 74, pp. 347-355.
- Kreps, G.L.; Neuhauser, L. (2010). «New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges». *Patient Education and Counseling*, 78, pp. 329-336.
- Laratta, R. (2010). «From welfare state to welfare society: toward a viable system of welfare in Japan and England». *International Journal of Social Welfare*, 19, pp. 131-141.
- Maturo, A.; Conrad, P. (a cura di) (2010). «La medicalizzazione della vita». *Salute e società*, 8 (2).
- Mead, N.; Bower, P. (2002). «Patient-centered consultations and outcomes in primary care: a review of literature». *Patient Education and Counseling*, 48, pp. 51-61.
- Porterfield, D.S.; Hinnant, L.W.; Kane, H.; Horne, J.; McAleer, K.; Roussel, A. (2012). «Linkages between clinical practices and community organizations for prevention». *American Journal of Preventive Medicine*, 42, pp. 163-171.
- Puska, P. (2007). «Health in all policies». *European Journal of Public Health*, 17 (4), p. 328.
- Shoultz, J.; Hatcher, P.A. (1997). «Looking beyond primary care to primary health care: An approach to community-based action». *Nursing Outlook*, 45 (1), pp. 23-26.
- Sicsic, J.; Le Vaillant, M.; Franc, C. (2012). «Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: An explanatory study among French general practitioners». *Health Policy*, 108, pp. 140-148.
- Toht, F. (2010). «Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms». *Health Policy*, 95, pp. 82-89.
- Turner, S.; Allen, P.; Bartlett, W.; Pérotin, V. (2011). «Innovation and the English National Health Service: A qualitative study of the independent sector treatment centre programme». *Social Science & Medicine*, 73, pp. 522-529.
- Vrooman, J.C. (2013). «Regimes and cultures of social security: Comparing institutional models through nonlinear PCA». *International Journal of Comparative Sociology*, 53 (5-6), pp. 444-477.
- Weick, K. (1997). *Senso e significato nell'organizzazione*. Milano, Cortina.

La medicina specialistica: una panoramica europea

Costantino Cipolla, Alberto Ardissonne, Alessia Manca

Abstract This essay aims at delivering an overview of the European organization of the secondary care, namely that provided by specialist doctors. For this purpose five countries have been analyzed: France, German, United Kingdom, Sweden and Spain, adding also a brief mention to the Italian situation. Starting from a widespread need of reforming the healthcare systems in order to match both the economic, epidemiologic and technologic challenges, this work outlines the general transition towards models which tend to privilege the territorial services and the home care, empowering the primary care, in which several health professionals, and among them also specialist doctors, are called to work, guaranteeing also the continuity through the whole healthcare pattern of patients.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Dall’ospedale alle cure primarie: le ragioni di un nuovo assetto. – 3. Verso il territorio: l’esperienza di cinque Paesi Europei. – 4. La specialistica italiana: brevi cenni. – 5. Tra convergenze e innovazione, la medicina verso il territorio.

1 Introduzione

Il presente capitolo intende analizzare le tendenze europee nell’ambito dell’organizzazione della medicina specialistica, al fine di poter offrire una cornice comparativa con l’esperienza e i passi che si stanno intraprendendo, o che si possono avviare in Italia.

Tale organizzazione, evidentemente si configura come un riassetto del sistema sanitario nel suo insieme, con un ribilanciamento delle forze distribuite tra i vari livelli, e cioè il primario (medicina di base), il secondario (medicina specialistica) e il terziario (alta specialità), secondo un approccio che tende sempre più all’integrazione complessiva tra questi nodi nonché tra il sistema sanitario e il sistema sociale, con una grande enfasi sia sulla continuità assistenziale sia su una presa in carico del singolo paziente trasversale ed olistica.

È molto importante notare che tale indagine si presenta particolarmente stimolante, nonché impegnativa, dal momento che la letteratura si è tendenzialmente maggiormente occupata della medicina di base tanto in campo nazionale (Vicarelli 1986, 2006; Cipolla 2006; Cipolla, Corposanto, Tousijn 2006), quanto in quello internazionale (Moran 1999; Shortt 2003; Oberlander 2007), nonostante la medicina specialistica, sia ospedaliera che ambulatoriale, siano realtà molto sviluppate in tutti i Paesi dell’area OCSE.

Pare anzitutto interessante presentare una tabella tratta da un’indagine dell’OCSE (2011a),¹ per definire un’istantanea della situazione attuale da cui,

Il presente saggio è il prodotto di un’elaborazione comune degli autori. In ogni caso, è da attribuire a Costantino Cipolla il par. 1, ad Alberto Ardissonne i paragrafi 2, 3 e 5, ad Alessia Manca il par. 4.

paragonando alcuni indicatori, evincere una prima comparazione internazionale.

Risulta particolarmente interessante confrontare le percentuali relative alla spesa sanitaria sul PIL e la crescita annua media del tasso di spesa. Si nota, infatti, che aldilà del caso nord-americano, che si presenta come caso limite connotato da una spesa molto elevata, persino eccessiva se paragonata al risultato finale, sia in termini di qualità nel suo complesso e nella sua uniformità sull'intero territorio che, soprattutto, di equità, gli altri paesi tendono a raggrupparsi in funzione del proprio modello istituzionale: quelli dotati di servizio sanitario nazionale (Italia, Regno Unito, Spagna e Svezia) sono caratterizzati da una spesa complessivamente più contenuta e, ad eccezione della Spagna, piuttosto uniforme tra il 9,5% italiano e il 10% svedese; quelli dotati di sistemi assicurativi obbligatori, pur uniformi anche loro, ad eccezione dei già citati Stati Uniti, presentano una spesa percentuale più elevata rispetto all'altro gruppo e che tende al 12%.

Tabella 1. Alcuni Paesi dell'area OCSE a confronto

	Francia	Germania	Italia	Regno Unito	Spagna	Stati Uniti	Svezia
Sistema Sanitario	SHI	SHI	SSN	SSN	SSN	SHI	SSN
Popolazione totale (x1000)	62.636	81.902	58.947	60.931	46.662	306.656	9.301
Popolazione >65 (%)	16,7%	20,5%	20,4%	15,8%	16,6%	13,0%	17,9%
% PIL per la sanità	11,8%	11,6%	9,5%	9,8%	8,5%	17,4%	10,0%
Crescita annua media del tasso di spesa ('99-'09)	5,2%	5,0%	5,2%	7,6%	n/a	5,8%	5,7%
N. medici x1000 abitanti	n/a	3,6	3,4	2,7	3,8	2,4	3,7
N. medio di visite annue dal medico pro capita	6,9	8,2	n/a	5,0	6,0	3,9	2,9
N. letti 'acuti' x 1000 ab.	3,5	5,7	3,0	2,7	2,7	2,7	2,0
Soggiorno medio (giorni) nell'acuto	5,2	7,5	6,7	6,8	n/a	5,4	4,5

Fonte: OCSE (2011a). I dati relativi alla Spagna sono stati tratti da García-Armesto (2010)

Nota: SHI: sistema assicurativo; SSN: servizio sanitario nazionale

1 La tabella qui presentata è un estratto dell'elaborazione OCSE (2011), *International Profiles of Health Care Systems*. I Paesi comparati in questa indagine sono complessivamente quattordici, e precisamente: Australia, Canada, Danimarca, Francia, Germania, Giappone, Italia, Norvegia, Nuova Zelanda, Olanda, Regno Unito, Stati Uniti, Svezia e Svizzera.

Ma a dare l'idea reale dell'evoluzione della spesa sanitaria è il secondo indicatore, e cioè quello relativo alla crescita annua nell'arco temporale 1999-2009. In questa classifica, l'Italia tende a piazzarsi nelle ultime posizioni, sia rispetto alla selezione presentata nella tab. 1, sia rispetto a tutti i quattordici Paesi della suddetta indagine OCSE, presentandosi in compagnia della Francia, con solo Giappone (5,0%) e Germania (5,1%) a registrare incrementi inferiori. Spicca, al contrario, il Regno Unito con il suo incremento medio pari al 7,6%,² in sostanziale coerenza con quanto perseguito dal secondo mandato del governo Blair, di garantire un aumento reale di almeno il 7,5% all'anno del finanziamento pubblico al NHS, ed effettivamente implementato a partire dal 2003 e per i cinque anni successivi, per sostenere l'impegno poderoso e concreto del governo teso a rilanciare il sistema sanitario britannico (Klein 2006; Toth 2009).

Il capitolo, nelle pagine che seguiranno, si sviluppa analizzando, anzitutto, il trend generale che ha portato a privilegiare il ruolo della medicina primaria rispetto al livello specialistico ospedaliero. Quindi, l'analisi si concentrerà sulla medicina specialistica e sui casi singoli dei Paesi presi in esame, e cioè Francia, Germania, Regno Unito, Spagna e Svezia.

2 Dall'ospedale alle cure primarie: le ragioni di un nuovo assetto

I cambiamenti che hanno avuto luogo nei sistemi sanitari dei Paesi OCSE possono essere ricondotti ad almeno tre dimensioni fondamentali: quella economica, quella politica e quella sociale. Queste tre dimensioni hanno impattato sul livello macro (riferendosi, cioè, al sistema sanitario nel suo complesso, in quanto istituzione e organizzazione in relazione alle altre presenti nel contesto, nonché alle evoluzioni sociali e biomediche), sul livello meso (e cioè rispetto ai livelli interni al sistema) e sul livello micro (con cui ci si riferisce al rapporto medico-paziente), venendo al contempo influenzate da questi stessi in un'ottica pienamente circolare (Cipolla 1997) e difficilmente inscrivibile entro sequenze e confini rigidi. Come del resto, ben poco rigidi, ma al contrario molto porosi, sono i confini di quelle dimensioni disciplinari, dal momento che le riforme e i mutamenti possono essere letti con più chiavi interpretative, e cioè come l'esito di varie spinte che tagliano trasversalmente i suddetti ambiti: difficilmente una riforma è causata solamente da necessità economiche, o solo da esigenze politiche o soltanto da mutamenti sociali.

Dal punto di vista della dimensione economica, il nostro punto di partenza è il periodo successivo alla II Guerra Mondiale, ben noto in letteratura

² Stando alle stime elaborate da OCSE (2011a), infatti, solo l'Olanda ha fatto meglio degli inglesi, con un incremento medio annuo dell'8,5%.

con il nome di trentennio glorioso (cfr. Tousijn 2000), durante il quale tutti i sistemi di welfare, tra i cui pilastri spicca senz'altro la sanità, vissero una grande espansione, tanto da parlare di growth to limits, e cioè di massima crescita sostenibile (cfr. Flora 1986). Però, a partire dalla fine degli anni Settanta, i Paesi dell'area OCSE cominciarono ad invertire il trend di spesa, a causa degli shock petroliferi avvenuti in quel decennio e della recessione sperimentata per la prima volta dal dopoguerra (Ardissonne 2011), dando il via a tutta una serie di strategie di contenimento dei costi e di razionalizzazione della spesa, che nel complesso possono essere sintetizzate secondo tre vettori cardinali (Maino, Ferrera 2006):

- 1) razionamento dei servizi sanitari: si tratta di misure che agiscono sulla domanda al fine o di spalmare almeno parte dei costi delle prestazioni sui cittadini/pazienti, o di ridefinire i criteri di eleggibilità ai servizi per ridurre l'impegno statale, o di ridefinire il pacchetto di prestazioni essenziali (un esempio sono LEA) che vengono garantite escludendo altri servizi reputati meno impellenti;
- 2) misure di tipo restrittivo sul versante dell'offerta: rientrano in questo ambito la determinazione di finanziamenti pre-stabiliti anziché a piè di lista (un esempio introdotto nel corso degli anni '90 è il DRG, nelle sue plurime versioni), ma anche la riorganizzazione delle strutture (con la chiusura o riconversione delle unità più piccole), il blocco delle assunzioni, i controlli sulle prescrizioni di prestazioni e farmaci (in questo caso si è passati dal pagamento per prestazione al sistema basato sulle quote capitarie);
- 3) managerializzazione della produzione sanitaria: si tratta di una strategia che intende ridefinire spazi ed ambiti di responsabilità con lo scopo di migliorare l'efficienza del sistema (un esempio può essere la regionalizzazione avvenuta con i decreti di riordino di inizio anni '90, o l'introduzione dei quasi-mercati, in un'ottica di competizione e privatizzazione 'controllata').

Tuttavia, deve essere chiaro che non solo l'economia trascinò le riforme; tant'è che è stato dimostrato che molti Paesi intervennero in quegli stessi anni, e di fronte alle medesime sfide, seguendo diverse priorità: così mentre in alcuni Paesi le riforme dovevano anzitutto centrare il controllo della spesa (Stati Uniti, Canada, Regno Unito), in altri la rilevanza maggiore era occupata o dalla riallocazione delle competenze (Spagna) o dal perseguimento di migliori criteri di equità nell'accesso e qualità del sistema (Francia, Finlandia, Svezia e anche Regno Unito) (Ardissonne 2011). Ciò implica che le riforme sono state influenzate anche da dinamiche sociali, si pensi al processo di empowerment del paziente (Cipolla 2002), ma anche ai mutati bisogni biomedici, si pensi all'invecchiamento e alla maggior rilevanza di malattie cronicodegenerative che a partire già dagli anni '80 cominciavano a rappresentare una quota rilevante, se non addirittura preponderante,

di ricoveri ospedalieri e trattamenti (Donati 1989); non possono inoltre non essere menzionate le profonde e radicali novità introdotte dalla tecnologia sia prettamente clinica (si pensi a solo titolo esemplificativo alle stampanti tridimensionali), che di natura più squisitamente comunicazionale (riferendosi cioè all'universo delle ICT in ambito sanitario, tra cui Centri unici di prenotazione, Fascicolo sanitario elettronico, telemedicina ecc.).

Occupandoci del livello micro, e cioè del rapporto medico-paziente non possiamo non ritenere che la pressione economica abbia avuto influenze: l'attenzione ai costi che si è riflessa sulla responsabilizzazione dell'attività prescrittiva del singolo medico ne è senz'altro un esempio. Tuttavia il mutamento in tale rapporto è co-penetrato co-causato anche da ben altre dimensioni, quali la crescita dei livelli d'istruzione, lo sviluppo delle tecnologie legate ad internet e una evoluzione sociale che hanno reso il paziente sempre meno propenso a subire un rapporto di tipo paternalistico dal proprio medico; queste modifiche sociali hanno trasformato il rapporto medico-paziente fino a parlare di processi condivisi di gestione della malattia (si pensi a questo proposito anche a tutto lo sviluppo dell'interessante letteratura sulla Narrative-based medicine) (Cipolla 2002; Mangone 2006), ma hanno anche influenzato le riforme del sistema nel suo complesso, a livello macro e meso, dal momento che sono divenute sempre più rilevanti concetti quali la 'centralità' o l'empowerment' del paziente.

Anche analizzando il livello meso, e cioè i rapporti interni tra i livelli del sistema, possiamo verificare come la de-ospedalizzazione e la tendenza al 'territorio' siano stati supportati sia da esigenze di natura economica, quali l'introduzione del sistema DRG che pone limiti netti alle prestazioni anche dei singoli medici nelle strutture ospedaliere, causando ad esempio una diminuzione della lunghezza media delle degenze, ma anche da mutati contesti sociali che domandano una presa in carico più adeguata alla natura delle patologie croniche, quali il diabete o il bronco-pneumo-spasmo, le quali rendono il territorio, o persino il domicilio stesso del paziente il luogo più idoneo per l'erogazione della prestazione, sia per la natura stessa di cronicità della patologia sia per l'età, spesso avanzata, che causa maggiori difficoltà di spostamento, dei malati che richiedono l'intervento del sistema sanitario.

Pertanto, per tutta una serie di ragioni di varia natura sopra menzionate, in tutta l'area OCSE si assiste ad un trend di de-ospedalizzazione, misurabile efficacemente attraverso significative riduzioni dei posti letto, delle degenze medie e del numero di ricoveri, il cui fine ultimo è quello di destinare maggiori risorse all'assistenza territoriale (Polistena et al. 2007). Le cure primarie e il territorio sono state elette a nuovo centro delle politiche sanitarie, insieme alla prevenzione, lasciando all'ospedale la chirurgia, soprattutto di elevata specializzazione (infatti, in alcuni Paesi, come vedremo, molta chirurgia viene già implementata negli ambulatori medici fuori dall'ospedale). Vale la pena sottolineare che, tuttavia, «l'ammontare

delle risorse assorbite dagli ospedali non mostra alcuna vera flessione» anche e forse soprattutto per l'aumento di prestazioni particolari (chirurgia mini-invasiva o endovascolare, fecondazione medicalmente assistita ecc.) che richiedono team multidisciplinari altamente specializzati e apparecchiature alquanto sofisticate e costose al momento presenti solo in ambito ospedaliero (Bonaldi 2007, p. 58).

3 Verso il territorio: l'esperienza di cinque Paesi europei

Per meglio analizzare tale trend europeo, si propone di esaminare nelle prossime pagine con maggior dettaglio i cinque Paesi, e cioè Francia, Germania, Regno Unito, Svezia e Spagna, che per importanza, per tipo di sistema sanitario e per dimensione territoriale e demografica possono offrire validi spunti ad un approccio comparativo con la situazione italiana.

3.1 Il Regno Unito: dall'ospedale al territorio con lo sviluppo della 'intermediate care'

Quello inglese è noto per essere il primo Servizio Sanitario Nazionale istituito in Europa, la cui nascita, sebbene preceduta da quello neo-zelandese fondato nel 1938, si salda in particolare alla figura di Lord Beveridge, massimo artefice del piano di riforma su cui nel 1946 il NHS (National Health Service) getterà le proprie basi (Maino, Ferrera 2006).

Secondo le stime più recenti, nel 2009 si contavano in Inghilterra complessivamente 140.897 medici in attività; di questi circa un terzo, e cioè 40.269 erano registrati come medici di famiglia, o General Practitioners, 36.950 erano gli specialisti, o Consultants, a cui vanno aggiunti 37.108 cosiddetti Registrars, che sono medici già specializzati che stanno ultimando un ulteriore livello di specializzazione richiesto dal sistema inglese per poter divenire Consultants; vi sono dunque 14.394 specializzandi e, infine, altri 12.176 medici generici, tra cui rientrano anche i dentisti (Boyle 2011).

Vale la pena di approfondire un attimo le riforme susseguitesì a partire dagli anni Novanta, in quanto esse sono molto interessanti, sia per il criterio di managerializzazione introdotto sia per la capacità di 'esportazione', dal momento che successivamente alla loro introduzione sul suolo britannico sarebbero state copiate anche in altri Paesi, talora persino senza adeguamenti interni, come nel caso neo-zelandese in occasione della prima di queste riforme, quella della Thatcher (Toth 2009). Nello specifico, con il NHS and Community Care Act del 1990, il governo Thatcher, senza minarne le sue fondamenta (e cioè finanziamento pubblico, universalità, produzione pubblica) e senza che nulla cambiasse per la popolazione, introdusse nella

sanità inglese il mercato-interno con lo scopo di stimolare la concorrenza tra le varie componenti del NHS stesso, separando i soggetti acquirenti da quelli produttori di servizi sanitari (Toth 2009). I soggetti acquirenti, i District Health Authorities, non gestendo più direttamente i servizi, avrebbero potuto di lì in avanti concentrarsi sull'attività di committenza, venendo dotate di un budget definito in relazione alla popolazione di riferimento, con cui acquistare tutte le prestazioni ritenute necessarie. Gli ospedali, che si sarebbero occupati della fornitura di tutte le cure secondarie, vennero trasformati in enti (Trusts) autonomi. Va subito sottolineato molto bene, che tale riforma non mirò assolutamente a rafforzare il settore privato, che comunque nel Regno Unito ha sempre avuto, continuò ad avere con e dopo la riforma (e tuttora) ad avere un ruolo decisamente marginale; piuttosto lo scopo fu quello di incentivare la competizione tra i fornitori pubblici anche grazie ad incentivi (gli ospedali sarebbero stati finanziati non a piè di lista ma in base alle prestazioni realmente svolte, incentivandoli così ad erogare più servizi) (Toth 2009). Oltre al mercato interno, il secondo pilastro della riforma fu l'introduzione nella medicina di base del fundholding, consistente in un budget assegnato direttamente a gruppi di medici associatisi tra di loro, e finalizzato all'acquisto di prestazioni sanitarie a favore dei pazienti delle proprie liste. Nato come sperimentazione libera, nel giro di pochi anni ottenne un grande successo, tanto che nel 1998, quando fu abolito dal neo-eletto governo Blair, la metà degli inglesi aveva un medico affiliato al fundholding (Ardissone 2011). L'avvento di Blair, dopo diciotto anni di governo conservatore, modificò l'assetto creato dalla riforma di inizio anni '90, basandosi su concetti quali integrazione e cooperazione tra gli elementi del NHS, abolendo il meccanismo di fundholding, salvo poi reintrodurlo attraverso la creazione dei Primary Care Trusts (PCTs) (Ardissone 2011).

Così, ad oggi, esistono a livello locale 152 PCTs che controllano di fatto circa l'80% del budget assegnato al NHS e hanno il ruolo di stipulare accordi/contratti con vari fornitori, precisamente medici di famiglia, ospedali e fornitori indipendenti, al fine di acquistare tutti quei servizi ritenuti necessari per la popolazione di riferimento (Harrison et al. 2011).

Il sistema sanitario inglese si fa carico dei bisogni della propria cittadinanza articolando il proprio intervento sia nelle cure primarie che in quelle secondarie, in maniera decisamente precisa, come già si è potuto parzialmente evincere:

- 1) le cure primarie vengono erogate attraverso i medici di medicina generale (General Practitioners, e cioè GPs), i quali sono liberi professionisti a contratto con il NHS e pagati dai PCTs attraverso una combinazione tra quota capitolaria, salario e fee-for-service; essi lavorano negli ambulatori dislocati sul territorio, prevalentemente in practices, e cioè in gruppo con altri medici di medicina generale, che nel 2010 erano 8.324 e assistevano in media 6.610 pazienti ciascuna; sta, inoltre, recentemente crescendo la quota di multipartner practi-

ces, in cui oltre ai medici di famiglia vengono assunti anche personale infermieristico e altri professionisti sanitari, e si assicura lo spazio per le consulenze dei medici specialisti (Harrison et al. 2011); il sistema sanitario inglese prevede che i medici di famiglia esercitino un forte ruolo di filtro, o gate-keeping, essendo loro il primo punto di contatto dei pazienti in caso di necessità medica;

- 2) la medicina specialistica, sia a livello ambulatoriale che in regime di ricovero, viene erogata presso gli ospedali; si intende sottolineare, dunque, che l'assistenza specialistica ambulatoriale è erogata da medici specialisti (dipendenti ospedalieri stipendiati) dentro gli ospedali (Boyle 2011) in modalità prevalente, sebbene vi sia una tendenza recente, come visto sopra, che vede gli specialisti ospedalieri all'opera anche nelle practices delle cure primarie (Harrison et al. 2011). Nonostante il ruolo di filtro dei medici di famiglia, ai pazienti è garantita ampia libertà di scelta rispetto alla struttura ospedaliera presso cui rivolgersi; l'enfasi sulla libertà di scelta del cittadino perorata in maniera incrementale dal governo Blair nel corso della seconda metà del decennio passato,³ ha portato il NHS già a partire dal 2001, a concepire un sistema di star rating (simpaticamente denominato da alcuni studiosi la 'Guida Michelin' degli ospedali britannici - Klein 2006), per rendere effettivo questo livello di empowerment dei pazienti, attraverso la pubblicazione delle valutazioni periodiche conseguita da ciascuna struttura, sia essa statale o privata, che un'agenzia indipendente stipula sulla base di due dimensioni prese in esame, e cioè la qualità del servizio offerto e il buon utilizzo delle risorse assegnate (Toth 2009). A seconda della valutazione, gli ospedali possono vedere crescere le loro risorse, oppure se valutati negativamente possono venire privati della loro piena autonomia gestionale. Gli ospedali possono essere posti alle dipendenze dirette del Dipartimento di Salute (l'organo politico a livello nazionale) oppure possono essere delle Foundation Trusts, e cioè enti molto più autonomi dal controllo centrale, tanto nelle politiche del personale quanto nell'acquisizione e gestione dei fondi e persino dei debiti. Anche gli ospedali stipulano degli accordi con i PCTs per garantire determinati servizi nell'ambito della popolazione di riferimento dei PCTs. Infine, nel perseguimento della centralità del paziente, l'ultimo governo in carica ha introdotto il diritto dei pazienti di scegliere non solo l'ospedale presso cui rivolgersi, ma anche un particolare specialista; tuttavia questa novità non è ancora stata implementata del tutto (Harrison et al. 2011).

³ A partire dal 2005 i pazienti potevano scegliere tra 4 strutture ospedaliere; dal 2008 la scelta può essere operata tra tutti gli ospedali statali e anche quelli privati accreditati.

La tendenza alla de-ospedalizzazione, unitamente al principio di prossimità della cura al paziente, ha portato il governo inglese a trovare modalità che superassero le difficoltà di interfaccia tra il sistema delle cure primarie e quello dell'assistenza specialistica. Così sono sorti diversi esempi di realtà che rendono concreta la territorializzazione e persino la domiciliarizzazione delle cure che assumono diverse varianti di cure intermedie: hospital-at-home, home-care e intermediate care teams sono esempi che incarnano questo processo (Boyle 2011). Dal 2006 il Dipartimento della Salute si è messo in moto per garantire l'erogazione delle cure seguendo il concetto di prossimità al domicilio del paziente, deviando parte dei fondi precedentemente destinati agli ospedali al territorio, sottolineando in particolare le necessità di elevare sia la qualità che la quantità dei servizi delle cure primarie, definendo con la componente medica percorsi sicuri all'interno delle strutture delle cure primarie (Boyle 2011). I primi progetti pilota in questo senso partirono a cominciare dall'aprile 2009, allorché il dipartimento lanciò un programma di 16 progetti di 'intermediate care' finalizzati ad integrare i vari livelli di cure sanitarie nonché il sociale. Iniziarono così i primi gruppi di medici specialisti diretti dai medici di famiglia con lo scopo di affrontare pazienti affetti da demenza, e/o varie malattie croniche; questi gruppi prevedevano il coinvolgimento di medici di famiglia, medici specialisti ospedalieri, personale infermieristico e personale dei servizi sociali (Boyle 2011).

Un aspetto, molto interessante, legato alla territorializzazione delle cure e al potenziamento dell'ambito delle cure primarie, è il sistema di pagamento dei medici inglesi legato alla qualità della cure erogate, introdotto con il contratto collettivo del 2004 (Roland 2004) e noto con il nome di Quality & Outcomes Framework. In base a questo schema, sono stati individuati tre classi di indicatori:

- 1) indicatori clinici: misurano sostanzialmente la qualità dell'attività clinica del medico, tra cui la regolarità del monitoraggio in relazione a 10 patologie croniche scelte a causa della loro rilevanza e diffusione (tra cui ipertensione, diabete, ipotiroidismo, disfunzioni mentali, epilessia, asma ecc.);
- 2) indicatori di natura organizzativa: riguardano aspetti quali la registrazione dei pazienti, la comunicazione con i pazienti, attività educative;
- 3) valutazione dei pazienti: avviene tramite questionari somministrati in loco nelle singole practices.

A ciascuna classe di indicatori viene assegnato un punteggio specifico, che consente a ciascun medico di totalizzare fino a 1.050 punti, che poi convertiti in sterline, consentono un incremento unitario di ben 42.000£ rispetto al reddito ordinario (Roland 2004). In questa maniera, il governo Blair intese incentivare la presa in carico di molti malati cronici presso gli studi ambulatoriali dei medici di famiglia, spostando conseguentemente tale carico dall'assistenza ospedaliera a quella primaria.

3.2 La Francia: una realtà ambulatoriale molto radicata

Il sistema sanitario francese, pur perseguendo scopi sul modello ideato da Lord Beveridge, non è basato su un servizio nazionale, ma su un sistema assicurativo obbligatorio, seguendo un approccio di tipo Bismarckiano, che oramai, dopo diverse riforme succedutesi per oltre cinquant'anni, copre la totalità della popolazione, inclusi i residenti senza permesso di soggiorno (Chevreul et al. 2010).

Secondo stime risalenti al 2008, attualmente le più recenti disponibili, risultano esserci in totale 208.000 medici in Francia, di fatto suddivisi egualmente in medici di famiglia (pari al 49% della cifra totale) e in specialisti (pari al restante 51%). La libera professione è molto diffusa, tanto che si estende a ben il 59% dei medici, sebbene sia maggiormente frequente tra i medici di famiglia (di cui il 68% è libero professionista) che tra i medici specialisti (in questo caso la quota scende al 51%). Complessivamente nel 2009 si contavano ben 122.500 medici libero-professionisti (Chevreul et al. 2010). I medici di medicina generale che lavorano dietro stipendio, sono prevalentemente alle dipendenze di qualche ospedale (per il 55%), mentre gli altri lavorano nella medicina del lavoro o in altri servizi preventivi, o nei servizi sociali o nell'industria farmaceutica. La proporzione di medici specialisti salariati che lavorano in ospedale è molto elevata e copre circa l'82% della categoria (Chevreul 2010).

I medici ambulatoriali francesi possono scegliere se appartenere al «secteur 1» o al «secteur 2», con conseguente impatto sul reddito, dal momento che in Francia esiste la pratica dell'extra-billing, e cioè la possibilità di applicare una tariffa superiore a quella prevista dal tariffario concordato con le Assicurazioni sociali di malattia (il che significa che la differenza è pagata direttamente dal paziente out-of-pocket). I medici che optano per afferire al «secteur 1» adottano il tariffario standard concordato con l'assicurazione ricevendo in cambio il diritto di godere di alcuni benefit quali i contributi previdenziali e di malattia; invece, i medici afferenti al «secteur 2» sono liberi di applicare parcelle più elevate ai propri pazienti, rinunciando ai suddetti benefit (Toth 2009). Le stime del 2008 dicono che gli specialisti che lavorano sotto il «secteur 2» ammontano al 40,7% e la cifra risulta essere in crescita (Chevreul et al. 2010). Dal 2004 è stato introdotto un meccanismo volontario di gate-keeping, non essendo originariamente previsto nel sistema transalpino, denominato *médecin traitant*; nonostante non esistesse, né sia stato introdotto, alcun obbligo in capo alle singole persone di registrarsi presso un medico di fiducia, la suddetta riforma offre degli incentivi economici vantaggiosi a coloro che riferendosi ad un medico ne seguono le sue indicazioni e le sue prescrizioni, senza ricorrere direttamente ai servizi sanitari di livello superiore (pratica peraltro diffusissima in questo asset in cui non esiste ruolo di filtro e a cui tale riforma intendeva appunto porre un freno). L'incentivo economico consiste

nel fatto che ai pazienti che usufruiscono di visite specialistiche o acquistano farmaci senza referto del proprio medico curante viene addebitato un co-payment più elevato (Durand-Zaleski 2011). Risultano, tuttavia, esclusi dalla logica della *médecin traitant* tutti i soggetti di età inferiore ai 16 anni e le visite dirette ad alcuni specialisti che si tende a visitare direttamente (ginecologi, ostetriche, psichiatri, neuro-psichiatri) (Chevreul et al. 2010).

Al contrario di quanto abbiamo visto per il Regno Unito, che divide l'erogazione della medicina primaria da quella secondaria, affidando la prima ai medici di base e la seconda agli specialisti entro l'ospedale, in Francia la distinzione avviene più che altro sulla base della necessità di tecnologia sofisticata (e costosa) prevista dagli interventi chirurgici, o dalla necessità di dover ricoverare il paziente. Pertanto, sia la medicina di base che quella specialistica, purché non richieda l'ospedalizzazione per le ragioni sopra dette, è offerta da medici libero professionisti che lavorano nei propri ambulatori. Decisamente più marginale, sebbene comunque esistente, è l'erogazione di tali attività da parte di medici salariati dipendenti dell'ospedale somministrata in centri della salute.

La gamma di prestazioni disponibili presso le realtà ambulatoriali è molto ampia e copre la maggior parte dei servizi medici e infermieristici (aldilà di quelli che richiedono il ricovero) ed include anche esami biologici e radiologici. Tutti i medici libero professionisti rientrano in accordi nazionali stipulati tra le assicurazioni sociali di malattia e le rappresentanze mediche, che includono anche una lista di tutte le pratiche che possono erogare (una sorta di tabellario), nonché le tariffe esigibili, lasciando comunque ai medici la possibilità, come già spiegato, di applicare degli *extra-billing* (Chevreul 2010). Per quanto concerne l'organizzazione del lavoro va detto che i medici ambulatoriali, sia di medicina generale che specialistica, lavorano prevalentemente in modalità *solo practice*, anziché in gruppo, e generalmente non si avvalgono del contributo di altre professioni sanitarie, come quella infermieristica, lavorando perciò da soli.

In Francia circa i due terzi dei posti letto ospedalieri sono offerti da strutture statali o no-profit. Esiste dunque una rilevante porzione di attività private for-profit. Gli ospedali universitari, invece, sono ovviamente tutti statali. Al fine di attirare gli elementi migliori nel servizio pubblico, fin dal 1968 viene concesso ai medici ospedalieri di visitare i propri malati, in forma di attività privata libero-professionale, entro le strutture pubbliche (Durand-Zaleski 2011). Va anche detto che lavorare presso gli ospedali pubblici/statali francesi è economicamente molto soddisfacente: infatti, i medici oltre ad avere i benefit previsti per i dirigenti pubblici, possono partire da una base di 48.000€ di reddito annuo netto ad inizio carriera fino ad arrivare a circa 87.000€ a fine carriera (Chevreul 2010).

Per diverse ragioni, sin dagli anni Ottanta il governo francese ha cercato alternative all'ospedalizzazione, individuando nel già sviluppato settore ambulatoriale il soggetto per eccellenza che potesse essere capace di al-

leviare la pressione esercitata sugli ospedali, incapaci di far fronte a tutta la domanda.

Così si è iniziato ad incentivare il progresso degli Hôpital à Domicile, allora già attivi da un paio di decenni, e si è incrementata l'attività ambulatoriale. Sebbene gli Hôpital à Domicile fossero dunque una realtà già esistente, essi cominciarono ad acquisire un proprio status ufficiale a seguito della riforma ospedaliera del 1991, mentre la sua specifica funzione quale alternativa all'ospedalizzazione è stata ancor più recentemente definita da un paio di circolari del Ministero della Salute, la prima del 2000 e la seconda del 2006, in base alle quali lo scopo delle suddette unità è quello di inviare team medici ed infermieristici presso il domicilio del paziente per fornire una cura continua e coordinata al fine di evitare ricoveri, che in assenza di tale supporto, sarebbero inevitabili (Chevreul 2010). Il Ministero della Salute nel 2000 ha anche definito il target dei pazienti a cui tali unità si rivolge, e cioè patologie croniche, acute, degenerative o instabili che richiedono un intervento medico ed infermieristico di una certa complessità e con una certa frequenza. In questo modo, le unità Hôpital à Domicile permettono di evitare i ricoveri, o di ritardarli, o almeno di diminuirne la lunghezza del soggiorno presso i reparti ospedalieri (Chevreul 2010). Dal punto di vista amministrativo esse si presentano o come dipartimenti dell'ospedale o secondo la fisionomia di associazione private no-profit, essendo quest'ultima la modalità prevalente. Ciascuna unità è diretta da un medico, che si assume la responsabilità del coordinamento complessivo delle attività, mentre il singolo trattamento viene gestito direttamente del personale infermieristico. Esse possono impiegare personale dipendente dell'ospedale, o anche assumere liberi professionisti. Sono attualmente prevalentemente attive nel settore delle cure palliative, dei trattamenti su pazienti neoplastici e per le cure in ambito perinatale. Si è altresì notato che l'attività degli Hôpital à Domicile consente al sistema sanitario di offrire un'assistenza economicamente più vantaggiosa rispetto a quanto erogato dagli ospedali in regime di ricovero presso i dipartimenti di acuzie e riabilitazione (Afrite et al. 2007). Secondo le stime più recenti, nel 2008 si contavano ben 233 unità Hôpital à Domicile che complessivamente si prendevano carico di 8.400 pazienti; la loro attività è raddoppiata tra il 2000 e il 2008, crescendo particolarmente rapidamente tra il 2006 e il 2008 di ben il 25% (Chevreul 2010).

Il secondo pilastro che concretizza l'obiettivo della de-ospedalizzazione è rappresentato dal costante sviluppo, a partire dal 2000, delle attività chirurgiche espletate presso gli ambulatori. Il settore è cresciuto notevolmente, tanto che nel primo semestre del 2008 si conta che ben il 54% delle procedure chirurgiche perfezionate in Francia siano state erogate presso le strutture ambulatoriali; paragonato al 36% registrato nel 2000, significa che tali attività hanno subito un incremento pari a ben il 50% nell'arco temporale considerato (Chevreul 2010). In particolare, va se-

gnalato, che per promuovere lo sviluppo dell'assistenza ambulatoriale, le Assicurazioni sociali di malattia francesi ha progressivamente aumentato gli incentivi contemplando una lista di operazioni chirurgiche per l'erogazione delle quali gli asset ambulatoriali vengono ritenuti idonei: in questa lista, troviamo l'intervento alla cataratta, alle vene varicose, o al tunnel carpale (Chevreul 2010). Nel contempo, le assicurazioni hanno altresì ridotto considerevolmente il gap tariffario di rimborso tra le prestazioni in regime di ricovero e quelle in regime ambulatoriale, a tutto vantaggio di queste ultime; esse possono persino rifiutarsi di rimborsare i costi sostenuti dall'ospedale in caso di intervento chirurgico in regime di ricovero, se questo non è ritenuto idoneamente giustificato in base alle necessità di salute del paziente (Chevreul 2010).

Pertanto, da quanto sopra emerso, si può affermare che il sistema francese sta mostrando di valorizzare particolarmente il settore ambulatoriale e i servizi territoriali, entrambe realtà già floride e ulteriormente incentivate con le recenti disposizioni governative, delegando all'ospedale solo quelle procedure che necessitano il ricovero del paziente, e incentivando l'ospedale stesso ad erogare quante più prestazioni possibile in regime di day-hospital o day-surgery.

3.3 La Germania: una spinta controcorrente in un contesto fortemente ambulatorializzato

Il modello sanitario tedesco è caratterizzato da un decentramento delle competenze sanitarie. Si possono infatti individuare tre principali livelli di governo:

- 1) il livello di amministrazione federale, in cui sono collocate le attività volte alla pianificazione delle politiche sanitarie e sociali, al futuro dello Stato sociale, all'innovazione e all'informazione sui prodotti farmaceutici e sulla tutela della salute, all'assistenza e all'assicurazione sanitaria, a garantire l'assistenza a lungo termine, la prevenzione, la lotta contro la malattia, l'assicurazione sociale, l'assicurazione pensionistica, la compensazione sociale, l'affrontare i problemi dei disabili e del benessere sociale;
- 2) il livello regionale, in cui i Länder (13 su 16 hanno un ministro della salute) hanno competenze in materia di: pianificazione sanitaria, programmazione delle dotazioni infrastrutturali e tecnologiche, finanziamento degli investimenti ospedalieri, nursing home e istituzioni sociali, sorveglianza dei farmaci, istituzione delle cure sociali e promozione della salute;
- 3) il livello comunale, in cui si trovano le funzioni di public health come la sorveglianza ambientale, delle infezioni e altre attività preventive, escluse le vaccinazioni.

Riprendendo la classificazione proposta da Martinelli (1983) e oramai accettata anche al di fuori del campo sociologico, possiamo definire il sistema sanitario tedesco come 'misto' o delle «associazioni sociali obbligatorie». In Germania, infatti, nel 1883, il sistema di sicurezza più generale viene integrato con l'introduzione delle assicurazioni sociali obbligatorie (Giarelli 2003).

Nel sistema sanitario tedesco ci sono due circuiti sanitari assicurativi: uno pubblico e uno privato. Il primo è basato sulla presenza di casse mutue o Fondi di malattia (Krankenkasse) che garantiscono la copertura di alcune categorie di cittadini mentre al secondo può accedere la popolazione con un reddito più elevato. Gli attori principali in questo sistema sono però quelli di tipo pubblico: le Krankenkasse sono dei soggetti di diritto pubblico gestiti dai rappresentanti dei lavoratori e dai datori di lavoro, senza fini di lucro, che lavorano per lo Stato nella gestione della sanità nazionale (Gesetzliche Krankenkassen). Alcune delle più conosciute sono la AOK, BEK, BKK, DAK e la KKH. I fondi raccolti da queste casse mutue, sponsorizzate dallo Stato, vengono poi redistribuiti per fornire un'assistenza medica generalizzata. In tale regime assicurativo rientra circa l'85% della popolazione tedesca; circa il 10% della popolazione è coperta dall'assicurazione privata mentre il 5% rimanente è sotto un regime speciale.

Con oltre 4 milioni di posti di lavoro, la sanità è il maggiore settore dell'occupazione in Germania: Nel 2003 si contavano 304.100 medici in attività, di cui 132.400 nel settore ambulatoriale (il 75% dei quali in modalità solo-practice); dei medici ambulatoriale 116.065 sono convenzionati con le Assicurazioni; di questi 58.884 (51%) sono iscritti come MMG, 57.221 (49%) come specialisti. Altri 145.500 medici lavorano nel settore ospedaliero, i restanti in altri settori (aziende biomediche ecc.) (Busse, Riesberg 2004).

In generale, nel 2009, sono stati stimati 3,6 medici ogni 1.000 abitanti contro una media di 3,1/1.000 dei Paesi OECD. Nello specifico, il 18% del totale sono medici generici mentre circa il 57% sono medici specialisti (inclusi pediatri, ostetrici, psichiatri...) (OECD 2011).

In Germania è sempre stato molto rigido e marcato il confine tra secondo livello (ambulatoriale) e terzo (ospedale).

Nel sistema sanitario tedesco, è diventato molto forte il ruolo delle associazioni mediche; la medicina ambulatoriale generale, la medicina di famiglia e l'assistenza specialistica sono fornite da medici che per legge sono membri di associazioni regionali (che negoziano contratti con i Fondi di malattia, sono responsabili dell'organizzazione dell'assistenza e agiscono come intermediario finanziario) ma che lavorano nel proprio studio: circa il 60% di essi lavora in un unico studio, e circa il 25% di essi in due.

Gli ospedali, che in questo tipo di assistenza, hanno un ruolo piuttosto marginale, sono prevalentemente non profit, sia pubblici (circa metà dei posti letto) che privati (circa un terzo di posti letto). Negli ultimi anni si stanno sviluppando anche gli ospedali privati for profit. Indipendentemente

dalla proprietà, negli ospedali ci sono prevalentemente medici dipendenti ai quali, generalmente non è consentito trattare pazienti in regime ambulatoriale. È fatta eccezione nei casi in cui delle cure fondamentali non possono essere garantite a livello specialistico ambulatoriale; dal 2004 possono offrire servizi più specialistici ai pazienti ambulatoriali con particolari necessità. Le cure ospedaliere sono pagate attraverso un sistema di DGR: nel 2011 erano previsti 1.194 DGR ma annualmente viene effettuata una revisione che tiene conto delle nuove tecnologie, cambiamenti nelle variabili di trattamenti e costi associati.

In vista di una maggiore integrazione tra i diversi livelli di cura e, quindi, degli stessi percorsi di assistenziali, dal 2004 sono state create delle cliniche multi-specialistiche. Si tratta di centri di cure primarie (Medizinische Versorgungszentren) con le quali si è mirato all'integrazione tra i medici di medicina generale e tra questi e altri professionisti sanitari con diverse specializzazioni. Per muoversi verso tale tipo di integrazione, dal 2004, le assicurazioni negoziano prestazioni con fornitori singoli o in «network», i quali possono fornire servizi inter-settoriali; così un ospedale che abbia un contratto di network con un medico ambulatoriale può erogare servizi di specialistica ambulatoriale. Tale modello si è sviluppato come interfaccia tra l'acuzie e la riabilitazione.

Per quanto riguarda i MMG, tradizionalmente, non hanno svolto e non svolgono un ruolo di filtro (gate-keeping), e i pazienti sono completamente liberi di rivolgersi a qualunque medico vogliano che sia però iscritto nelle liste del fondo Assicurativo. Sempre dal 2004, i Fondi di malattia devono offrire ai propri membri la possibilità di iscriversi ad un modello di cura del medico di famiglia, concepito non solo per offrire migliori servizi ma anche come opportunità per svolgere le funzioni di gate-keeping, cioè di filtro o di 'smistamento'.

I medici ambulatoriali, sia MMG che specialisti, sono generalmente rimborsati sulla base delle prestazioni erogate con una tariffa contrattata tra il medico e il Fondo assicurativo; i pagamenti sono limitati ad un numero massimo predefinito di pazienti per studio e aspetti rimborsabili per pazienti. I Fondi di malattia negoziano annualmente i pagamenti con le associazioni regionali dei medici (Thomson et al. 2011, pp. 57-64).

3.4 La Spagna: la territorializzazione con i centros de especialidades

Il sistema sanitario spagnolo era originariamente di tipo Bismarckiano in quanto basato su un sistema di assicurazioni sociali; con l'istituzione del Ministero della Sanità (INSALUD) e dell'entrata in vigore della Costituzione nel 1978, è iniziata una radicale transizione verso un modello di tipo Beveridgiano. Il Servizio Sanitario Spagnolo, nella sua conformazione attuale, è nato nel 1986 ed è caratterizzato da libero accesso, finanziamento

tramite il gettito fiscale e ruolo predominante del servizio pubblico. Nel panorama europeo, spicca per la marcata efficienza nel suo complesso e per le peculiarità organizzative dell'assistenza primaria.

Anche nel caso spagnolo, così come in quello tedesco, c'è un decentramento delle responsabilità:

- 1) Amministrazione dello stato: Coordinamento della Sanità, Sanità internazionale, politiche sui farmaci, gestione dell'INGESA (Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria).
- 2) Comunità autonome: Pianificazione sanitaria, Salute pubblica, Gestione dei servizi di salute.
- 3) Corporazioni locali: salute ambientale e collaborazione con la gestione dei servizi pubblici.

Dal 2001, nell'ambito di un processo di devoluzione, vi è stato il completo trasferimento delle responsabilità in materia sanitaria dal governo centrale alle 17 Comunità Autonome.

La programmazione e la gestione della sanità sul territorio avviene attraverso due strutture territoriali: le aree sanitarie e le zone sanitarie. Le prime coprono territori con 200-250 mila abitanti e devono organizzare l'insieme dei servizi sanitari (cure primarie, specialistiche, ospedaliere) mentre, le seconde, sono una suddivisione delle precedenti, hanno un bacino di utenza di 5-25 mila abitanti e si occupano prevalentemente del coordinamento delle cure primarie.

L'assistenza di base in Spagna è affidata a medici e a centri di cure primarie, strutture integrate che erogano visite mediche, servizi di assistenza e attività di prevenzione. L'assistenza specialistica e ospedaliera, invece, è garantita in prevalenza da strutture pubbliche o da strutture private convenzionate; esistono, anche se in misura minore, strutture private che operano in regime privato.

Il settore pubblico e quello privato hanno pesi diversi a seconda del livello di cure:

- 1) Medicina primaria: erogata tramite un network interamente statale (poche eccezioni in Catalogna e Valencia), in cui i medici sono dipendenti pubblici salariati;
- 2) Medicina di secondo livello-ospedaliera: di 804 ospedali esistenti, solo il 40% è statale (ma copre il 71% dei posti letto) (Crivellini 2004; García-Armesto et al. 2010).

È difficile stimare il numero dei medici perché non esiste un obbligo a registrarsi in un albo professionale; combinando diverse fonti, si stima che vi siano 144.379 medici (che lavorano full-time), di cui 141.579 sono specialisti (la specialità è obbligatoria dal 1995 ed anche i medici di base conseguono una specialità in «medicina di famiglia e di comunità»); la maggior parte, e cioè 104.598 medici, lavora per il SNS.

In Spagna, l'assistenza primaria è erogata da due tipi di strutture primarie:

- 1) i Centri della salute, sono la formula più completa;
- 2) gli Studi medici locali, prevalentemente presenti nelle zone rurali, con lo scopo di rendere quanto più possibile prossimi ai cittadini le consulenze mediche; aprono solo a certi orari in certi giorni della settimana.

I Centri della salute o Centri di assistenza primaria sono le strutture principali di questo livello assistenziale (Centre d'atenció primària - CAP) e presentano un'elevata accessibilità: sono distanti da qualsiasi residenza al massimo 15 minuti, sono operativi 24 ore su 24 con un pronto soccorso ambulatoriale integrato, e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun ticket, fatta eccezione per i farmaci (40% del prezzo). Nei CAP lavorano équipe multidisciplinari costituiti da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti. L'assistenza primaria è la sede privilegiata anche delle attività di prevenzione e promozione della salute, assistenza e salute della donna, assistenza al paziente terminale e salute del cavo orale.

Di questi team fa parte il MMG, con un forte ruolo di gate-keeper e primo punto di contatto tra la popolazione e il sistema sanitario; egli ha un contratto da dipendente del sistema, che include l'attuazione di attività di formazione, dell'assistenza sanitaria e a domicilio (assistenza di media per medico di 1500 pazienti) in team, la ricerca, docenza e dei programmi preventivi comunitari.

Il secondo livello è quello della medicina specialistica che si esplica sia negli ospedali che nei policlinici. La specialistica ambulatoriale viene erogata attraverso un network pubblico di policlinici di comunità (centros de especialidades), fortemente integrati con il settore ospedaliero: spesso il personale è lo stesso, con i dipendenti ospedalieri che ruotano i turni per coprire le visite nei policlinici.

La forte integrazione tra il livello assistenziale primario e quello secondario garantisce una maggiore continuità del percorso di cura del paziente che, dopo l'assistenza specialistica, torna dal medico di base con le informazioni opportune garantendo così una visione globale clinica e terapeutica. In alcune realtà dopo la dimissione ospedaliera si inviano via fax le opportune raccomandazioni di assistenza al medico di famiglia e all'infermiere del paziente dimesso, presso il centro di salute (Pilar Fernández 2008).

Medicina specialistica e community care

Tabella 2. Esempio di un centro di salute di un paese dei Paesi Baschi

<p>Personale del centro di salute (Basauri):(ab. 35000)</p>	<p>Team multidisciplinare: 17 medici di famiglia 4 pediatri 20 infermiere 12 impiegati amministrativi 6 celadores (portantini) 1 telefonista 18 infermiere assistenza specialistica</p>	<p>Equipe di Salute mentale: 3 psichiatri 3 psicologi 2 assistenti sociali 2 Infermieri 1 amministrativo</p> <hr/> <p>Altri specialisti:</p> <table border="1" data-bbox="701 439 1066 812"> <tr> <td>Chirurgia Generale</td> <td>Ginecologia</td> </tr> <tr> <td>Chirurgia orolare</td> <td>Dermatologia</td> </tr> <tr> <td>Traumatologia</td> <td>Otorrino Endocrinologia</td> </tr> <tr> <td>Reumatologia</td> <td>Cardiologia</td> </tr> <tr> <td>Ostetricia</td> <td>Neumologia</td> </tr> <tr> <td>Pianificazione familiare</td> <td>Neurologia</td> </tr> <tr> <td>Radiologia</td> <td>Ortopedia</td> </tr> <tr> <td>Odontologia</td> <td>Riabilitazione</td> </tr> <tr> <td>Oftalmologia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Digestivo</td> <td></td> </tr> </table>	Chirurgia Generale	Ginecologia	Chirurgia orolare	Dermatologia	Traumatologia	Otorrino Endocrinologia	Reumatologia	Cardiologia	Ostetricia	Neumologia	Pianificazione familiare	Neurologia	Radiologia	Ortopedia	Odontologia	Riabilitazione	Oftalmologia		Digestivo	
Chirurgia Generale	Ginecologia																					
Chirurgia orolare	Dermatologia																					
Traumatologia	Otorrino Endocrinologia																					
Reumatologia	Cardiologia																					
Ostetricia	Neumologia																					
Pianificazione familiare	Neurologia																					
Radiologia	Ortopedia																					
Odontologia	Riabilitazione																					
Oftalmologia																						
Digestivo																						
<p>Prestazioni NON TICKET</p>	<p>amministrative: appuntamenti sia con il medico di base o con i medici specialisti (previo referto del medico di base), l'elezione del medico o del pediatra (o il cambiamento), certificazione di ricette speciali, realizzazione della tessera sanitaria, sollecito delle prestazioni sociali (appuntamento con l'assistente sociale), sollecito deltrasporto sanitario, assistenza per le persone senza risorse, ossigenoterapia domiciliari, reclami e proteste, assistenza ortopedica.</p>	<p>Assistenza sanitaria medica: in consulta-laboratorio o domiciliari. ostetrica: con richiesta del medico di famiglia (non sempre) infermieristica: in consulta-laboratorio o domiciliari. specialistica: con richiesta del GP</p>																				
<p>Altre attività svolte nel centro di salute</p>	<p>Salute pubblica: ispezioni, brote epidemico di malattie infettive.. Analisi del sangue: dal lunedì al venerdì (8.00 alle 9,15) Assistenza chirurgica (minore) Continuità di cure dopo la dimissione ospedaliera. Assistenza continua 24h di pronto soccorso ambulatoriale (amministrativo, agente di sicurezza, medico e infermiera). Call center (del centro di salute). Radiografie, Ecografie, Retinografia</p>																					

Orari di lavoro:	Attività Assistenziale: Mattina (8-15 h) o pomeriggio (13-20 h), alternante (10-17h) Sabati: 9-14h divisi tra i medici di famiglia. All'interno dell'orario si realizzano le visite a domicilio.	In orario di lavoro si realizza anche: attività di Aggiornamento nel centro 3 giorni/sett Riunioni degli Equip.
I programmi PREVENTIVI	I programmi PREVENTIVI svolti dal team: l'assistenza al bambino: vaccinazioni, revisioni periodiche scuole promotrici di salute: in questi progetti lavorano in genere le infermiere. Salute cavo-orale l'assistenza alla donna: pianificazione familiare, gravidanza, preparazione al parto e post-parto, assistenza puerperale, allattamento materno, diagnosi precoce del cancro cervicale. Prevenzione e controllo del rischio cardiovascolare. Malattie respiratorie: l'asma, malattie respiratorie croniche, tubercolosi. L'assistenza alle persone maggiori-anziane. Vaccinazioni: l'influenza, tetano, epatite.. l'assistenza alle vittime di maltrattamento del partner continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera (possono variare a seconda le priorità stabilite di ogni realtà)	

3.5 Il sistema svedese: verso le mobile teams

Il sistema sanitario svedese è a forte impronta statale ed è organizzato su 3 livelli: nazionale, regionale e locale.

Il livello centrale e nazionale, con il Ministero del Welfare e della Salute ha competenze in materia di programmazione, che includono anche la promozione della salute e la prevenzione (se ne occupa il Folkhälsoinstitutet, Istituto Nazionale di Sanità Pubblica). Tale attività registra successi quali: la 'zero-vision' sulla mortalità per incidenti stradali, cioè l'obiettivo di azzerarla (nel 2007 era 4,7/100.000 abitanti/anno, la più bassa in Europa con l'Olanda) e la più bassa proporzione di fumatori in Europa (quasi dimezzati quelli di sesso maschile negli anni '90). Più difficili da controllare risultano l'obesità e l'alcolismo (National Board of Health and Welfare 2009).

Il livello regionale, in cui i 20 Landsting erogano l'assistenza primaria, secondaria e terziaria. In particolare, l'assistenza primaria (in ambulatori polifunzionali, almeno uno per municipio) e secondaria sono gestite, nella maggioranza delle contee, dai Distretti Sanitari, autorità analoghe alle ASL italiane. È particolare l'organizzazione delle cure terziarie: l'intero territorio nazionale è diviso in 6 regioni, ciascuna comprendente più Landsting per un totale di circa un milione di cittadini, e servita da un ospedale regionale ad alta intensità tecnologica.

Il livello locale, costituito dai municipi, si occupa dei servizi di comunità - servizi sociali, assistenza domiciliare, assistenza ad anziani, disabili e disabili psichici.

In tutto il territorio svedese, ci sono più di 1.100 centri di cure primarie tra pubbliche e private, 70 ospedali distrettuali, 7 ospedali universitari regionali e 6 ospedali privati.

Per quanto riguarda, invece, i medici, nel 2008 si contavano complessivamente circa 35.000 medici in attività, 3,7 per 1.000 abitanti; di questi, il 70% (circa 25.000) possiede una specialità; di questo 70%, un quarto (circa 6.000) è specialista in MMG. Secondo le stime dell'Associazione medica svedese (che rappresenta il 90% di tutti i medici), i 2/3 dei suoi membri (circa 20.000) lavora nel settore ospedaliero, il 17% nelle cure primarie (circa 5.000) (Anell et al. 2012).

In Svezia, a partire dagli anni '90, si è creato uno sbilanciamento dal livello ospedaliero a favore di quello primario; in questo settore vengono erogate tutte quelle prestazioni che non richiedono tecnologia e attrezzature particolari. I centri che erogano tali cure, sono costituiti da diverse figure come medici generici, infermieri, ostetriche, ginecologi, psicologi e fisioterapisti e tra i servizi forniti sono inclusi i programmi di prevenzione come le vaccinazione per i bambini, consulti ed esami. La forma più comune di pratica del livello di cure primario in Svezia è un team di base, con 4-6 medici di base affiancato da altre figure professionali.

Generalmente questi centri hanno il compito di indirizzare i pazienti verso un adeguato livello del servizio sanitario senza però avere un vero ruolo formale di gate-keeping in quanto i pazienti possono prendere contatti diretti con i medici specialistici.

Tutto ciò che, invece, riguarda il livello specialistico e richiede una certa tecnologia viene erogato da uno dei 70 ospedali distrettuali o dei 7 universitari regionali che si occupano soprattutto del livello altamente specialistico. Gli ospedali distrettuali sono divisi in locali e specifici per assistenza agli acuti. Questi ultimi sono circa i due terzi del totale e offrono assistenza 24 ore su 24, competenze e professionalità ancora più specifiche rispetto agli ospedali locali. Parallelamente allo sviluppo di tali strutture, recentemente sono nate le squadre mobili, chiamate mobile teams, composte da differenti figure e competenze, che forniscono assistenza e cure domiciliari ai malati acuti, soprattutto a persone con bisogni di cure maggiori e più specifici come anziani e malati cronici. Questo tipo di assistenza, tra le varie finalità, è stata creata per sopperire alla mancanza di posti-letto per lunghe degenze causata, negli ultimi anni, dall'aumento della domanda di cure a fronte dell'invariato numero di posti letto (Anell et al. 2012).

4 La specialistica italiana: brevi cenni

Nel sistema italiano, in linea con molti altri assetti europei, il medico di medicina generale (MMG) è il primo contatto medico a cui un cittadino generalmente si rivolge e agisce da interfaccia con le altre specialità,

svolgendo altresì la funzione fondamentale di gate-keeping, e cioè di filtro nell'accesso ai servizi e livelli di assistenza dei pazienti.

Il medico specialista costituisce una categoria che si modifica e sempre più si espande entro il processo di specializzazione della medicina: il numero dei settori della medicina considerati a pieno titolo come specialità è, infatti, in progressivo aumento e basti pensare, per esempio, che 30 anni fa gastroenterologia e reumatologia appartenevano ancora alla medicina generale, mentre oggi vivono di vita propria. Questo processo viene definito da alcuni autori in termini di «iperspecializzazione del sapere e delle tecnologie mediche che negli ultimi anni ha avuto uno sviluppo straordinario, grazie soprattutto alle nuove scoperte dell'ingegneria genetica, della microchirurgia, della telemedicina e dei trapianti d'organi» (Giarelli 2002, p. 253). Se da un lato una maggiore specializzazione implica una conoscenza più specifica e dettagliata e, quindi, interventi e cure sempre più mirate, dall'altro può comportare un importante rischio, ossia che «vada perduta quella concezione unitaria della propria identità professionale» e della stessa salute (Bronzin 2006, p. 135).

Al fine di avere un inquadramento circa le dimensioni della specialistica in Italia, pare utile rifarsi alle cifre riportate dal dossier *Il personale del sistema sanitario italiano - Anno 2011* (che ha visto la luce nel novembre 2013), da cui risulta che i medici impiegati nelle ASL, nelle aziende Ospedaliere ed Universitarie, negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (IRCCS), delle ARES ed ESTAV al 31/12/2011 risultavano pari a 109.170, e cioè a 1,84 medici per mille abitanti, mentre per la medicina specialistica ambulatoriale si annoveravano 15.609 medici convenzionati.⁴ Tali dati consentono di ben comprendere come la gran parte dell'attività specialistica sia espletata da medici ospedalieri, che tra l'altro svolgono attività libero professionale in quasi il 60% dei casi (infatti, sommando i dati relativi alla libera professione intramuraria e intramuraria allargata, risulta che ben 61.000 medici ospedalieri svolgono attività ambulatoriale).⁵ Vale la pena ricordare che il settore ospedaliero è stato oggetto di importanti riforme negli ultimi 15 anni. In Italia, dal 1996 (legge n. 662 e poi più compiutamente con la legge 229/1999, meglio nota come 'riforma Bindi'), i medici specialisti che

4 Il medesimo report specifica che operano nell'area funzionale dei servizi 30.367 unità, di cui il 68% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva; nell'area funzionale di chirurgia 25.435 unità, di cui il 64% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, ortopedia e traumatologia; infine, nell'area funzionale di medicina 42.210 unità, di cui il 54% nella medicina interna, cardiologia, psichiatria e pediatria. Il report può essere scaricato sul seguente sito http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2191_allegato.pdf (visitato il 01/09/2014).

5 Nel report precedentemente citato si afferma che su 103.202 medici a rapporto esclusivo (il 94,5% del totale), 42.542 (39%) svolgono attività libero professionale intramuraria e 18.458 (16,9%) attività libero professionale in regime di intramuraria allargata (cioè fuori dagli spazi aziendali).

operano all'interno del Servizio Sanitario Nazionale e che vogliono anche lavorare privatamente oltre il normale orario di lavoro, devono scegliere tra due modalità: la libera professione intramuraria o intramoenia, oppure la libera professione extramuraria o extramoenia. Questi due regimi si differenziano sulla base del luogo fisico in cui la libera professione si svolge, e sulle modalità e delle entità di pagamento (Ardissone 2009 e 2011). Nella libera professione intramuraria, o intramoenia, il medico utilizza le strutture ospedaliere e gli ambulatori pubblici o privati-accreditati. L'onorario è deciso dal medico specialista e concordato con il direttore sanitario della Asl, la quale riceve una parte dei proventi in qualità di rimborso per l'utilizzazione delle sue strutture. La prestazione viene eseguita fuori dall'orario di lavoro e viene prenotata dal cittadino presso la stessa Asl. Per assicurare il rispetto dei tempi di attesa medi, stabiliti con provvedimenti regionali, vengono periodicamente effettuati dei controlli nelle liste d'attesa.

Il maggior spessore numerico affidato alla specialistica ospedaliera pare essere in linea con un preciso obiettivo politico ed aziendale, che soprattutto a partire dalla legge 229/1999 porta il sistema sanitario italiano (anche se sarebbe più opportuno parlare di servizi sanitari regionali) a privilegiare il personale a tutti gli effetti alle sue dipendenze, delegando all'esterno solo quelle prestazioni (tanto in termini quantitativi che qualitativi) che non riesce a soddisfare al proprio interno, né con l'attività ordinaria né con quella intramuraria.

Tuttavia il contesto in cui viviamo oggi è connotato dalla riorganizzazione del sistema sanitario incentrato sulla valorizzazione delle cure primarie, avente cioè come fulcro la nascita di servizi intermedi maggiormente adeguati a far fronte alle 'nuove' patologie cronico-degenerative e tesi a de-congestionare quelli ospedalieri, in un'ottica di medicina territoriale e anche pro-attiva, che vede, ad esempio nell'istituzione delle Case della Salute (o assimilabili) un nuovo modello di integrazione sanitaria e socio-sanitaria da perseguire. Un tale ri-assetto può senz'altro offrire nuove opportunità di espressione da parte della specialistica ambulatoriale, sia in termini di erogazioni prestazionali, ma anche in termini di progettualità condivisa, proprio secondo una logica di continuità delle cure e di presa in carico di pazienti complessi con un approccio di valutazione multidisciplinare delle condizioni e dei percorsi diagnostico-terapeutici da implementarsi; direzione che parrebbe anche evincersi dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, firmato il 27 maggio 2009 (si rimanda al sito <http://www.sumaiweb.it/f/40/json/12534>). Infatti, in tale Accordo si ricava un riconoscimento della specialistica ambulatoriale quale «parte attiva e qualificante del SSN, integrandosi con specifiche funzioni nell'assistenza primaria attraverso il coordinamento con le altre categorie di erogatori ammesse ad operare sul territorio e nel distretto» (vedasi art. 12, comma 2, p. 17).

La rilevanza sempre maggiore assunta dalla specialistica ambulatoriale

interna si evince anche da quanto emerge nell'Atto di indirizzo emanato nel febbraio 2014 dalla Conferenza Stato Regioni», in cui, tra l'altro, si sottolineano due rilevanti elementi di fondo manifestatisi negli anni più recenti. In primis, il numero di ore di attività professionale cresciuto costantemente e passato da 14,7 milioni del 2009 ai 17,4 milioni del 2012, con un incremento pari al 18,4% in quattro anni. In secondo luogo, la diversa entità di tale fenomeno sui territori aziendali e regionali, indice del fatto che, nel quadro di una crescita generale, in alcune aree del paese l'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali convenzionate ha assunto un peso e un ruolo determinanti ai fini del soddisfacimento della domanda che si rivolge a tutta l'assistenza specialistica ambulatoriale pubblica. Di conseguenza, pare legittimo evidenziare come la specialistica ambulatoriale convenzionata tenda ad assumere un ruolo sempre più rilevante ai fini del soddisfacimento della domanda di prestazioni e sempre più 'parte' della rete pubblica dei servizi specialistici, tanto da rivendicarne da un lato il suo maggior rilievo nell'ambito della programmazione regionale e dall'altro di favorire un processo di progressiva e più intima integrazione di tale settore all'interno delle logiche di sviluppo e degli assetti organizzativi della medicina specialistica pubblica.

5 Tra convergenze e innovazione, la medicina verso il territorio

L'esame della letteratura scientifica esistente relativa alla situazione europea ha mostrato nel complesso una tendenza, oramai iniziata già dagli anni Novanta, ma affermatasi con maggior convinzione nel corso dell'ultimo decennio, verso la de-ospedalizzazione del sistema sanitario e la conseguente territorializzazione di servizi molti servizi sanitari che non necessitano la 'tecnologia' ospedaliera. Tale spinta è iniziata soprattutto per fattori economici, ed infatti, ad esempio, nel corso degli anni Novanta i governi dei paesi europei hanno iniziato ad introdurre i pagamenti in forma DRG, sostituendo così le precedenti modalità a piè di lista; tuttavia, è stato mostrato come anche molti altri fattori, di natura politica e sociale hanno influito massicciamente sulle nuove tendenze.

Per analizzare il trend europeo, si sono presi in considerazione cinque paesi, che per importanza e per dimensione territoriale e demografica possono offrire validi spunti ad un approccio comparativo con la situazione italiana: Francia, Germania, Regno Unito, Svezia e Spagna.

L'analisi ha mostrato che tutti i paesi stanno procedendo lungo la via della valorizzazione del territorio, riconfigurando conseguentemente i propri servizi, tanto a livello della medicina di base quanto a livello della medicina specialistica, la quale ha cominciato ad uscire dalle strutture ospedaliere anche in quelle realtà che storicamente configuravano la specialistica (sia in regime ambulatoriale che in regime di ricovero) all'interno dell'ospedale stesso (si veda Svezia e Regno Unito).

Nella maggior parte dei casi si tratta di progetti pilota, che vanno dagli esperimenti di 'intermediate care' (cura intermedia) realizzati nel Regno Unito onde evitare ricoveri inutili e sostenere le dimissioni protette, ai 'mobile teams' (squadre mobili) predisposte in Svezia per far fronte ai pazienti con malattie croniche, e controbilanciare i tagli che nel corso degli ultimi anni stanno colpendo il settore ospedaliero della lungo-degenze, all'Hôpital à Domicile francese, che, particolarmente attivi nel settore palliativo, nel trattamento neo-plastico e nei servizi perinatali, intendono evitare, o almeno accorciare i ricoveri e la permanenza dei pazienti in ospedale, o come nel caso spagnolo, in cui, attraverso i Centros de especialidades, si garantisce un ottimo collegamento tra il primo livello e quello ospedaliero, organizzando il servizio in un assetto di forte integrazione con il sistema ospedaliero, anzi piuttosto di compenetrazione, dal momento che spesso il personale è lo stesso. Più refrattaria al cambiamento, e per certi versi in controtendenza rispetto ai casi precedenti, si presenta, invece, la situazione tedesca, a causa di un sistema sanitario fortemente dominato da logiche corporativistiche (cfr., ad es., Di Luzio 2004 e Altenstetter e Busse 2005); tuttavia, anche il sistema tedesco sta muovendo verso un 'network' per l'interfaccia tra acuzie e riabilitazione, che però ha come effetto, tendenzialmente opposto al trend europeo, quello di ospedalizzare la medicina specialistica. Ciò è vero, sebbene si deve tener conto che la realtà della medicina ambulatoriale, sia di base che specialistica, è fortissima e assai radicata nel tessuto connettivo sanitario tedesco.

Tabella 3. I progetti di medicina territoriale dei Paesi analizzati

	Nome del progetto	Scopo	Natura degli specialisti	Effetto prodotto
Francia	Hôpital à Domicile	Evitare o accorciare i ricoveri e la loro permanenza in ospedale	Specialisti ospedalieri o in LP	Verso il territorio
Germania	Network o Integrated Care	Garantire l'interfaccia tra acuzie e riabilitazione	Specialisti Ospedalieri	N.B!: sposta l'ambulatorio in ospedale
Regno Unito	Intermediate Care	Evitare ricoveri inutili e sostenere le dimissioni protette	GPs + specialisti ospedalieri o in LP	Verso il territorio
Spagna	Centros de Especialidades	Garantire collegamento tra 1° livello ed ospedale	Specialisti ospedalieri	Verso il territorio
Svezia	Mobile Teams	Garantire visite a pazienti con malattia cronica (sopperire la mancanza di posti letto nelle lungo-degenze)	Specialisti ospedalieri	Verso il territorio

Sebbene si tratti di progetti pilota, tendenzialmente anche molto recenti, e si noti una diversità di scopi di intervento intorno a cui ciascun esperimento è sorto, si può rilevare che l'obiettivo maggiormente comune abbia a che fare con le dimissioni protette; in questo senso, le varie realtà progettuali si porrebbero a sostegno di un sistema che, appunto come si affermava precedentemente, procede lungo la strada della de-ospedalizzazione, soprattutto di cronici ed acuti, verso la destinazione del territorio e del domicilio del paziente, individuato altresì come il luogo più adeguato alla natura delle patologie in oggetto.

Trattandosi di iniziative progettuali bisognerà senz'altro vedere come la crisi economica impatterà su tutte queste realtà e sulla rapidità ed estensione geografica nella loro espansione; dal punto di vista sociale e politico tuttavia, la strada sembra già piuttosto tracciata e pare comunque difficile invertire la rotta.

Bibliografia

- Afrite, A. et al. (2007). «Hospital at home, an economical alternative for rehabilitative care». *Questions d'économie de la santé*, 119. Paris: Institut de recherche et documentation en économie de la santé pour Eco-Santé. Disponibile all'indirizzo <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES119.pdf> (2012-10-30).
- Altenstetter, C.; Busse, R. (2005). «Health care reform in Germany: Patchwork change within established governance structures». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30 (1-2), February-April, pp. 121-142.
- Anell, A.; Glenngård, A.H.; Merkur, S. (2012). «Sweden: Health system review». *Health Systems in Transition*, 14(5), pp. 1-159.
- Ardissone, A. (2009). «La professione medica tra novità e continuità nei percorsi di riforma: Il caso italiano in prospettiva comparata». *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2, pp. 121-145.
- Ardissone, A. (2011). *The reform of the medical profession in Italy. An overview through the reforms of the Italian health care system*. Saarbrücken: Lambert Academic Publishing
- Bonaldi, A. (2007). «Come cambia l'ospedale: organizzazione ed Evidence-Based Design». *Salute e Società*, 6 (3), pp. 56-69.
- Boyle, S. (2011). «United Kingdom (England): Health System Review». *Health System in Transition*, 13 (1).
- Bronzin, M. (2006). «I Medici di medicina generale: Differenze di genere e di generazione». In: Cipolla, C.; Corposanto, C.; Tousijn, W. (a cura di), *I Medici di medicina generale in Italia*, FrancoAngeli, Milano.
- Busse, R.; Riesberg, A. (2004). «Health care systems in transition: Germany». Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

- Chevreur, K. et al. (2010). «France: Health System Review». *Health System in Transition*, 12 (6).
- Cipolla, C. (1997). *Epistemologia della Tolleranza*. 5 voll. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (a cura di) (2002). *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C.; Corposanto, C.; Tousijn, W. (a cura di) (2006). *I medici di medicina generale in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Crivellini, M. (2004). *Sanità e salute: Un conflitto di interesse: I sistemi sanitari dei maggiori paesi europei e degli Stati Uniti*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Luzio, G. (2004). «The irresistible decline of the medical profession? An empirical investigation of its autonomy and economic situation in the changing German welfare state». *German Politics*, 13 (3), pp. 419-448.
- Donati, P. (a cura di) (1989). *La cura della salute verso il 2000*. Milano: FrancoAngeli.
- Flora, P. (1986). *Growth to limits: The West European Welfare States since World War II*. Berlino: De Gruyter.
- García-Armesto, S.; Abadía-Taira, M.B.; Durán, A.; Hernández-Quevedo, C.; Bernal-Delgado, E. (2010). «Spain: Health system review». *Health Systems in Transition*, 12 (4), pp. 1-295.
- Giarelli, G. (2002). «Convergenza o ambivalenza? Elementi per un'analisi sociologica comparata dei processi di 'riforma' dei sistemi sanitari. In: Cipolla, C. (a cura di), *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*. Milano: FrancoAngeli.
- Giarelli, G. (2003). *Il malessere della medicina: Un confronto internazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Harrison, A. et al. (2011). «The English Health Care System». In: OCSE: *International Profiles of Health Care Systems*.
- Klein, R. (2006). *The new politics of NHS*. Oxford: Radcliffe.
- Maino, F.; Ferrera, M. (2006). *Le politiche sanitarie*. In: Ferrera, M., *Le politiche sociali*. Bologna: Il Mulino.
- Mangone, E. (2006). «La strutturazione del ruolo del medico e la fiducia». *Salute e Società*, 5 (1), Suppl., pp. 117-133.
- Martinelli, A. (1983). «Salute e sistemi sanitari occidentali». In: Donati, P. (a cura di), *La sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Moran, M. (1999). *Governing the health care state: A comparative study of the UK, the USA and Germany*. Manchester: Manchester University Press.
- National Board of Health and Welfare (2009). *Folkhälsorapport 2009* [Public health report 2009]. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Oberlander, J. (2007). «Learning from failure in health care reform». *The New England Journal of Medicine*, October 25, pp. 1677-1679.
- OCSE (2011a). *International Profiles of Health Care Systems* [online].

- Disponibile all'indirizzo http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf.
- OCSE (2011b). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators* [online]. OECD Publishing. Disponibile all'indirizzo http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en.
- Pilar Fernández M.; Arduini, R.; Solari, L. (2008). *Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: Le peculiarità del caso spagnolo*. Disponibile all'indirizzo http://www.espanet-italia.net/conferenza2008/paper_edocs/A/9%20-%20DelrioArduiniSolari.pdf.
- Polistena, B.; Rocchetti, I.; Spandonaro, F. (2007). «Politiche di razionalizzazione ospedaliera: Efficienza delle strutture e disuguaglianze assistenziali». *Salute e Società*, 6 (3), pp. 31-55.
- Roland, M. (2004). «Linking physicians' pay to the quality of Ccare: A major experiment in the United Kingdom». *New England Medical Journal*, 351 (14), pp. 1448-1454.
- Shortt, S.E.D. (2003). «General practice fundholding in the United Kingdom: Do not copy». *Canadian Family Physician-Le Médecin de famille canadien*, 49, pp. 279-281.
- Thomson, S. et al. (2011). «International profiles of health care systems» [online]. *The Commonwealth Fund November*. Disponibile all'indirizzo http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2011/Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf.
- Toth, F. (2009). «Le riforme sanitarie in Europa: Tra continuità e cambiamento». *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 2, pp. 69-92.
- Vicarelli, G. (1986). «Professioni e Welfare State: I medici generici nel Servizio Sanitario Nazionale». *Stato e Mercato*, 16, pp. 93-122.
- Vicarelli, G. (2006). «Medicus omnium: La costruzione professionale del medico di medicina generale (1945-2005)». In: Cipolla, C. (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*. Milano: FrancoAngeli, pp. 50-99.

Un mondo in cambiamento

L'opinione degli specialisti ambulatoriali interni iscritti al SUMAI

Romano Astolfo, Paola Bragagnolo, Maristella Zantedeschi

Abstract: the chapter illustrates the main results of the survey addressed to the specialist doctors promoted by SUMAI and administered between late 2012 and early 2013 in collaboration with the University Ca 'Foscari of Venice. After a preliminary reflection on the main features of the professional identity of specialist doctors, the contribution goes in to details. This survey gives back the first picture of self represented image and identity of specialist doctors enrolled in SUMAI trade union. Such outcomes identify current situation and outlines future trends in the short-medium term. Indeed, the scope of this work is to understand how the specialist doctors are experiencing present phase of change in their working environment and which are their perspectives for the coming years.

Sommario 1. Introduzione. – 2. L'identità professionale dello Specialista Ambulatoriale Interno. – 3. Il disegno di rilevazione. – 4. Gli aspetti contrattuali e motivazionali. – 5. Esperienza nella pubblica amministrazione. – 6. L'esercizio della libera professione. – 7. Gli orientamenti, la mobilità e il futuro lavorativo. – 8. Un tentativo di sintesi: quante e quali tipologie di specialisti ambulatoriali interni?. – 9. Conclusioni.

1 Introduzione

Nella pagine che seguono, dopo una preliminare riflessione sulle caratteristiche fondamentali dell'identità professionale degli Specialisti Ambulatoriali Interni, si illustrano i principali risultati dell'indagine rivolta agli Specialisti Ambulatoriali Interni, promossa da SUMAI e realizzata tra la fine del 2012 e l'inizio del 2013 in collaborazione con l'Università Ca' Foscari Venezia. Si tratta di una prima e importante fotografia della loro immagine identitaria e delle principali caratteristiche degli SAI iscritti a SUMAI, che consente di leggerne la situazione attuale e di delinearne le prospettive di evoluzione a medio-breve termine. Lo scopo del lavoro è infatti quello di comprendere come gli SAI stanno vivendo questa fase di cambiamento nel proprio contesto lavorativo e quali prospettive immaginano per il proprio futuro.

2 L'identità professionale dello Specialista Ambulatoriale Interno

Una prima fase del progetto, precedente alla realizzazione dell'indagine, è stata focalizzata sull'individuazione dei fattori di identità che caratterizzano la professione dello Specialista Ambulatoriale Interno. I processi di

cambiamento in atto nei sistemi socio-sanitari regionali, anche in ragione della legge 8 novembre 2012, n. 189, chiamano, infatti, fortemente in causa l'identità professionale delle diverse professioni sanitarie, con particolare riferimento alla necessità di coordinamento e di integrazione professionale (orizzontale e verticale) fra le stesse. Risulta quindi di particolare interesse assumere il punto di vista degli Specialisti Ambulatoriali Interni in questa prospettiva di cambiamento.

Già nel 2007 era stata svolta una ricerca (Università Ca' Foscari) che aveva come obiettivo principale la connotazione dell'ambito di lavoro delle cure primarie, identificandone gli elementi di qualità e ricostruendo al suo interno il profilo di identità della figura dello SAI. Tale profilo è stato aggiornato alla luce dei percorsi di cambiamento in atto in ambito sanitario, per giungere ad un elenco finale di 27 fattori di identità che qualificano lo SAI e che sono dettagliatamente descritti nella tabella che segue.

Tabella 1. Fattori di identità

1	Creare un buon rapporto collaborativo tra MMG/PLS e SAI
2	Assicurare il consulto con gli altri professionisti del territorio (MMG, PLS e altri professionisti) <ul style="list-style-type: none">• Realizzare le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;• Assicurare il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;• Disponibilità per la consulenza specialistica al Medico di Assistenza Primaria e/o al Pediatra di Libera Scelta su casi presentati dagli stessi, anche telefonicamente e/o con sperimentazioni di telemedicina;• Consulenza telefonica ai Medici di Assistenza Primaria e ai Pediatri di Libera Scelta ed altre Professionalità, con il coinvolgimento del personale tecnico e/o sanitario.
3	Assicurare il consulto con i professionisti ospedalieri <ul style="list-style-type: none">• Disponibilità al consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata.
4	Assicurare il raccordo con la struttura ospedaliera per i casi complessi che necessitano di un ricovero o di accesso al P.S.
5	Partecipare alla costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici <ul style="list-style-type: none">• Elaborazione, in caso di diagnosi più complesse, di percorsi diagnostici integrati a livello poliambulatoriale ed in concorso con altri Specialisti intra-ospedalieri;• Individuare percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici assicurando nello stesso accesso al poliambulatorio la consulenza plurispecialistica.
6	Partecipare all'attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici <ul style="list-style-type: none">• Aderire a percorsi clinico-assistenziali;• Corresponsabilizzazione economica-organizzativa con gli altri attori del sistema sanitario pubblico nella gestione dell'assistito.
7	Sviluppo delle competenze basate sulle evidenze

- 8 Concorrere al governo della domanda (tra specialisti – specialisti con altre figure professionali):
- Liste di attesa:
attribuzione dei codici di priorità
applicazione delle indicazioni regionali
 - Contenimento della spesa farmaceutica:
Rispetto delle note della Commissione Unica del Farmaco (CUF)
Orientare la prescrizione verso farmaci meno costosi a parità di efficacia
Condividere linee guida e protocolli terapeutici
Distribuzione diretta di farmaci tramite le strutture farmaceutiche della ASL
Farmacovigilanza pubblica
Appropriatezza prescrittiva
Contenimento delle spese per indagini e diagnostica
-
- 9 Lavorare in team
- Potenziare l'attività di consulenza con MMG/PLS e altri servizi aziendali:
 - informazione all'utenza;
 - adesione ai protocolli diagnostici terapeutici (PDT);
 - evitare inutili duplicazioni di prestazioni sanitarie;
 - Adottare modalità organizzative efficienti di lavoro (in team), laddove vi sia la presenza di un numero sufficiente di Medici Specialisti Ambulatoriali Interni afferenti alla medesima branca;
 - Prevedere lo specialista d'equipe.
-
- 10 Lavorare all'interno/partecipare alla sperimentazione di forme organizzative evolute
- Partecipare, sulla base di accordi di livello regionale, alle sperimentazioni cliniche (es. UTAP, UCCP, AFT);
 - Partecipare alla sperimentazione, definita in sede regionale d'intesa con le OO.SS. maggiormente rappresentative, di strutture operative complesse organizzate dagli stessi professionisti e fondate sul lavoro di gruppo con sede unica, composte da Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni ed altre Professionalità Sanitarie;
 - Essere disponibili ad operare nelle UTAP, UCCP, AFT con modalità da concordare con il responsabile di branca e/o con il responsabile di area specialistica qualora l'Azienda ULSS intenda avviare tale sperimentazione.
-
- 11 Lavorare in rete
- Creare rete anche virtuale con altri professionisti;
 - Essere parte di una rete integrata per la gestione dei casi.
-
- 12 Partecipare ai progetti aziendali, nell'ambito delle aggregazioni territoriali e con la direzione aziendale
-
- 13 Partecipare ai processi aziendali, comprese le funzioni di monitoraggio e controllo
-
- 14 Essere parte attiva nel processo di informatizzazione
- Gestire il fascicolo sanitario elettronico e i documenti informatici;
 - Fornire agenda appuntamenti al CUP;
 - Far parte del sistema di prenotazione informatico;
 - Gestire la cartella con MMG e PLS;
 - Utilizzare degli accertamenti diagnostici già effettuati;
 - Utilizzare il teleconsulto/telemedicina.
-
- 15 Gestire le cronicità
- Essere il riferimento territoriale per la gestione del paziente cronico a livello territoriale.
-

Medicina specialistica e community care

- 16 Garantire la presa in carico del paziente vicino al suo ambiente di vita e di lavoro
- Garantire una presenza capillare nel territorio, anche nelle aree disagiate (es. isole, aree montane, .);
 - disponibilità e flessibilità ad essere presenti capillarmente nel territorio.
-
- 17 Costruire un rapporto fiduciario e continuativo con il paziente
-
- 18 Favorire l'empowerment del paziente
- Funzione di educatore al paziente e alla sua famiglia per la specifica patologia anche attraverso l'insegnamento nelle scuole;
 - Corresponsabilizzare il paziente alla gestione della malattia e della terapia;
 - Autogestione della patologia.
-
- 19 Partecipare alla domiciliarizzazione delle cure
- Partecipare alle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVMD);
 - Partecipare all'erogazione dell'assistenza domiciliare.
-
- 20 Svolgere prestazioni specialistiche presso altre strutture
- RSA;
 - Ospedale di comunità;
 - Ospedali territoriali e di rete;
 - Strutture sanitarie pre-accreditate;
 - Altre strutture di ricovero intermedie previste nella rete di assistenza regionale;
 - Altre strutture qualora richiesta dal medico di assistenza primaria;
 - Studi dei medici;
 - Asili nido;
 - Per i colleghi delle U.O. ospedaliere delle sedi in cui la specifica specialità non sia presente;
 - Altre strutture previste dalla rete regionale.
-
- 21 Partecipare alle ammissioni e dimissioni protette
-
- 22 Assicurare la presenza negli organismi aziendali
- Partecipare agli audit interni;
 - Partecipare alle disposizioni aziendali in materia di pre-ospedalizzazione e di dimissioni protette ed alle altre iniziative aziendali in tema di assistenza sanitaria, anche con compiti di organizzazione e coordinamento funzionale e gestionale;
 - Partecipare alla definizione e realizzazione di progetti finalizzati ad evadere le richieste di prestazioni a carattere di urgenza differibile con modalità da concordare a livello di Distretto nell'ambito dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali;
 - Partecipare al collegio di direzione aziendale, all'ufficio di coordinamento distrettuale e ai comitati territoriali;
 - Partecipare agli organismi aziendali, assumendo anche compiti di responsabilità e coordinamento all'interno dell'area specialistica ambulatoriale (referente aziendale della specialistica territoriale, referenti distrettuali, responsabili di branca, coordinatore aziendale, coordinatore AFT, coordinatore UCCP, ...).
-
- 23 Avere un ruolo attivo, anche in veste di responsabile, negli screening individuati dai programmi nazionali, regionali e aziendali ai fini del miglioramento della qualità della vita e dello stato generale di salute della popolazione
-
- 24 Flessibilità di orario (con ferie ed assenze programmate)
- Disponibilità dello specialista ad accettare flessibilità di orario con ferie ed assenze programmate;
 - Flessibilità per l'orario e la modalità di effettuazione della attività, nel rispetto dell'autonomia professionale e delle norme contrattuali;
 - Disponibilità al recupero orario.
-
- 25 Flessibilità della sede di lavoro
- Disponibilità dello specialista ad accettare flessibilità di sede.
-

26 Formazione Continua

- Partecipare alle attività formative programmate dall'azienda;
- Essere disponibile all'aggiornamento professionale finalizzato a migliorare la qualità delle prestazioni e dei servizi in ambito distrettuale;
- Prevedere eventi formativi, quando possibile, tra Specialisti Convenzionati e Dipendenti afferenti alla stessa branca, al fine di migliorare l'uniformità di approccio a livello aziendale;
- Prevedere eventi formativi curati dagli stessi Specialisti e rivolti ai Medici convenzionati e dipendenti, e al personale tecnico e sanitario su tematiche definite a livello aziendale;
- Prevedere una formazione con caratteristiche di multidisciplinarietà e multi professionalità, finalizzata all'avvio di attività integrata nell'ambito della struttura di appartenenza;
- Prevedere la formazione continua dello Specialista Ambulatoriale Interno anche attraverso la frequenza di centri Specializzati Universitari ed Ospedalieri, o per determinati fini istituzionali aziendali previo consenso dell'interessato;
- Attivare la formazione a distanza (F.A.D.) con permesso retribuito;
- Formazione ed aggiornamento professionale anche con altri componenti mediche (MMG, PLS, CA), su sviluppo tecnologico degli ambulatori e partecipazione a corsi di base informatica;
- Aderire ad audit clinici.

27 Superare la logica prestazionale e orientarsi verso la presa in carico del paziente

- Superare il concetto prestazionale per orientarsi verso una prospettiva di integrazione territoriale finalizzata alla salute del paziente

In sede di indagine è stato chiesto agli SAI di indicare, su una scala da 1 a 5, rispettivamente, quanto ritenessero importante (1 = per nulla importante 5 = molto importante) e fattibile nel proprio contesto lavorativo (1 = per nulla fattibile 5 = molto fattibile) ogni singolo fattore di identità dello SAI, allo scopo di comprendere quanto il profilo di identità idealmente definito sia condiviso dagli Specialisti e quanto possa essere realisticamente implementato nella pratica lavorativa.

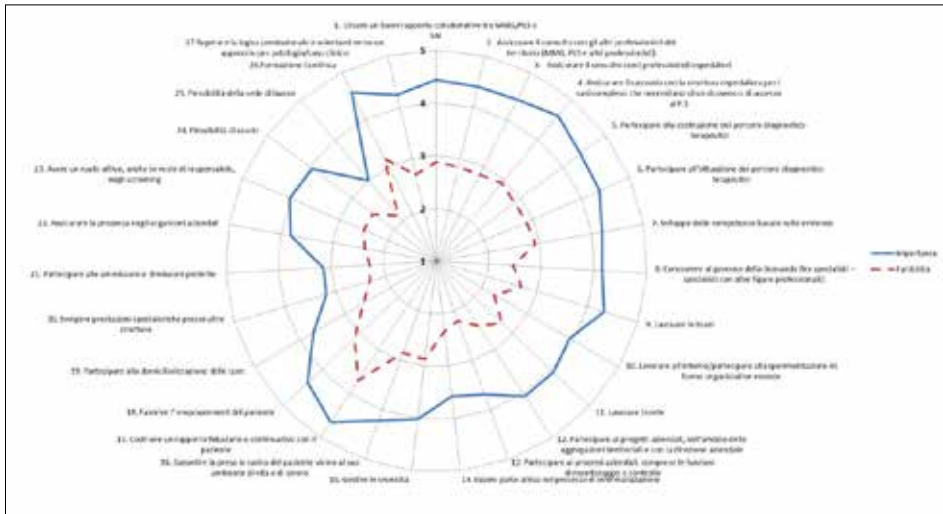
Il fattore di identità che ha avuto il punteggio più alto per l'importanza è «Costruire un rapporto fiduciario e continuativo con il paziente» che ha una media dei giudizi corrispondente a 4,7 (dev. std. = 0,8), seguito da «Assicurare il raccordo con la struttura ospedaliera per i casi complessi che necessitano di un ricovero o di accesso al P.S» e «Formazione Continua», che hanno ottenuto un valore medio di 4,6 (dev std = 0,9). I fattori che invece hanno avuto punteggi più bassi sono quelli relativi alla «Flessibilità della sede di lavoro» (media = 3; dev. std. = 1,5), «Svolgere prestazioni specialistiche presso altre strutture» e al «Partecipare alle ammissioni e dimissioni protette» che hanno ottenuto una media di 3,2 (dev.std. = 1,5).

I giudizi espressi sui singoli fattori di identità sono caratterizzati da una forte omogeneità di risposta (la deviazione standard è, infatti, sistematicamente inferiore a 1,5).

Nel grafico di seguito riportato (graf. 1) si può vedere come sistematicamente i giudizi attribuiti alla fattibilità nel proprio contesto lavorativo siano più bassi (a volte in maniera rilevante) rispetto a quelli attribuiti all'importanza. Questo fatto, comune anche ad altre analoghe esperienze

di ricerca, è indicativo di una certa percepita difficoltà di traduzione operativa, per problemi organizzativi o di altra natura, degli elementi costitutivi dell'identità professionale degli SAI, che troveranno ulteriore conferma nei dati che verranno presentati nei successivi paragrafi.

Grafico 1. Valori medi attribuiti ai fattori di identità. Importanza e fattibilità

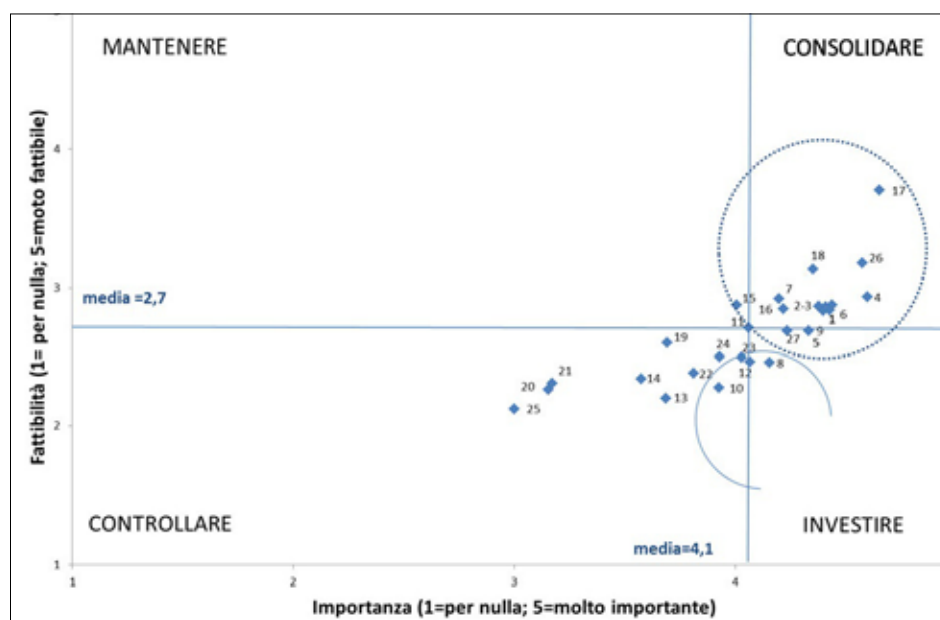


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Rileggendo il rapporto tra i giudizi di importanza e di fattibilità attribuiti ai fattori di identità e utilizzando i relativi valori medi come cut-off, si possono individuare gli aspetti dell'identità professionale dello SAI sui quali appare opportuno investire, rispetto a quelli da mantenere, controllare o da consolidare. Gli aspetti sui quali è necessario 'consolidare' l'identità professionale sono i fattori caratterizzati da un giudizio elevato sia di importanza che di fattibilità: sono i fattori cerchiati in azzurro nel quadrante in alto a destra e rappresentano il cuore dell'attuale identità professionale degli Specialisti Ambulatoriali Interni. Tali fattori rappresentano, da un lato, l'attenzione alla relazione medico-paziente e al coinvolgimento nel percorso di cura (es. Costruire un rapporto fiduciario e continuativo con il paziente (17), favorire l'empowerment del paziente (18), superare la logica prestazionale e orientarsi verso la presa in carico (27)), e dall'altro gli elementi propri del coordinamento e dell'integrazione professionale (es. Creare un buon rapporto collaborativo tra MMG/PLS (1), assicurare il consulto con gli altri professionisti del territorio (2) e con i professionisti ospedalieri (3), lavorare in team (9), partecipare alla costruzione (5) e attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici (6), gestire la cronicità

(15), lavorare in rete (11)...). È interessante notare che si tratta di aspetti relativi a due delle tre principali dimensioni dell'innovazione nelle cure primarie considerate nell'intervento di Bertin (cfr. cap 1): la relazione medico-paziente e la relazione fra i professionisti, mentre la terza dimensione di innovazione - la relazione con la comunità - rappresenta, invece, la frontiera sulla quale 'investire'. I fattori che sono caratterizzati da un'elevata importanza ma da un basso grado di fattibilità sono, infatti, relativi al ruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni nei processi di promozione della salute (23) e di governo della domanda (8). In maniera analoga il coinvolgimento nelle forme organizzative multi-professionali (Unità Complesse di Cure Primarie) di cui alla legge 8 novembre 2012, n. 189, rappresenta, infine, un'altra delle principali direttrici di investimento per gli Specialisti Ambulatoriali Interni (item 10 e 12).

Grafico 2. Valori medi attribuiti ai fattori di identità. Importanza e fattibilità



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

3 Il disegno di rilevazione

Prima di entrare nel merito della presentazione dei risultati, è doveroso illustrare il disegno di rilevazione utilizzato e le principali caratteristiche socio-demografiche dei rispondenti, in maniera tale da fornire, da un lato, le informazioni necessarie a comprendere la validità dell'approccio metodologico utilizzato e, dall'altro, la garanzia rispetto alla possibilità di generalizzazione dei risultati all'intera popolazione degli SAI.

Sulla base dei dati forniti dal SUMAI,¹ il numero complessivo di medici specialisti ambulatoriali a fine 2012 era pari a 17.782 unità:² di questi 15.747 avevano un incarico a titolo definitivo (sia esso a tempo indeterminato oppure a tempo determinato in trasformazione a tempo determinato) e circa il 65% (n = 10.233) risultavano iscritti al sindacato in quanto stabilizzati. La differenza (di circa 2.000 unità) è data dagli SAI che hanno un incarico a tempo determinato non definitivo (ad es. perché coprono un posto vacante in attesa di concorso ecc.). La distribuzione per regione degli SAI che operano nel SSN/SSR è molto differenziata come ben evidenzia il graf. 3, dove, a fronte di una media nazionale di 3 SAI ogni 10.000 abitanti, appare evidente la maggiore diffusione degli SAI in alcune regioni come la Campania, il Lazio e la Calabria anche come probabile effetto dell'uso strumentale di questa fattispecie contrattuale per ovviare al blocco delle assunzioni del personale.

Grafico 3. Specialisti Ambulatoriali Interni ogni 10.000 abitanti, per Regione



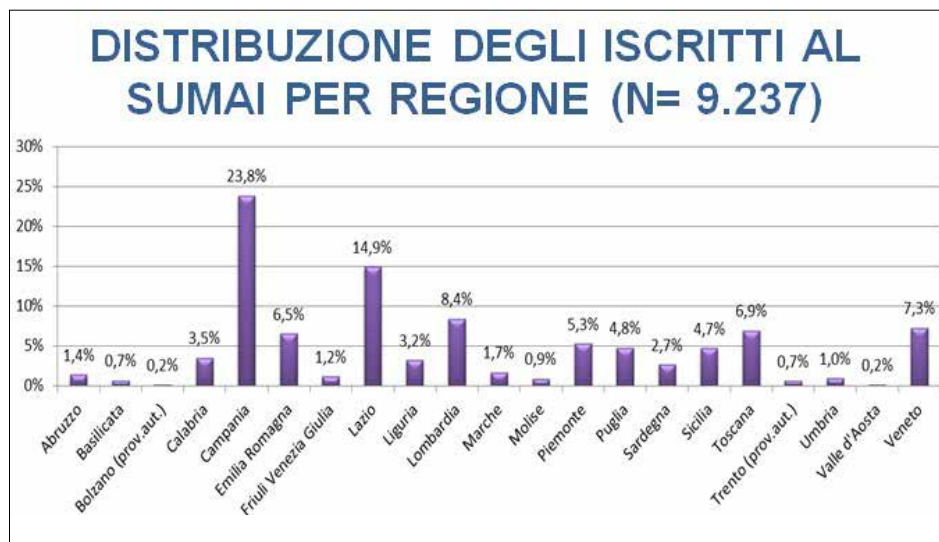
Fonte: Nostra elaborazione su dati SUMAI, 2012

1 Aggiornati al 31-12-2012 sulla base dell'incrocio con i dati ENPAM.

2 A questi si devono aggiungere altri 1.959 persone che hanno effettuato delle sostituzioni come SAI.

Queste diversità territoriali trovano conferma anche nella distribuzione per regione degli iscritti al SUMAI, come si può vedere nel graf. 4 (i cui dati sono aggiornati a giugno 2012, prima dell'avvio dell'indagine). Il 23,8% degli Specialisti Ambulatoriali Interni iscritti al SUMAI è della Campania e il 14,9% del Lazio; percentuali piuttosto alte nella distribuzione degli iscritti al Sindacato si registrano anche per Lombardia (8,4%), Veneto (7,3%) e Toscana (6,9%).

Grafico 4. Distribuzione degli iscritti al SUMAI, per Regione (al 30-06-2012)



Fonte: Database iscritti SUMAI, 2012

Alla luce degli obiettivi dell'indagine e delle informazioni disponibili a priori, il target di indagine è stato definito utilizzando i seguenti quattro criteri di selezione per l'individuazione degli Specialisti Ambulatoriali Interni da coinvolgere nell'indagine:

- 1) considerare solo gli SAI iscritti al sindacato;
- 2) considerare solo i «Medici Specialisti» (escludendo quindi i biologi, psicologi, tecnici di laboratorio ecc.);³
- 3) effettuare l'indagine in tutte le regioni italiane;
- 4) coinvolgere tutte le branche specialistiche.

³ Secondo i dati ENPAM aggiornati al 31.12.2012, i medici specialisti ambulatoriali interni sono 17.782 sul totale di 18.643 convenzionati (95,4%).

Dal punto di vista operativo, per ottimizzare le modalità di indagine senza pregiudicare la rappresentatività dei risultati, si è deciso di considerare eleggibili per l'indagine gli SAI che oltre ad ottemperare ai quattro requisiti sopra indicati, avessero anche un indirizzo di posta elettronica attivo al quale inviare l'invito all'indagine⁴: la rilevazione, infatti, è avvenuta attraverso la somministrazione di un questionario online. Il numero finale di specialisti ambulatoriali interni considerato nell'indagine, sulla base di questi criteri, è stato pari a 4.882 unità.

La rilevazione è stata avviata il 6 dicembre 2012 e si è conclusa il 2 aprile 2013.

Il questionario, opportunamente informatizzato, affrontava le seguenti macro-aree tematiche:

- Gli aspetti motivazionali
- L'esperienza lavorativa nella Pubblica Amministrazione
- L'esercizio della libera professione
- Il futuro lavorativo
- I fattori di identità degli specialisti ambulatoriali interni

La presentazione dei risultati dell'indagine (paragrafo 3 e successivi), dopo una preliminare verifica della corrispondenza delle caratteristiche dei rispondenti con quella della popolazione complessiva degli iscritti al sindacato, necessaria per poter generalizzare i risultati dell'indagine, seguirà lo stesso ordine delle macro-aree ora citate, ad eccezione dei fattori di identità di cui si è già detto sopra.

3.1 Le caratteristiche dei rispondenti

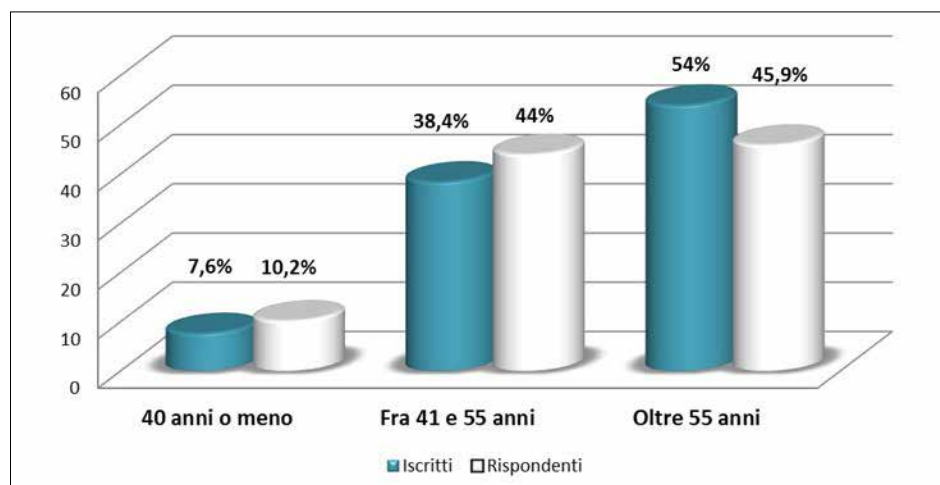
Il tasso di risposta all'indagine è stato del 35,5%: hanno, infatti, risposto al questionario online 1.732 SAI sui 4.882 invitati a collaborare. Prima di addentrarci nella presentazione dei risultati dell'indagine è opportuno passare in esame le principali caratteristiche degli SAI che hanno partecipato all'indagine per le quali è possibile effettuare un confronto con le medesime informazioni disponibili dal sistema informativo del SUMAI su tutti gli iscritti in modo da verificare il grado di corrispondenza fra il campione di rispondenti e la popolazione oggetto di indagine. Le variabili considerate sono tre:

- l'età;
- la branca specialistica di appartenenza;
- la regione di appartenenza.

⁴ Per i propri iscritti, il SUMAI dispone di vari recapiti, ma solo nel 36,4% dei casi del contatto di posta elettronica (almeno prima dell'avvio dell'indagine).

Il graf. 5 mette a confronto la distribuzione per età dei rispondenti e degli iscritti: come si può vedere, la distribuzione per età degli SAI rispondenti (il 7,6% dei rispondenti ha 40 anni o meno, il 38,4% ha un'età compresa fra i 41 e i 55 anni, mentre il restante 54% ha più di 55 anni) è leggermente più giovane rispetto alla globalità degli iscritti, anche in ragione del supporto di ricerca utilizzato, ovvero un questionario da compilare via web (anche se le differenze sono molto meno marcate di quanto ci si poteva attendere sulla base delle informazioni disponibili a priori sul possesso di una casella di posta elettronica da parte degli SAI⁵).

Grafico 5. Classe di età. Iscritti e rispondenti a confronto



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Come per l'età degli SAI, non ci sono particolari differenze fra iscritti e rispondenti neanche rispetto alla branca specialistica di afferenza, come è possibile vedere dai dati presentati nella tab. 2, nella quale sono riepilogate le 60 specialità previste dall'Accordo Collettivo Nazionale in vigore.

5 Sulla base delle informazioni contenute nel database degli iscritti al SUMAI (aggiornato a giugno 2012), l'indirizzo e-mail è a disposizione per il 57% degli specialisti con 40 anni o meno, per il 41% degli specialisti fra i 41 e i 55 anni e solamente per il 28% degli ultra 55enni, con marcate differenze regionali (si passa dal 72,6% di specialisti con indirizzo di posta elettronica disponibile della Campania, all'11,1% dell'Emilia Romagna) che si è cercato di colmare con le richieste integrative di riferimenti al SUMAI.

Medicina specialistica e community care

Tabella 2. Branca specialistica. Iscritti e rispondenti a confronto

Branca specialistica	% sul totale rispondenti	% iscritti per branca sul totale iscritti	Branca specialistica	% sul totale rispondenti	% iscritti per branca sul totale iscritti
Allergologia	1,3%	0,9%	Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	0,1%	0,1%
Anatomia Patologica	0,4%	0,2%	Medicina generale generica	0,6%	1,1%
Anestesiologia e Rianimazione	1,2%	1,1%	Medicina interna	0,9%	0,7%
Angiologia	0,8%	0,6%	Medicina legale	1,6%	1,9%
Audiologia	0,3%	0,2%	Medicina nucleare	0,1%	0,1%
Cardiochirurgia	0,2%	0,1%	Medicina trasfusionale	0,1%	0,0%
Cardiologia	6,1%	5,7%	Nefrologia	0,6%	0,6%
Chirurgia Generale	2,8%	2,6%	Neurochirurgia	0,1%	0,1%
Chirurgia Maxillo - Facciale	0,3%	0,2%	Neurofisiopatologia	0,1%	0,0%
Chirurgia Pediatrica	0,2%	0,1%	Neurologia	3,4%	3,8%
Chirurgia Plastica	0,4%	0,3%	Neuropsichiatria infantile	3,5%	3,0%
Chirurgia Toracica	0,0%	0,0%	Neuroradiologia	0,0%	0,0%
Chirurgia Vascolare	0,2%	0,2%	Oculistica	7,6%	10,1%
Dermatologia	4,4%	5,3%	Odontoiatria	9,9%	11,4%
Diabetologia	1,9%	1,5%	Oncologia	0,9%	0,7%
Ematologia	0,9%	0,5%	Organizzazione dei servizi sanitari di base	0,0%	0,0%
Endocrinologia	1,7%	1,7%	Ortopedia	3,1%	4,0%
Farmacologia e Tossicologia Clinica	0,0%	0,0%	Ostetricia e ginecologia	6,2%	6,6%
Fisica Sanitaria	0,1%	0,0%	Otorinolaringoiatria	4,4%	4,5%
Fisiochinesiterapia	2,7%	3,1%	Patologia clinica	1,8%	2,3%
Foniatria	0,3%	0,3%	Pediatria	3,5%	3,3%
Gastroenterologia	0,6%	0,6%	Pneumologia	1,4%	1,2%
Genetica Medica	0,1%	0,1%	Psichiatria	1,3%	2,0%
Geriatrica	2,4%	1,9%	Radiodiagnostica	0,5%	0,5%
Idroclimatologia	0,0%	0,0%	Radiologia	3,2%	3,2%
Igiene e medicina preventiva	2,9%	1,8%	Reumatologia	0,9%	0,9%
Malattie infettive	0,2%	0,2%	Scienza alimentazione e dietologia	1,2%	0,4%
Medicina del lavoro	0,0%	1,3%	Tossicologia medica	0,3%	0,1%
Medicina dello sport	1,4%	1,6%	Urologia	1,2%	1,4%
Medicina di comunità	0,0%	0,0%	Branca non specificata	8,0%	3,6%

Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013 e Database iscritti SUMAI, 2012

In ragione della frammentazione territoriale (21 fra Regioni e Province Autonome) che mal si coniuga con le esigenze di sintesi dei risultati dell'indagine, si è preferito raggruppare le diverse Regioni e Province Autonome secondo un modello di classificazione dei sistemi sanitari proposto da Giovanni Bertin, responsabile scientifico del progetto, il quale, nell'ambito di un progetto di ricerca realizzato per conto dell'Agenas,⁶ ha classificato i sistemi sanitari regionali italiani sulla scorta di due variabili, comunemente utilizzate in letteratura per la classificazione dei sistemi sanitari:

- la tipologia di erogazione;
- e la tipologia di finanziamento.

La risultante di questa logica classificatoria, impiegata nelle analisi successive, è illustrata in tab. 3.

Tabella 3. Finanziamento ed erogazione dei servizi sanitari: classificazione dei sistemi sanitari delle regioni italiane

		Erogazione		
		Pubblico (prevalenza)	Mix	Privato (prevalenza)
Finanziamento	Pubblico (prevalenza)	Liguria, Umbria, Basilicata, Valle d'Aosta, Trentino AA, Toscana	Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto, Abruzzo, Sicilia	Lazio, Campania, Calabria
	Mix	Piemonte, Friuli VG, Emilia Romagna	Lombardia	
	Privato (prevalenza)			

Fonte: G. Bertin, estratto dal rapporto finale di ricerca del Progetto di Ricerca Corrente 2010 *I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane*

Utilizzando la proposta di Bertin, in tab. 4, per ciascuno strato della classificazione impiegata (colonna 1), sono indicate le regioni afferenti (colonna 2), il numero e la percentuale di SAI iscritti per le regioni ricomprese nello strato sul totale degli iscritti al sindacato (colonna 4), il numero complessivo di SAI rispondenti e la relativa percentuale sul totale dei rispondenti (colonna 5). Come si può vedere, mentre per gli strati 2,3 e 4 non abbiamo particolari scostamenti fra campione dei rispondenti e popolazione, per gli strati 1 e 5 si registrano situazioni contrapposte: nel caso della regione Lombardia (strato 5) la percentuale dei rispondenti è più elevata rispetto alla popolazione di partenza per una precisa scelta del disegno di rilevazione, in quanto si è volutamente cercato di avere un numero minimo di risposte che garantisse

6 Progetto di Ricerca Corrente 2010, *I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane* finanziato dal Ministero della Salute.

rispetto alla rappresentatività dei risultati per lo strato e alla possibilità di esperire analisi multivariate; la situazione è, invece, diametralmente diversa per le regioni comprese nello strato 1, che, con la sola eccezione della Provincia Autonoma di Trento, si caratterizzano anche per una minore disponibilità di indirizzi di posta elettronica che probabilmente denota anche una carenza della rete di collegamento fra i SAI a livello territoriale che si è tradotta anche in un minor grado di collaborazione all'indagine.

Al fine di correggere queste lievi distorsioni nella distribuzione per area geografica (o, più correttamente, per modello sanitario regionale) dei SAI rispondenti, prima di procedere alle analisi, i dati sono stati ponderati sulla base delle evidenze indicate nella tab. 4, ovvero pesando maggiormente gli strati sotto-rappresentati e meno quelli sovra-rappresentati nei rispondenti rispetto alla distribuzione del totale della popolazione degli SAI iscritti al sindacato.

Tabella 4. Iscritti e Rispondenti all'indagine secondo la classificazione dei sistemi sanitari regionali

Regioni	Classificazione dei Sistemi Sanitari	Iscritti	Rispondenti
1 Liguria, Toscana, Umbria, Basilicata, Trentino Alto Adige	Pubblico (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione	1167 (13,0%)	131 (7,6%)
2 Veneto, Marche, Abruzzo, Molise, Puglia, Valle d'Aosta, Sicilia, Sardegna	Prevalenza pubblica nel finanziamento, mix nell'erogazione	2125 (23,8%)	308 (17,8%)
3 Emilia Romagna, Piemonte, Friuli V. G.	Mix nel finanziamento, prevalenza pubblica nell'erogazione	1200 (13,4%)	233 (13,5%)
4 Lazio, Campania, Calabria	Prevalenza pubblica nel finanziamento, privato nell'erogazione	3681 (41,2%)	798 (46,0%)
5 Lombardia	Mix (prevalenza) sia nel finanziamento che nell'erogazione	771 (8,6%)	262 (15,1%)

Fonte: Database iscritti SUMAI, 2012 e Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Riguardo al genere, per il quale non era, invece, disponibile a priori l'informazione sugli iscritti al SUMAI, notiamo nei rispondenti una leggera prevalenza maschile (54% vs. 46%): considerando, però, l'effetto delle classi di età (vedi tab. 5) notiamo che fra i più giovani (soggetti con meno di 40 anni) a prevalere sono le donne (60%); nella fascia di età 41-55 anni vi è un sostanziale equilibrio (le donne sono il 49%), mentre negli ultra 55enni

il dato sulla rappresentanza femminile cala al 38% in linea con i dati sulla presenza femminile nell'ambito delle professioni mediche che è andata via via crescendo in questi ultimi anni. Anche considerando il solo dato complessivo sulla presenza femminile (46%), questo non si discosta molto dalla percentuale di donne che l'annuario statistico dell'ENPAM (Fondazione ENPAM 2010) riporta fra gli specialisti ambulatoriali (40%). Anche questo dato conforta quindi sulla generalizzabilità dei risultati, ovvero sulla possibilità di estendere le evidenze rilevate sul campione di rispondenti all'intera popolazione degli SAI iscritti al sindacato.

Tabella 5. Genere per classe di età

	Maschi	Femmine
40 anni o meno	40%	60%
Fra 41 e 55 anni	51%	49%
Oltre 55 anni	62%	38%

Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, anno 2013

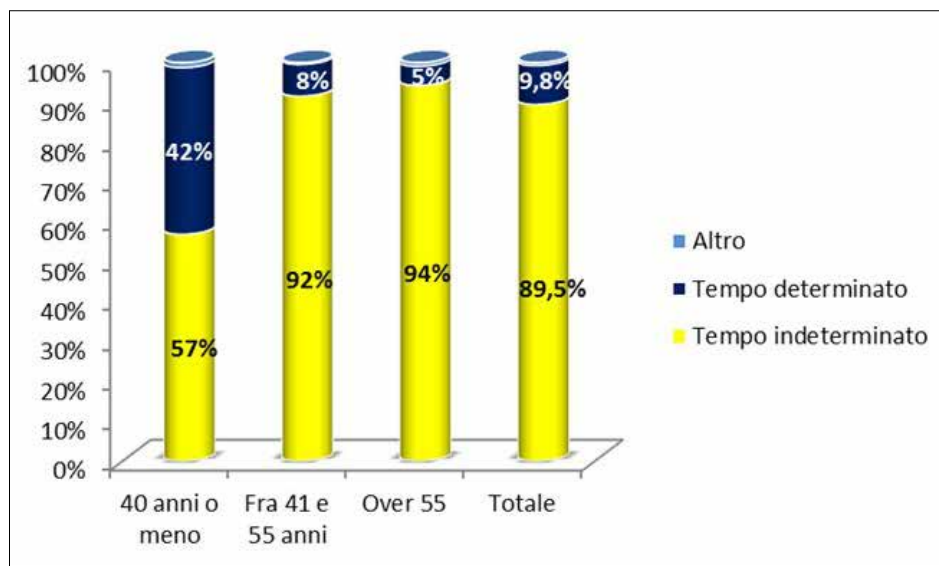
Il confronto con i dati ENPAM conferma la rappresentatività del campione di rispondenti anche rispetto al soggetto con il quale gli SAI sono contrattualizzati: la quasi totalità degli intervistati (92,7%) lavora esclusivamente per una (o più) Azienda Sanitaria/Ospedaliera (94,4% secondo i dati ENPAM), il 2% è impiegato presso l'INAIL (4,2% secondo i dati ENPAM), mentre il restante 4,8% lavora in entrambe le tipologie di Enti (Azienda Sanitaria/Ospedaliera e INAIL/Altro Ente Pubblico). Inoltre il 65% degli SAI, in linea con l'età media dei rispondenti, lavora come Specialista Ambulatoriale Interno da più di 10 anni, il 21% da 5 a 10 anni e il 14% da meno di 5 anni.

La stragrande maggioranza dei rispondenti - praticamente 2 su 3 (65%) - ha una lunga esperienza professionale alle spalle in quanto lavora come SAI da più di dieci anni, in linea con il dato sull'età media degli SAI che abbiamo visto essere abbastanza elevata: il 54% dei SAI iscritti al sindacato ha, infatti, più di 55 anni. Come era plausibile attendersi, l'«anzianità di iscrizione» al SUMAI risulta fortemente correlata all'anzianità di servizio e quindi anche all'età anagrafica: 6 rispondenti su 10 (58%) dichiarano di essere iscritti al sindacato da più di 10 anni, il 25% è iscritto da 5 a 10 anni, mentre il restante 17% dichiara di essere iscritto da meno di 5 anni. Un 17% circa dei rispondenti ricopre un incarico a livello provinciale e/o regionale nel SUMAI.

4 Gli aspetti contrattuali e motivazionali

Per quanto riguarda l'aspetto contrattuale, troviamo una netta maggioranza di SAI che dichiara di avere un contratto a tempo indeterminato (l'89,5% dei rispondenti) mentre il restante 10,5% ha un contratto che potremmo definire 'precario', con soluzioni a tempo determinato o di altro tipo. Questi dati, chiaramente indicativi di una tendenza generale, nascondono, però, al loro interno alcune differenze piuttosto marcate rispetto alla dimensione anagrafica: mentre la percentuale degli SAI con più di 40 anni che hanno un contratto a tempo indeterminato raggiunge il 90%, la stessa percentuale (con meno di 40 anni) si abbassa notevolmente negli SAI più giovani fino ad arrivare al 57%. Vediamo quindi che il fattore età influenza in maniera importante la forma contrattuale degli SAI. La questione delle diverse forme contrattuali sembra essere quindi un problema prettamente generazionale: coloro che hanno fatto ingresso nel mondo del lavoro nell'ultimo decennio vedono, rispetto ai loro colleghi più anziani, la formulazione di contratti che offrono una minore stabilità nel tempo. Si tratta di una prima evidenza di quanto il fattore anagrafico giochi un ruolo fondamentale nel differenziare gli SAI iscritti al SUMAI (su questo punto si veda in particolare il par. 7).

Grafico 6. Forme contrattuali per classe di età



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Analizzando le motivazioni che hanno inizialmente orientato i medici alla scelta professionale di diventare Specialista Ambulatoriale Interno vediamo che i due aspetti che hanno influito maggiormente sulle scelte lavorative rappresentano la sintesi dell'essenza stessa degli SAI, ovvero l'essere liberi professionisti e convenzionati con il SSN/SSR: il 53,9% dei rispondenti ha, infatti, affermato di aver scelto di diventare SAI «Perché voleva lavorare nelle strutture pubbliche», mentre il 47,1% «Per una maggiore libertà nell'esercizio dell'attività». Non mancano le scelte più o meno residuali, come «È il primo lavoro che ho trovato» (15,9%), «Per via del buon rapporto tra lavoro e guadagno (10,4%), «Per un miglior rapporto con le altre figure professionali» (9,3%), «È stato il primo concorso che ho fatto» (8,9%) e «Perché non ho trovato un altro tipo di lavoro» (7,2%), con percentuali di risposta più alte nelle fasce di età più giovani soprattutto per gli ultimi due item citati (rispettivamente 13,6% vs. 8,9% e 22,8% vs. 7,2% nella fascia di età degli SAI con meno di 40 anni).

Grafico 7. Le motivazioni che stanno alla base della scelta di diventare Specialista Ambulatoriale Interno (era possibile indicare più di una risposta)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Volendo approfondire l'aspetto delle motivazioni che hanno spinto i medici ad indirizzarsi verso la strada della specialistica ambulatoriale interna è stato chiesto loro di esprimere una valutazione riguardo la soddisfazione per la propria scelta professionale. La scala di valutazione sulla quale i rispondenti sono stati chiamati ad esprimersi prevedeva due estremi opposti di valutazione: 1 = assolutamente insoddisfatto della scelta; 7 = decisamente soddisfatto della scelta. La media di soddisfazione su una scala è pari a 5,42 (dev. std. 1,39), indice di una soddisfazione piuttosto alta per la scelta effettuata. Dal grafico 8 si può inoltre notare che tre SAI su quattro (76,8%) hanno posizionato la propria valutazione sulla parte più alta della scala, dando un punteggio superiore o uguale a 5. La soddisfazione media si abbassa leggermente per gli specialisti che hanno un'età uguale o inferiore a 40 anni (media = 5,08 dev. Std = 1,43): i più giovani sembrano

quindi essere anche meno soddisfatti della loro scelta che sembra essere vissuta con un senso di precarietà e residualità, anche in ragione degli aspetti contrattuali sopra evidenziati.

Grafico 8. Grado di soddisfazione riguardo la scelta di diventare Specialista Ambulatoriale



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Il 56% dei rispondenti dichiara che la figura professionale del SAI è decisamente o abbastanza valorizzata nel proprio contesto professionale, mentre il restante 44% pensa che non sia particolarmente o assolutamente valorizzata: una percentuale, quest'ultima, non certamente trascurabile che sale addirittura (e coerentemente) al 61% per gli SAI che lavorano all'interno delle strutture ospedaliere (in reparto, pronto soccorso ecc.). Si tratta di un dato che esprime una certa insoddisfazione rispetto alla valorizzazione della propria figura e identità professionale nell'ambito del contesto lavorativo che troverà successivamente conferma anche nelle risposte fornite rispetto alla soddisfazione per la collaborazione con le altre professioni mediche e sanitarie, soprattutto a fronte dell'elevata importanza attribuita a questi aspetti nelle valutazioni relative all'identità professionale (cfr. par. 1).

5 Esperienza nella pubblica amministrazione

Passando a considerare l'esperienza degli SAI nella Pubblica Amministrazione, notiamo che una buona maggioranza dei rispondenti, il 77%, lavora in una sola Azienda Sanitaria/Ospedaliera o altro Ente, mentre il restante 23% dichiara di lavorare per una o più Aziende Sanitarie/Ospedaliere o altri enti.⁷ Nei più giovani (coloro che hanno 40 anni o meno) l'83,3% dei rispondenti afferma di lavorare per una sola Azienda Sanitaria, mentre con il crescere dell'età le percentuali calano progressivamente: si scende al 79,2% nella classe di età fra i 41 e i 55 anni e al 73,6% negli ultra 55enni.

A quanti hanno un contratto di lavoro con più di un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera o altri enti è stato chiesto di indicare la propensione a trasferire tutte le ore contrattualizzate in un'unica azienda/ente: in questo caso le opinioni dei rispondenti si dividono quasi a metà, con una leggera maggioranza per quanti sono favorevoli a questa ipotesi: il 53% ha affermato che se ne avesse la possibilità trasferirebbe tutte le ore presso un'unica azienda/ente, mentre il restante 47% dichiara di non essere d'accordo con questa eventualità. Anche in questo caso gli specialisti più giovani (40 anni o meno) hanno delle opinioni che si discostano nettamente da quelle dei colleghi più anziani: il 71% di loro, infatti, se ne avesse la possibilità, porterebbe tutte le ore in un'unica azienda/ente.

Ma quali sono le ragioni che stanno alla base di queste differenze di risposta? Per chi ha risposto che se ne avesse la possibilità porterebbe tutte le ore in una sola azienda/ente, le motivazioni sono varie, anche se le più forti in termini percentuali riguardano gli aspetti pratici dell'organizzazione e dei costi che lo SAI deve sostenere. Il 44,5% dei rispondenti, che sarebbe propenso a spostare le ore in una sola azienda, lo farebbe per un «Miglioramento dell'organizzazione del lavoro», il 36,2% per una «Riduzione dei costi di spostamento», mentre il 29,4% afferma che lo farebbe per una «Semplificazione delle procedure burocratiche/amministrative» e il 24,3% per una «Maggiore continuità di relazione con i pazienti».

Andiamo ora ad indagare quali solo le motivazioni per cui il 47% dei rispondenti ha affermato, invece, che, anche se ne avesse la possibilità non porterebbe tutte le ore in un'unica azienda. In questo caso la motivazione principale espressa sembra riguardare la professione medica in sé; il 77,6% afferma, infatti, che vorrebbe mantenere i contratti in due o più aziende lo fa in quanto «Lavorare in contesti diversi lo arricchisce come professionista». Una minoranza pari al 9,5% lo farebbe «Per non lasciare i pazienti che sta seguendo», mentre il 5,9% «Per avere una maggiore varie-

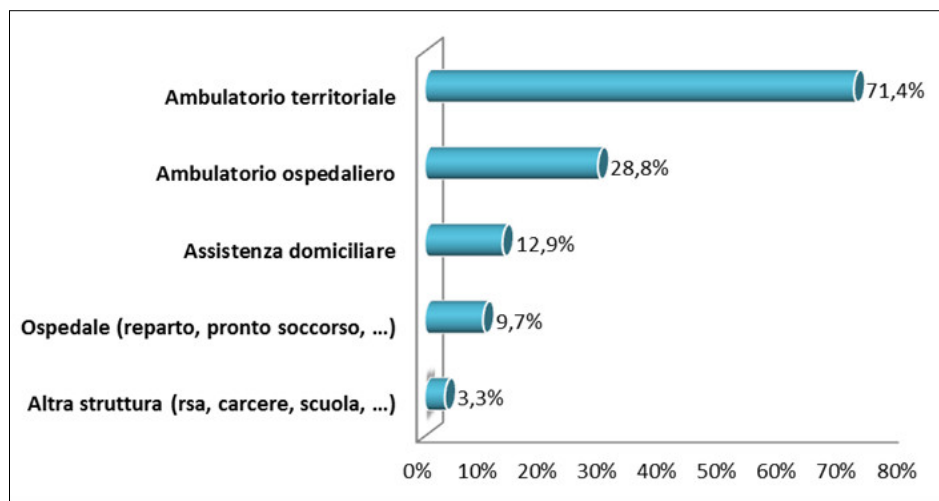
⁷ Rispetto a questo dato è da tenere in considerazione l'effetto delle diverse organizzazioni regionali (ad esempio, in Veneto ci sono 21 Aziende Sanitarie e 2 Aziende Ospedaliere; mentre nelle Marche c'è un'unica Azienda Sanitaria a livello regionale)

tà dei casi trattati.» Da non trascurare, chiaramente, anche le implicazioni economiche di tali motivazioni, soprattutto della prima.

Passiamo ora a considerare il numero di sedi lavorative in cui gli specialisti interpellati dichiarano di operare sulla base del contratto principale stipulato con l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera e/o altro ente pubblico. Quasi la metà dei rispondenti dichiara di avere una sola sede di lavoro (il 49,1%) e, invece, il 26,1% ne dichiara due; la percentuale di coloro che hanno più di due sedi lavorative si riduce notevolmente. Il numero di sedi lavorative tende ad aumentare con anzianità di lavoro come SAI: il 55,7% degli Specialisti Ambulatoriali Interni che lavora da più di 10 anni, opera in due o più sedi lavorative, tale percentuale si abbassa al 43% per chi lavora come SAI da meno di 10 anni.

Per quanto riguarda la tipologia di sedi di lavoro, vediamo immediatamente (graf. 9) che la grande maggioranza di SAI, 7 su 10, lavorano in un ambulatorio territoriale, il 28,8% in un ambulatorio ospedaliero, mentre il 12,9% dichiara di svolgere attività in un contesto di assistenza domiciliare. Un dato particolare che è stato rilevato riguarda il 9,7% dei rispondenti che dichiara di lavorare in un reparto ospedaliero, in pronto soccorso o in altre strutture ospedaliere (escludendo ovviamente l'ambulatorio): ben il 60% di questi ultimi è residente in Campania, regione nella quale si è probabilmente fatto un largo ricorso alla figura degli Specialisti Ambulatoriali Interni per superare i divieti di assunzione del personale e rendere possibile il funzionamento dei reparti.

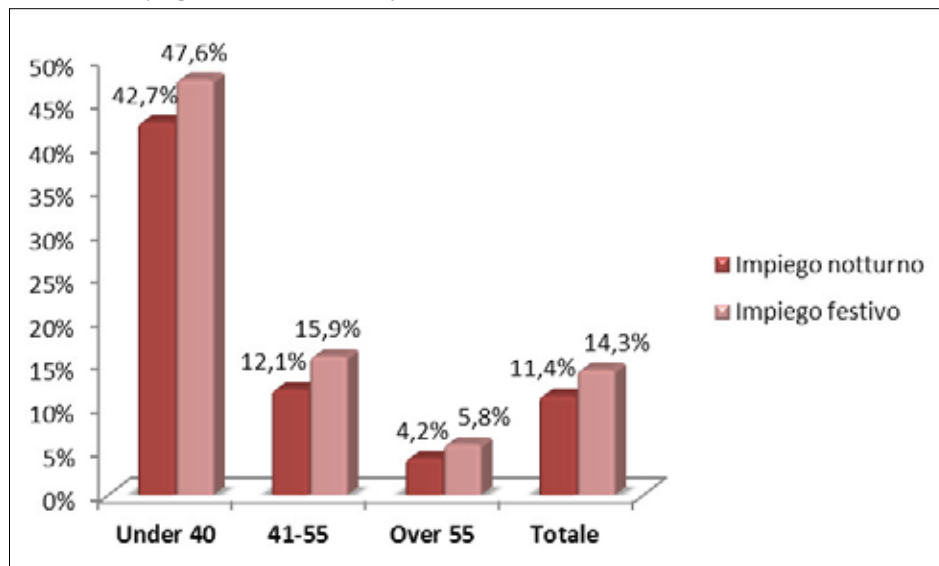
Grafico 9. Sede lavorativa (era possibile indicare più di una risposta)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

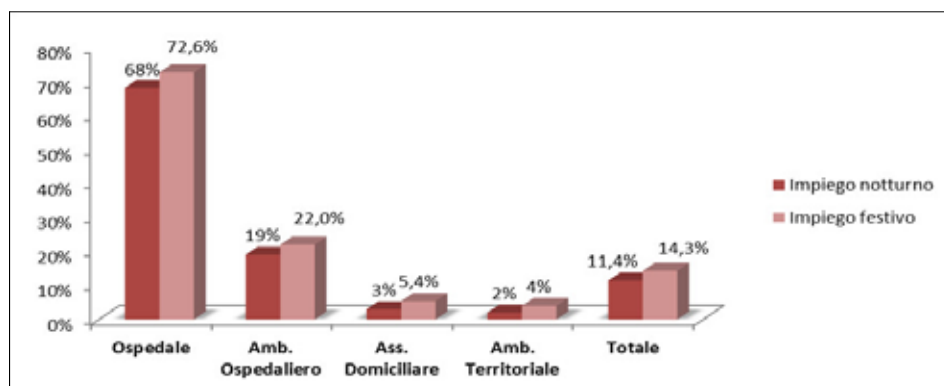
La percentuale di SAI che sono impiegati anche durante le ore notturne (possibilità contemplata dall'Accordo Collettivo Nazionale 2006-2009) è pari all'11,4%; mentre la percentuale di chi lavora nei giorni festivi è del 14,3% (graf. 10). Anche in questo caso la variabile età gioca un ruolo determinante: i più giovani (40 anni o meno) si discostano dai loro colleghi in maniera piuttosto marcata. Se osserviamo, infatti, le distribuzioni all'interno delle classi di età notiamo che i più giovani hanno valori nettamente più alti dei loro colleghi più anziani sia per quanto attiene all'impiego notturno che festivo (rispettivamente 42,7% contro una media generale del 11,4% e 47,6% versus 14,3%). Ad esercitare una chiara influenza sulla necessità per lo specialista di lavorare nelle ore notturne e nei giorni festivi è la sede lavorativa: le percentuali più alte per entrambi i casi (notturno e festivo) si registrano, infatti, per chi lavora in ospedale (reparto, pronto soccorso, ecc....) con il 68% di SAI che lavora nelle ore notturne e il 72,6% che lavora nei giorni festivi (graf. 11).

Grafico 10. Impiego notturno e festivo, per classe di età



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Grafico 11. Impiego notturno e festivo, per sede lavorativa

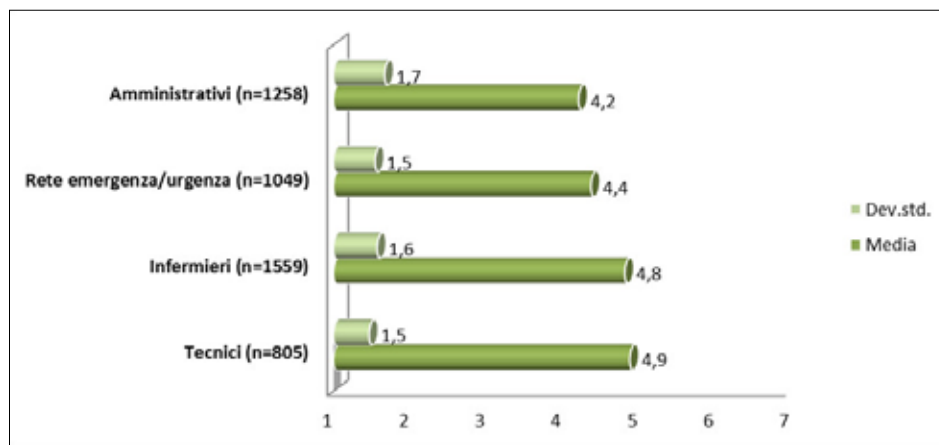


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Rimanendo nell'ambito del rapporto con le altre componenti impiegate nella Pubblica Amministrazione in cui lo SAI presta servizio si può osservare come il rapporto degli SAI con le componenti amministrative, tecniche, infermieristiche e con la rete di emergenza e urgenza⁸ non sembri particolarmente buono, come già in precedenza le valutazioni sulla percezione della valorizzazione della figura del SAI nel contesto lavorativo avevano fatto intuire (NB: questa domanda è stata posta solamente a chi ha un contratto con un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera). Dal grafico che segue possiamo vedere che le medie di soddisfazione non si rivelano molto alte per nessuna delle componenti prese in esame, visto che i giudizi medi non superano mai il valore 5 su di una scala di valutazione 1-7, dove 1 =completamente insoddisfatto e 7 =completamente soddisfatto. Il rapporto più problematico sembra essere quello con gli impiegati amministrativi, con una media di soddisfazione pari a 4,2 (dev. Std. = 1,7). A seguire la rete di emergenza/urgenza (media = 4,4; dev. Std. = 1,5) e la componente infermieristica (media = 4,8; dev. Std. = 1,6). Il valore medio di soddisfazione più alto, ma comunque inferiore a 5, lo troviamo per componente tecnica (media = 4,9; dev. Std. = 1,5), con la quale però lavora meno della metà degli SAI rispondenti.

⁸ La valutazione sulla soddisfazione per il rapporto con le altre figure professionali è stata espressa da ciascun SAI esclusivamente per le figure professionali con le quali ha dichiarato di essere in relazione.

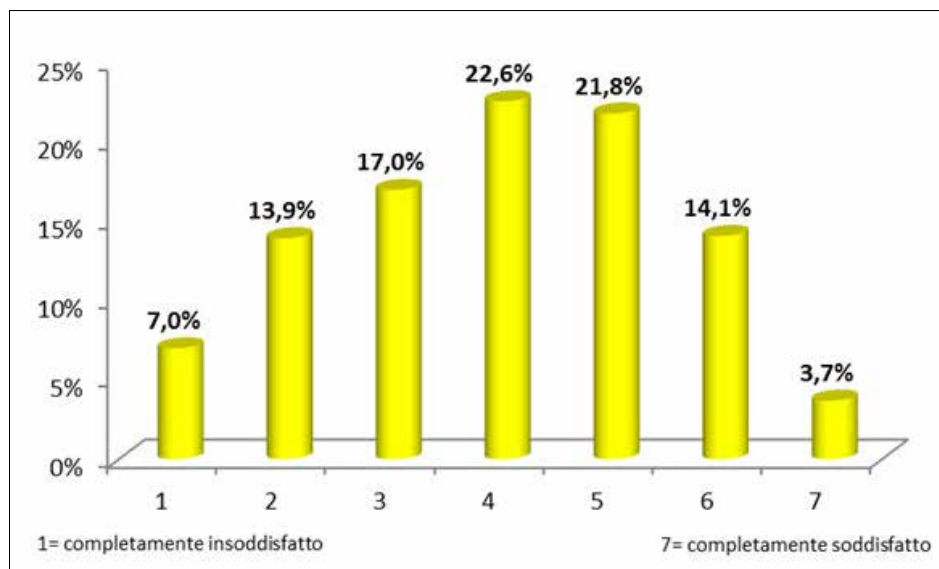
Grafico 12. Livello di soddisfazione per il rapporto con le altre figure sanitarie (solo per chi ha un contratto con un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Il rapporto con l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera o con altro Ente Pubblico di afferenza appare ancora più critico: la media dei giudizi espressi è, infatti, pari a 3,9 (Dev. Std. = 1,57), su una scala di valutazione 1-7, in cui 1 = completamente insoddisfatto e 7 = completamente soddisfatto: praticamente un SAI su cinque da un giudizio particolarmente critico (giudizio al più pari a 2) sulla relazione con il proprio committente.

Grafico 13. Livello di soddisfazione per il rapporto con l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera o altro Ente Pubblico di appartenenza



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

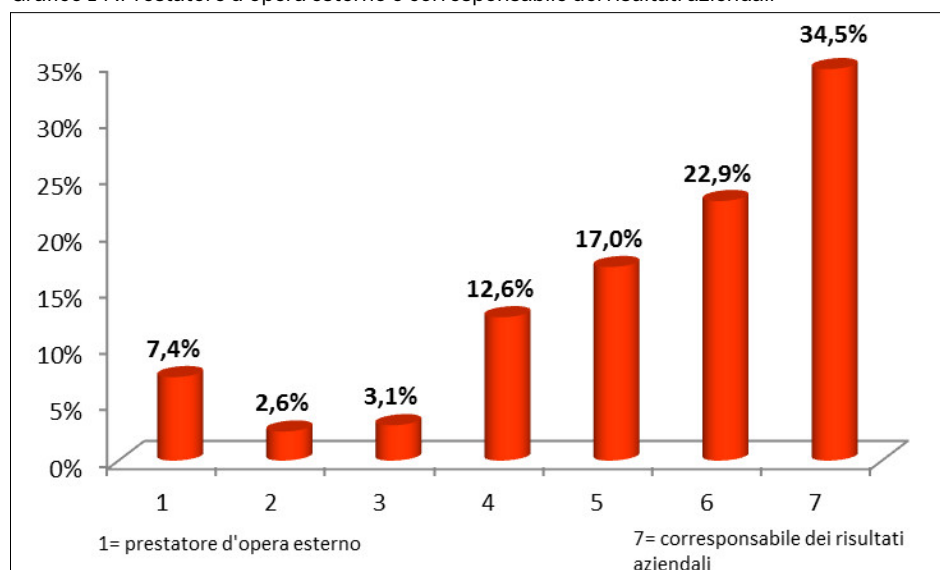
Il livello di soddisfazione per il rapporto con l'Azienda Sanitaria tende a diminuire con il grado di anzianità come SAI: la soddisfazione media di chi lavora come Specialista Ambulatoriale Interno da meno di 5 anni è pari a 4,14 (dev. std. = 1,55), per chi lavora da 5 a 10 anni il valore medio è di 3,98 (dev. std. = 1,59), mentre la soddisfazione media chi opera da più di 10 anni è di 3,85 (dev. std. = 1,56).

Anche coloro che lavorano in un reparto ospedaliero hanno valutato la loro soddisfazione con punteggi mediamente più bassi dei loro colleghi, con una media pari a 3,57 (dev. std. = 1,62), un dato che non stupisce in relazione a quanto visto sopra, ovvero la maggiore precarietà contrattuale degli SAI più giovani e il loro maggiore impiego in reparti ospedalieri che prevedono, ovviamente, anche un maggiore coinvolgimento in attività notturne e festive: si tratta di aspetti che chiaramente giocano un ruolo fondamentale nell'influenzare la soddisfazione degli SAI.

Rispetto al grado di identificazione e coinvolgimento nell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera/Ente per la quale lavorano, gli SAI dichiarano di essere maggiormente orientati alla corresponsabilizzazione nei risultati aziendali, con un valore medio pari a 5,36 e dev. std = 1,8 (su una scala 1-7 in cui 1 = prestatore d'opera esterno 7 = corresponsabile dei risultati aziendali). A conferma di questa interpretazione depone anche il fatto che quasi il 75% dei rispondenti ha dato un punteggio sulla parte più alta della scala, ov-

vero da 5 a 7 e meno di un SAI su 10 ha dato un giudizio al più pari a 2. La tendenza da parte degli SAI è quindi quella di sentirsi parte integrante dell'Azienda/Ente per cui lavorano e di aspirare a concorrere ai risultati che questa vuole raggiungere. Anche in questo caso, andando più in profondità all'interno dei dati a disposizione si nota che tendenzialmente coloro che lavorano in ospedale mostrano una media di punteggio più alta (media = 5,78 dev.std. = 1,6) e quindi più orientati verso la corresponsabilizzazione dei risultati aziendali, mentre chi lavora negli ambulatori territoriali ha dato punteggi che tendono leggermente di più verso l'essere prestatori d'opera esterni (media = 5,32 dev std = 1,8), ma si tratta di sfumature di intensità in un quadro globalmente orientato decisamente verso la corresponsabilizzazione.

Grafico 14 .Prestatore d'opera esterno o corresponsabile dei risultati aziendali



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

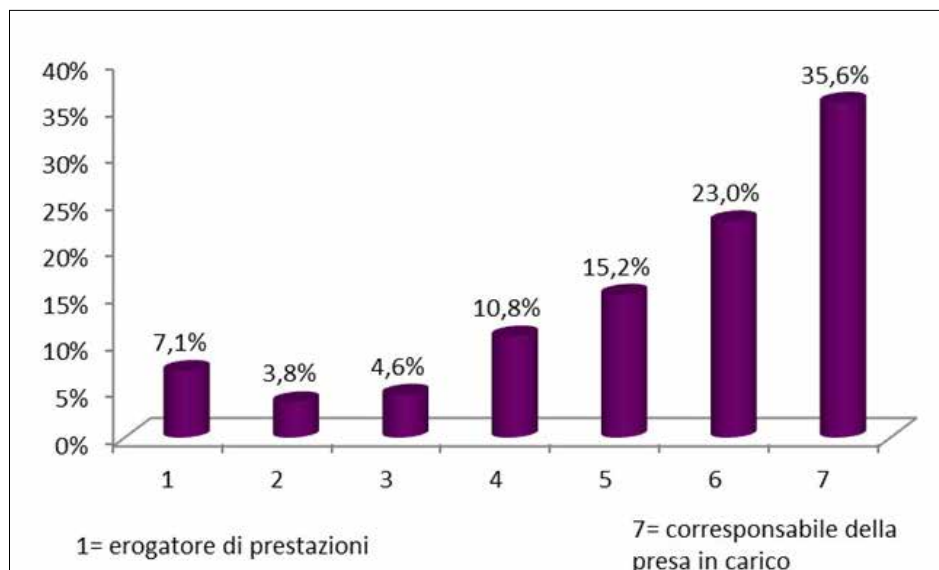
Gli intervistati hanno espresso le loro valutazioni anche in merito alla soddisfazione per il rapporto con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta.⁹ Vediamo, innanzitutto, quanti dei rispondenti dichiarano di avere rapporti con queste figure professionali nell'ambito della loro attività professionale: il 5% afferma di avere rapporti solamente con i

⁹ La valutazione sulla soddisfazione per il rapporto con le altre figure professionali è stata espressa da ciascun SAI esclusivamente per le figure (MMG/PLS) con le quali ha dichiarato di essere in relazione.

pediatri di libera scelta mentre il 31% solamente con i medici di medicina generale. Quasi un terzo dei rispondenti (32%) ha rapporti con entrambi i professionisti, mentre il 31% dichiara di non avere rapporti con nessuna delle due figure, la qual cosa lascia intuire un certo marcato grado di separatezza fra i due mondi dell'assistenza primaria e quella specialistica. Per quanto riguarda la soddisfazione riguardo al rapporto con queste due figure professionali, anche in questo caso, la soddisfazione media non è molto alta: la media per i medici di medicina generale si assesta a 4,4 (dev. Std. = 1,5) e quella per i pediatri di libera scelta è leggermente più alta (media = 4,6; dev. Std. = 1,5) su una scala 1-7, in cui 1 = completamente insoddisfatto e 7 = completamente soddisfatto.

Come per l'Azienda Sanitaria, è stato chiesto agli specialisti di dichiarare se, nel rapporto con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, preferirebbero viversi maggiormente come erogatori di prestazioni piuttosto che come corresponsabili della presa in carico. Si conferma la tendenza già rilevata in precedenza, ovvero l'orientamento ad una maggiore propensione alla corresponsabilizzazione della presa in carico: la media è infatti pari a 5,34 (dev. std. 1,8) su una scala da 1 a 7 in cui 1 = erogatore di prestazioni e 7 = corresponsabile della presa in carico; appena un SAI su 10 da una valutazione al più pari a 2, espressione di un vissuto da erogatore di prestazioni nei confronti di MMG/PLS.

Grafico 15. Erogatore di prestazioni o corresponsabile della presa in carico

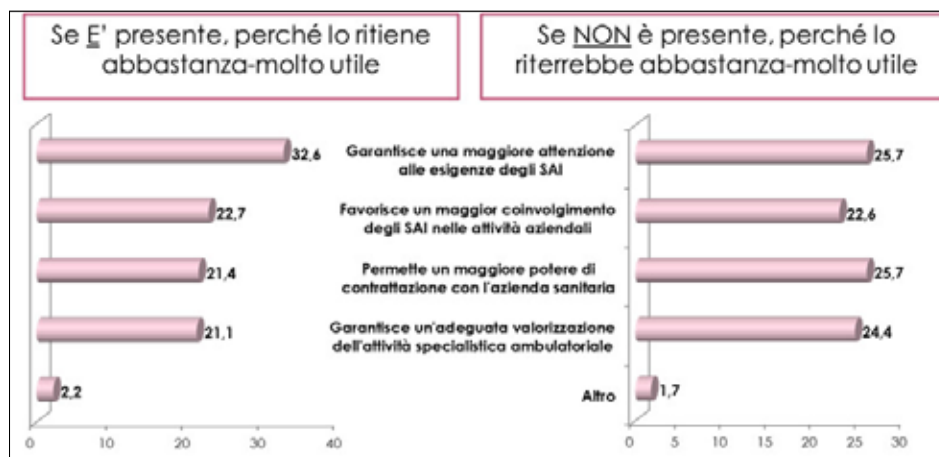


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Questi aspetti, unitamente alla riflessione precedente sulla percezione di valorizzazione dalla propria figura professionale, risultano molto informativi rispetto al percorso di integrazione che lo sviluppo del sistema sanitario nel territorio richiederà: da un lato oggi vi sono indicatori che rappresentano una forte separazione fra le professioni sanitarie del territorio e fanno emergere, almeno da parte degli SAI, una percezione di un solo parziale riconoscimento professionale; dall'altro lato è espressa la volontà di essere corresponsabili dei processi aziendali e della presa in carico dei pazienti che appare un requisito fondamentale per avviare i processi di cambiamento.

Passiamo ora agli aspetti più prettamente organizzativi che caratterizzano il lavoro degli specialisti ambulatoriali interni: in particolare, della loro organizzazione all'interno dell'Azienda Sanitaria e/o dell'ente per il quale lavorano. Il 72% dei rispondenti alla rilevazione afferma che la propria branca specialistica, all'interno dell'Azienda Sanitaria/Ospedaliera è rappresentata da un responsabile di branca (obbligatorio per legge), mentre il 23% dei SAI dichiara di non essere rappresentato da un responsabile all'interno dell'organizzazione; il rimanente 5% dichiara di non saperlo o di non esserne a conoscenza. Il 65% di coloro che sono rappresentati da un responsabile di branca giudica questa figura molto o abbastanza utile, mentre il rimanente 35% ne dà un giudizio meno positivo, in quanto la ritiene poco o per nulla utile. Un terzo (32%) di coloro che ritengono utile la presenza di questa figura all'interno dell'organizzazione pensano che essa «Garantisca una maggiore attenzione alle esigenze degli SAI»; il 22,7% ritiene che «Favorisca un maggiore coinvolgimento degli SAI nelle attività aziendali». Con due percentuali molto simili, e di poco inferiori alle precedenti (rispettivamente 21,4% e 21,1%) troviamo le motivazioni che si riferiscono al potere contrattuale e alla valorizzazione dell'attività specialistica ambulatoriale. Anche il 72% di chi dichiara di non essere rappresentato da un responsabile di branca aziendale ritiene che l'introduzione di questa figura sarebbe molto o abbastanza utile e le motivazioni addotte a sostegno di questa posizione sono molto simili a quelle di coloro che, all'interno della loro organizzazione, hanno dichiarato di avere già la figura del responsabile di branca.

Grafico 16. Utilità del responsabile di branca

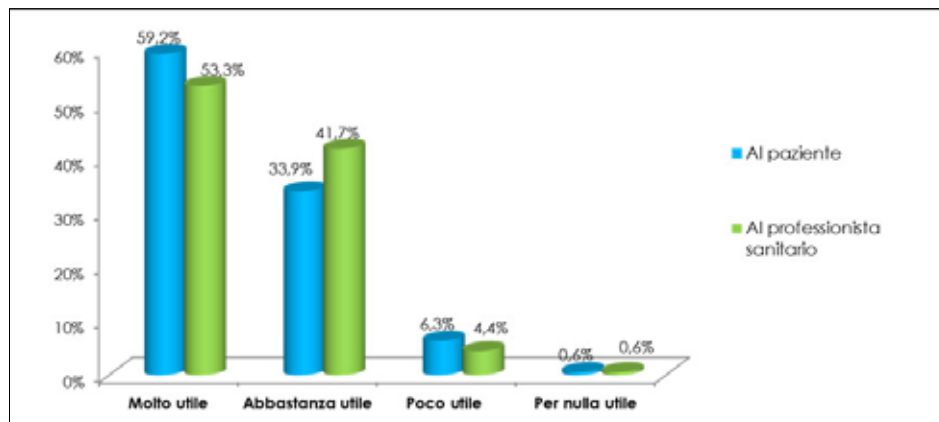


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Un ulteriore aspetto di interesse riguarda le modalità organizzative di lavoro degli Specialisti Ambulatoriali Interni, con riferimento all'afferenza o meno ad unità organizzative quali aggregazioni funzionali territoriali specialistiche, medicine di gruppo integrate, case della salute ecc. ovvero, più generalmente, a tutte quelle modalità che la legge 8 novembre 2012, n. 189 (cd. 'decreto Balduzzi') definisce forme organizzative multi-professionali (Unità Complesse di Cure Primarie). La grande maggioranza degli SAI che hanno partecipato all'indagine (95%) dichiarano di non essere inseriti in alcuna unità organizzativa specifica di questo tipo, anche in ragione del fatto che sono ancora poche le Regioni che hanno già messo mano alla ri-organizzazione dell'assistenza primaria e specialistica e, laddove siano già state avviate le procedure di riforma, il punto di partenza è sempre stato rappresentato dalla ri-organizzazione della medicina generale (Es. Nuclei di Cure Primarie in Emilia Romagna, Medicine di Gruppo Integrate in Veneto ecc.).

La soddisfazione media dell'esperienza nell'unità organizzativa di coloro che ne fanno parte può essere ritenuta buona essendo pari a 5 (dev. std. = 1,4) su una scala 1-7, in cui 1 = completamente insoddisfatto e 7 = completamente soddisfatto. Anche i giudizi di utilità rispetto alla forma organizzativa multi-professionale di appartenenza sono piuttosto positivi: il 93% dei rispondenti ritiene che sia molto o abbastanza utile per il paziente e il 95% ritiene che sia molto o abbastanza utile al professionista sanitario.

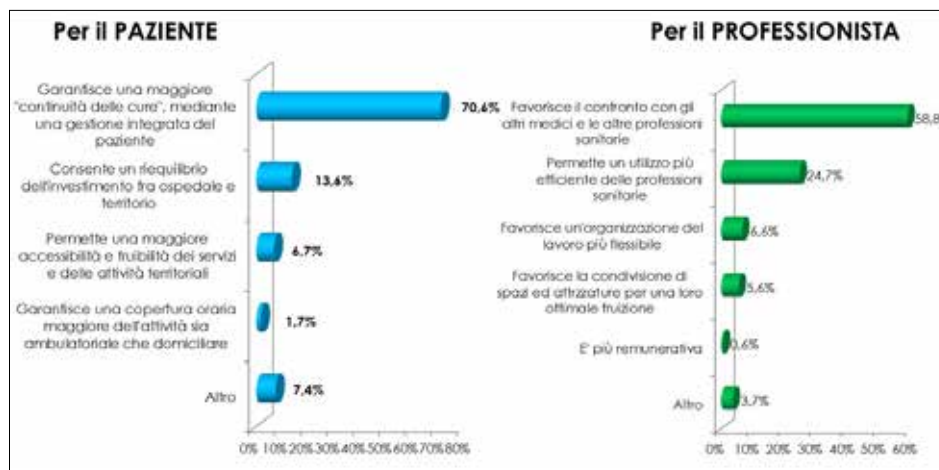
Grafico 17. Utilità dell'unità organizzativa di afferenza per il paziente e per il professionista sanitario



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

La motivazione principale per cui l'unità organizzativa è ritenuta utile per il paziente risiede, secondo i rispondenti, nella maggiore garanzia di continuità delle cure attraverso una gestione integrata del paziente (70,6%); mentre per il professionista, il vantaggio principale è legato all'opportunità di confronto con gli altri medici e le altre professioni sanitarie (58,8%), oltre che alla possibilità di un più efficiente utilizzo di queste ultime (24,7%).

Grafico 18. Motivazioni dell'utilità dell'unità organizzativa di afferenza

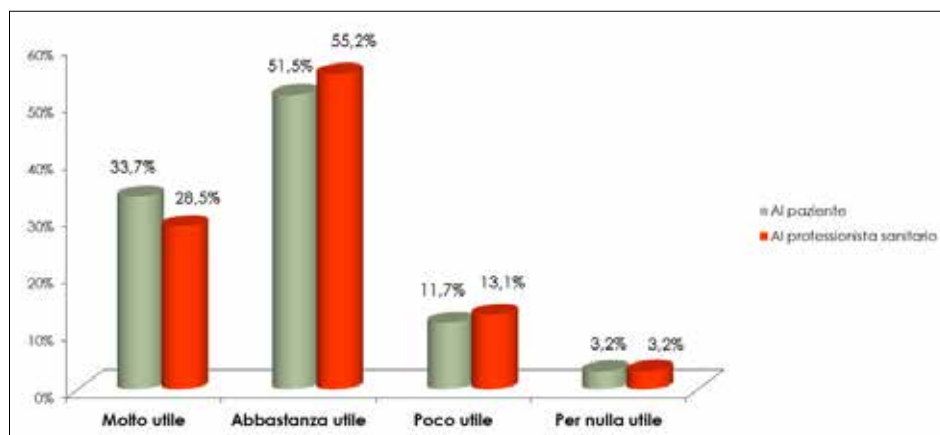


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Medicina specialistica e community care

Anche coloro che non sono inseriti in una forma organizzativa multi-professionale ritengono che ne sarebbe utile l'introduzione: l'85,2% ne riterrebbe molto o abbastanza utile l'introduzione per il paziente e l'83,7% lo riterrebbe utile per il professionista (graf. 19), anche se rispetto a quanto visto sopra, le percentuali si invertono fra le voci «molto utile» e «abbastanza utile», con una prevalenza di quest'ultima.

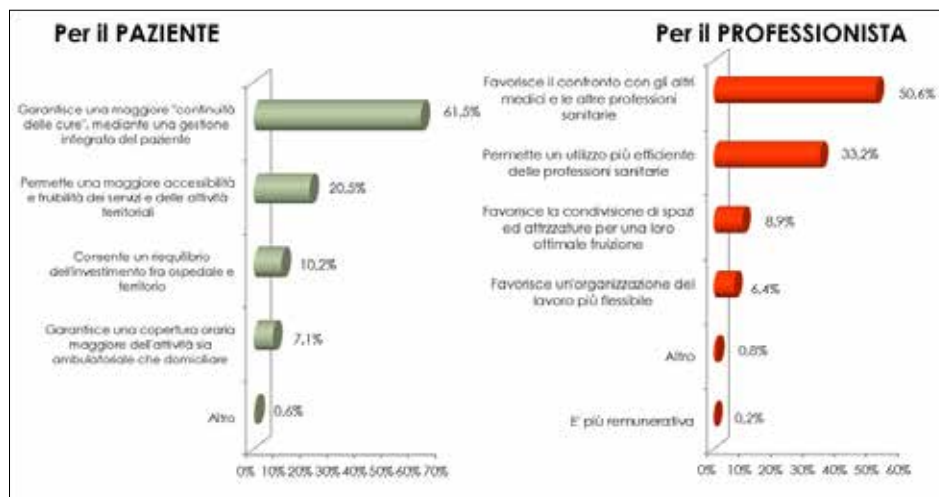
Grafico 19. Utilità dell'introduzione di un'unità organizzativa specifica (solo per chi non è già parte)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

È interessante notare come le motivazioni per cui, chi oggi non opera in un'unità organizzativa, ne riterrebbe utile l'introduzione ricalcano con differenze percentuali minime quelle viste in precedenza per chi già opera all'interno di unità organizzative specifiche, rispettivamente per pazienti e professionisti.

Grafico 20. Motivazione dell'utilità dell'introduzione di un'unità organizzativa specifica (solo per chi non è già parte)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

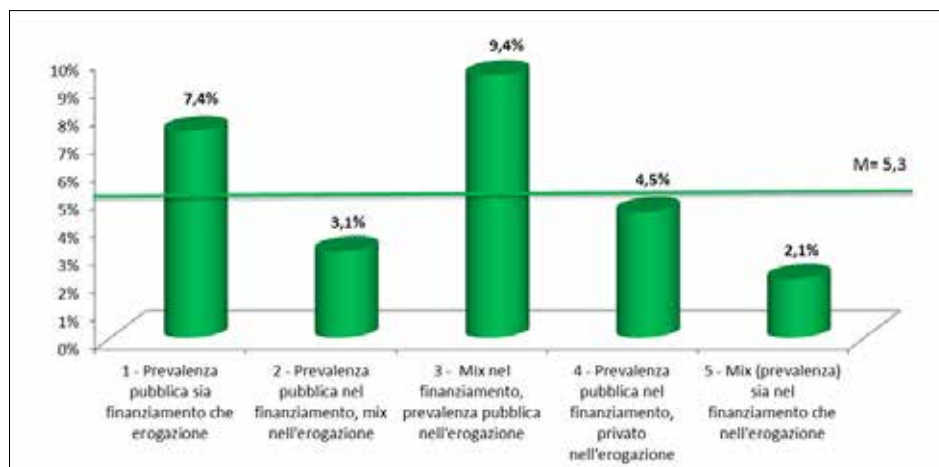
Alla luce di questi dati emerge da un lato la soddisfazione e l'utilità, per chi ne è inserito, sia rispetto al paziente che al professionista, della presenza di una forma organizzativa multi-professionale, dall'altro il desiderio e la richiesta da parte di chi non ne è parte dell'introduzione della stessa. Anche questo aspetto va considerato importante rispetto ai processi di cambiamento che le diverse Regioni italiane stanno affrontando, sia in relazione alle modalità con le quali si stanno definendo le UCCP, sia in merito al rapporto previsto tra queste ultime ed i medici specialisti ambulatoriali.

La distribuzione di quanti affermano di appartenere ad un'unità organizzativa si differenzia a seconda della classificazione dei modelli sanitari regionali proposta da Bertin. Il gruppo di regioni con la più alta percentuale di SAI che affermano di essere inseriti in un'unità organizzativa (9,4%) è quello il cui sistema prevede una prevalenza pubblica nell'erogazione e un sistema misto nel finanziamento (Emilia Romagna,¹⁰ Piemonte, Friuli Venezia Giulia¹¹), mentre la percentuale più bassa (2,1%) spetta alla Lombardia, con un sistema prevalentemente misto sia nel finanziamento che nell'erogazione.

10 La Regione Emilia Romagna con la normativa sui Nuclei di Cure Primarie, prima (in quanto sperimentati dal 2001), e sulle Case della Salute, poi (dal 2010), ha di fatto anticipato le direttrici di sviluppo ipotizzate nella legge 8 novembre 2012, n. 189.

11 Ricordiamo che in Friuli Venezia Giulia i rispondenti sono stati solamente 3.

Grafico 21. Percentuale di SAI che affermano di essere inseriti in una unità organizzativa specifica, per classificazione dei modelli sanitari regionali



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

6 L'esercizio della libera professione

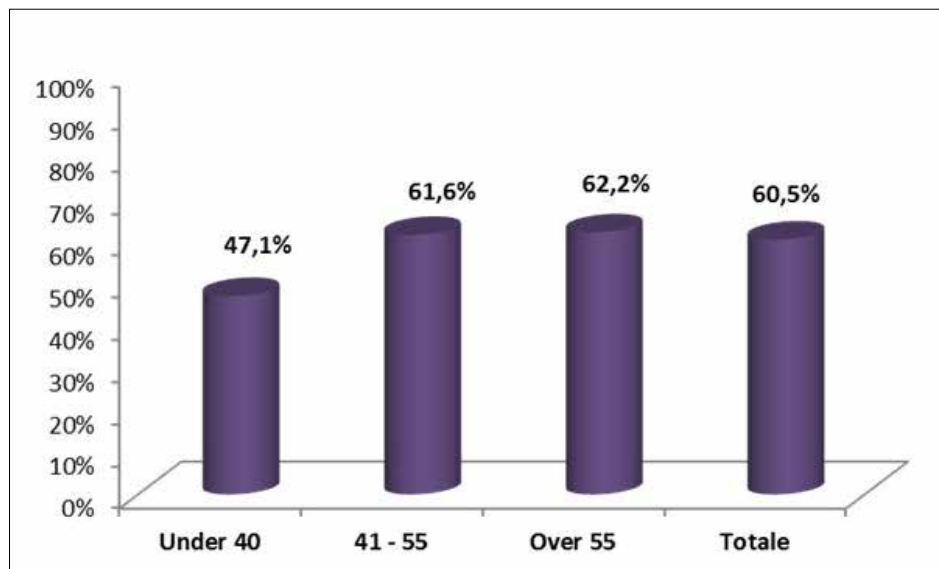
Un aspetto di forte interesse per gli iscritti al SUMAI riguarda la possibilità di effettuare attività libero-professionale, che il 60,5% dei rispondenti dichiara di svolgere. Per avere un dato di confronto si consideri che, secondo gli ultimi dati resi disponibili nella primavera 2013 dall'Osservatorio Nazionale per l'attività libero-professionale con la «Relazione sullo stato di attuazione dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria - 2011»,¹² la percentuale di dirigenti medici del SSN che effettivamente esercitano l'attività libero-professionale intramuraria (ALPI) era pari nel 2011 al 52% (considerando solo i medici legati alla propria struttura da un rapporto di esclusività che ormai sono la quasi totalità dei dirigenti medici; la stessa percentuale scende al 49,1% sul totale dei dirigenti medici) con un'estrema variabilità del fenomeno tra le Regioni.

Anche in questo caso le differenze di età esercitano una notevole influenza. La percentuale di SAI che svolge attività libero-professionale, infatti, si abbassa notevolmente (al 47%) per gli SAI più giovani, ovvero coloro che hanno meno di 40 anni. Questo potrebbe dipendere in parte, come vedremo successivamente, dal fatto che tendenzialmente i più giovani hanno contratti a tempo pieno con l'Azienda Sanitaria/Ospedaliera o con altro

12 Adempimento previsto dalla legge 120/2007.

ente con il quale sono contrattualizzati (in 1 caso su 5) e per la mancanza di strutture e di spazi nei quali svolgere l'attività libero-professionale (in 1 caso su 5).

Grafico 22. Svolgimento di attività libero-professionale per classe di età



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

La maggioranza degli Specialisti che svolge attività libero-professionale utilizza un ambulatorio esterno privato (83,7%), mentre il 10,3% la svolge all'interno dell'Azienda; il rimanente 6% dichiara di svolgere tali attività in un altro luogo non meglio specificato.

Le motivazioni che spingono a svolgere attività libero-professionale sono di due tipi: economiche e professionali, con una prevalenza, anche implicita, delle prime. Il 41,1% dei rispondenti che attualmente svolge attività libero-professionale afferma, infatti, di farlo per motivi economici (maggiori guadagni), il 17,2% perché ha poche ore contrattualizzate con l'azienda/ente, e il 3,3% perché ha un contratto a tempo determinato. Gli aspetti ritenuti professionali e di carriera riguardano, invece, la possibilità di diversificazione dell'attività svolta (48,8%) e la mancanza di prospettive di carriera nella pubblica amministrazione (14,2%).

Medicina specialistica e community care

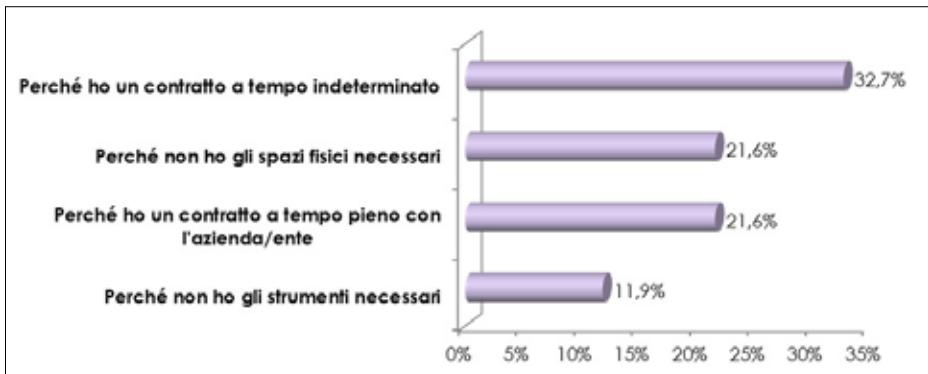
Grafico 23. Motivazioni di chi svolge attività libero-professionale (era possibile indicare più di una risposta)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Chi attualmente non svolge attività libero-professionale motiva questa scelta per fattori legati al tempo disponibile («Perché ho un contratto a tempo pieno con l'azienda/ente» 21,6%) o in quanto non è interessato perché ha una sicurezza lavorativa derivante da un contratto a tempo indeterminato che ritiene sufficiente per le proprie caratteristiche e aspettative (32,7%). Rispettivamente il 21,6% e l'11,9% dichiarano di non svolgere attività libero-professionale per mancanza degli spazi fisici e degli strumenti necessari.

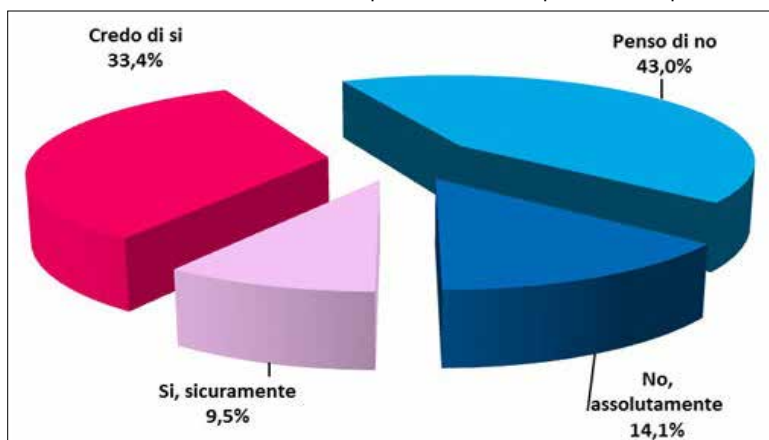
Grafico 24. Motivazioni di chi non svolge attività libero-professionale (era possibile indicare più di una risposta)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013)

È stato, inoltre, chiesto ai rispondenti di indicare quali fossero le loro intenzioni future relativamente allo svolgimento dell'attività libero-professionale nei prossimi 5 anni, in particolare se fossero propensi a potenziare tale attività in questo orizzonte temporale. In questo caso le intenzioni manifestate dagli specialisti si sono divise praticamente a metà: il 42,9% dichiara di essere intenzionato ad aumentare l'attività professionale (il 9,5% è sicuro di farlo). Il 57,1% dei rispondenti, invece, tende ad escludere la possibilità di potenziamento dell'attività in parola. Anche in questo caso troviamo alcune differenze significative rispetto all'età degli SAI: la percentuale di specialisti che dichiara l'intenzione di potenziare l'attività libero-professionale diminuisce con il crescere dell'età, offrendo un quadro complementare rispetto a quello visto in precedenza rispetto a chi oggi svolge attività libero-professionale. Il 61% degli SAI con meno di 40 anni manifesta chiaramente l'intenzione di potenziare l'attività libero-professionale: tale percentuale scende al 50% per coloro che hanno un'età compresa fra 41 e 55 anni e 'crolla' al 31,7% per gli over 55. Sono dati questi facilmente spiegabili in quanto, i più giovani, avendo da poco avviato la loro carriera professionale vedono il loro futuro «in espansione», anche nella libera professione, a differenza dei più anziani che probabilmente hanno, invece, già raggiunto nel tempo il limite superiore per quanto riguardo il tempo che è possibile dedicare all'attività libero-professionale, per chi già la svolge, o non ne sono interessati, per chi non la svolge attualmente. Il dato più interessante è, però, rappresentato dal fatto che il 68,8% di quanti attualmente non svolgono attività in regime di libera professione, tende anche ad escludere la possibilità di esercitarla nei prossimi cinque anni.

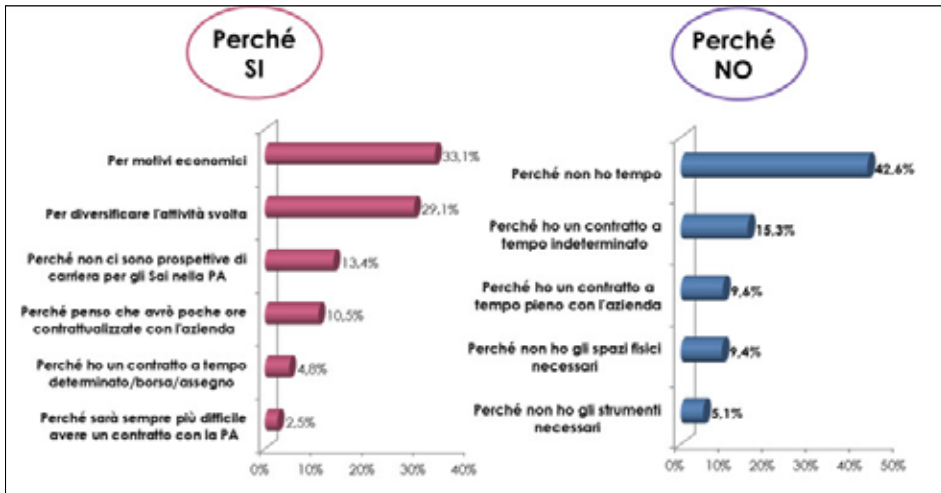
Grafico 25 .Potenziamento dell'attività libero-professionale nei prossimi cinque anni



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Le motivazioni che stanno alla base della propensione a potenziare l'attività libero-professionale sono anzitutto di tipo economico (33,1%) e di diversificazione dell'attività svolta (29,1%); mentre coloro che tendono ad escludere tale eventualità adducono soprattutto motivi legati alla mancanza di tempo (42,6%), probabilmente anche in ragione di un equilibrio già maturato sul piano della conciliazione fra tempi di lavoro e tempi di vita.

Grafico 26. Motivazioni a supporto del potenziamento o meno dell'attività libero-professionale nei prossimi 5 anni



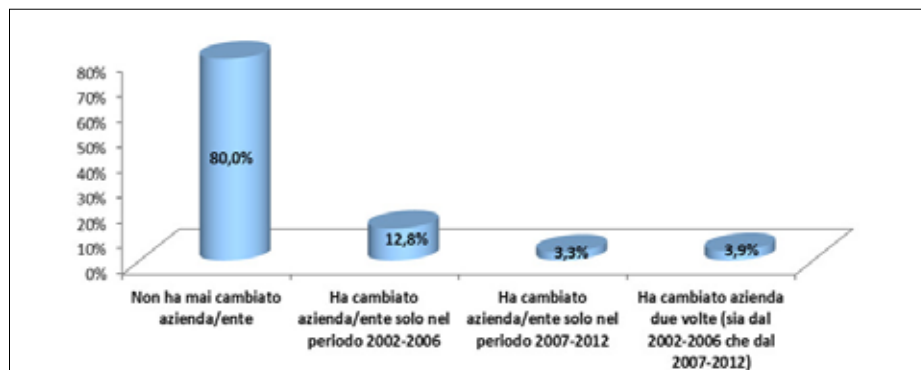
Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

7 Gli orientamenti, la mobilità e il futuro lavorativo

I dati raccolti nell'ambito dell'indagine dimostrano come gli SAI siano tendenzialmente poco mobili e permangono a lungo ad operare nella stessa Azienda Sanitaria/Ospedaliera o altro ente. L'80% degli SAI che hanno risposto al questionario, e che lavorano almeno dall'anno 2002, non ha mai cambiato posto di lavoro negli ultimi 10 anni, il 16,1% ha cambiato azienda/ente una sola volta negli ultimi 10 anni e il restante 3,9% ha cambiato azienda/ente almeno due volte negli ultimi dieci anni. La percentuale di chi non ha mai cambiato lavoro negli ultimi 10 anni sale all'87% negli ultra 55enni e scende, rispettivamente, al 70% e al 71%, in chi ha meno di 40 anni e un'età compresa fra i 41 e i 55 anni. Questo è un dato che rappresenta la fotografia di una categoria professionale che tende a cercare la stabilità del luogo di lavoro; questa situazione di scarsa mobilità potrebbe anche essere il frutto di una forte diversità di comportamento

delle diverse Aziende Sanitarie che farebbe sì che gli specialisti vedano con diffidenza la possibilità di lasciare la sicurezza di un posto di lavoro a favore di un'altra azienda/ente.

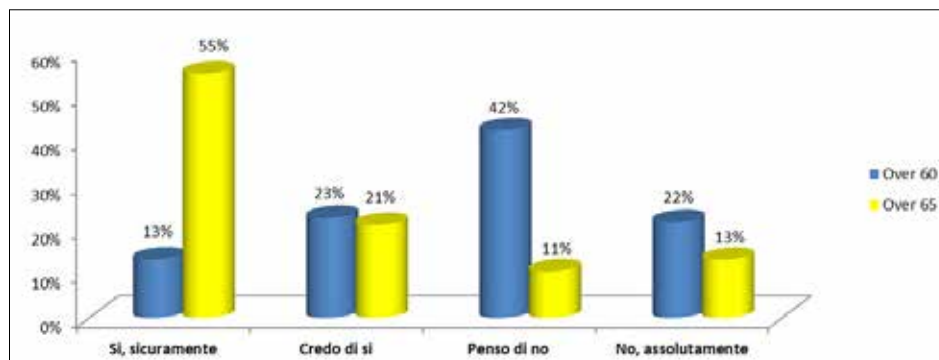
Grafico 27. Mobilità lavorativa (per gli SAI con almeno 10 anni di esperienza)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Pensando poi al futuro non troppo lontano degli Specialisti Ambulatoriali Interni, con questa indagine si è anche voluto indagare quali fossero le intenzioni degli specialisti ultra 60enni e ultra 65enni riguardo alle previsioni di pensionamento. Vediamo subito che il 76% degli ultra-65enni prevede di lasciare il lavoro nei prossimi cinque anni, anche se c'è un rimanente 24% che afferma di non avere l'intenzione di farlo; negli SAI leggermente più giovani, gli ultra-60enni, le posizioni in parte cambiano, in quanto gli intenzionati ad andare in pensione nei prossimi 5 anni sono il 36%, un altro 42% pensa di non farlo e il rimanente 22% è convinto di no.

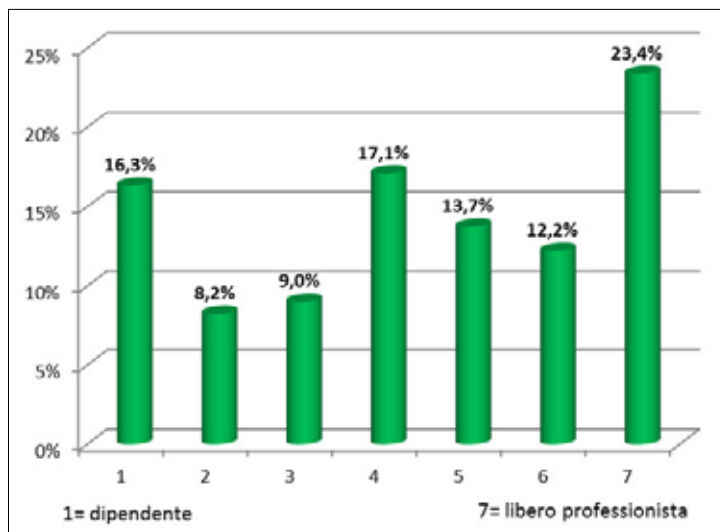
Grafico 28. Intenzione di andare in pensione nei prossimi 5 anni negli ultra 60enni e negli ultra 65enni



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Uno degli scopi di questa indagine era quello di capire quali fossero gli orientamenti professionali degli SAI, ragion per cui è stato chiesto loro di indicare se, in un mondo ideale, si sentirebbero più orientati ad avere un rapporto di lavoro alle dipendenze o ad operare come liberi professionisti. Si registra una grande frammentazione delle risposte, senza una evidente polarizzazione verso uno dei due estremi della scala (1 = dipendente; 7 = libero professionista); infatti la media dei punteggi è pari a 4,34 (dev. std. 2,12), anche se il 23,4% di rispondenti (quasi 1 su 4) si è posizionato sull'estremo della scala rappresentante la libera professione. Notiamo, inoltre, che sulle posizioni intermedie della scala, ovvero sui punteggi 3-4-5, troviamo quasi il 40% dei rispondenti, che potrebbe essere interpretato come un segnale di una forte indecisione degli specialisti a schierarsi oppure, più probabilmente, come l'espressione della volontà di mantenere una 'posizione' professionale intermedia o ibrida, collocata a metà strada fra la soluzione alle dipendenze e quella della libera professione, nel pieno rispetto dell'identità attuale dello SAI.

Grafico 29. Orientamenti: tra dipendenza e libera professione

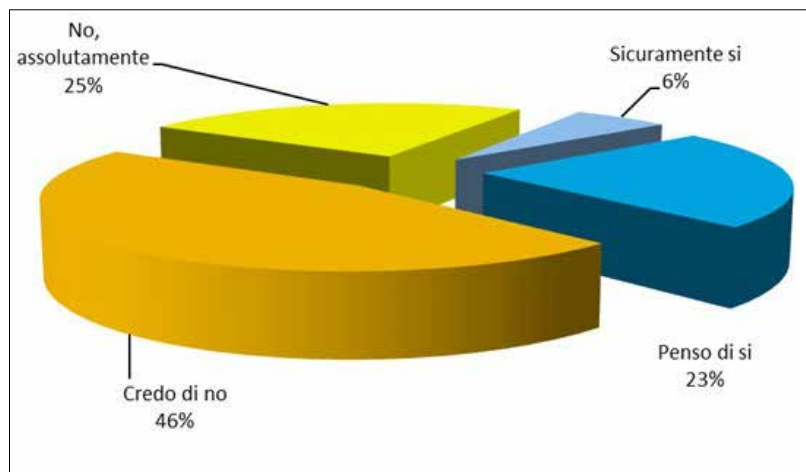


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Anche in questo caso, come visto di frequente nelle analisi mostrate in precedenza, gli SAI più giovani (40 anni o meno) si differenziano in maniera significativa dai loro colleghi. La loro media nelle risposte è, infatti, pari a 3,7 (dev. std = 2): sembrerebbero quindi più orientati verso il lavoro alle dipendenze. Questo potrebbe essere sintomo di una propensione ‘generazionale’ alla ricerca della stabilità e del posto fisso piuttosto che di una gestione più libera della propria professione, ma non va sottovalutata l’incidenza della maggiore precarietà lavorativa che stanno attualmente sperimentando.

Strettamente collegata a questa dimensione è la domanda che è stata rivolta agli intervistati per indagarne la disponibilità a cessare l’attività come Specialisti Ambulatoriali Interni per accettare altre soluzioni di lavoro dipendente, qualora se ne presentasse l’opportunità. Quasi un terzo dei rispondenti, il 29,3% ha manifestato la propria propensione ad accettare soluzioni di lavoro dipendente, mentre la maggioranza degli interpellati alla rilevazione (70,7%) dichiara di non essere interessato all’eventualità di cambiare lavoro a favore di un impiego alle dipendenze.

Grafico 30. Se ci fosse la possibilità, cesserebbe l'attività come SAI per accettare altre soluzioni di lavoro dipendente?



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Gli SAI più giovani, come era plausibile attendersi alla luce dei dati presentati poco più sopra, si dimostrano più propensi ad accettare soluzioni di lavoro dipendente: infatti il 55,5% di loro ha affermato che se ne avesse l'opportunità deciderebbe sicuramente o probabilmente di passare ad una soluzione lavorativa alle dipendenze (contro una media generale del 29,3%). Analogamente a quanto già visto per altre variabili tale percentuale si abbassa notevolmente per quanti sono nella classe di mezzo (41-55 anni, 29,7%) e per gli over 55 (23,5%).

Ma a quali condizioni questi SAI accetterebbero di cambiare lavoro a favore di soluzioni di lavoro dipendente? La maggior parte di loro, il 44,3%, lo farebbe se ricevesse un'offerta da parte di un soggetto di particolare prestigio, il 20,5% in caso di un'offerta particolarmente remunerativa, il 20,2% accetterebbe se gli venisse proposto un contratto a tempo indeterminato (quindi con una maggiore stabilità), e il 10,9% accetterebbe un'offerta che prevedesse un avvicinamento a casa con una conseguente riduzione delle spese di spostamento.

Grafico 31. Motivazioni di chi accetterebbe proposte di lavoro alle dipendenze



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Per chi, invece, ha affermato di non essere interessato a cessare l'attività di SAI a favore di un impiego alle dipendenze, le motivazioni principali riguardano la volontà di voler continuare la propria attività sul territorio (il 62,4%). L'11,9% pensa che non troverebbe offerte di lavoro maggiormente remunerative mentre altri non accetterebbero questa soluzione per motivi di comodità (la sede di lavoro attuale è molto vicina a casa per il 7,9%) e per non lasciare i pazienti che stanno seguendo (7,9%).

8 Un tentativo di sintesi: quante e quali tipologie di specialisti ambulatoriali interni?

Al fine di tentare di individuare in maniera più chiara ed immediata alcune tipologie di Specialisti Ambulatoriali Interni, sia per esigenze di sintesi che per implementare ulteriormente la riflessione, attraverso l'importante base di dati resa disponibile dall'indagine, si è provveduto a effettuare un'analisi di raggruppamento (cluster analysis¹³) utilizzando cinque tipologie di variabili meglio descritte sotto:

¹³ Il metodo utilizzato è quello del *clustering gerarchico* (Hierarchical Clustering) agglomerativo. L'analisi è stata realizzata da Marco Braggion.

- socio - demografiche e di contesto
 - età
 - genere
 - area geografica
 - modello di sistema sanitario regionale

- rapporto di lavoro attuale
 - tipologia di contratto
 - tipologia azienda/ente con il quale è contrattualizzato
 - impiego notturno
 - impiego festivo
 - tipologia di sede di lavoro
 - soddisfazione per il rapporto con l'azienda/ente

- esperienza lavorativa
 - anni di esperienza come SAI
 - mobilità lavorativa
 - esercizio della libera professione

- orientamenti professionali
 - dipendente/libero professionista
 - prestatore d'opera esterno/corresponsabile dei risultati aziendali
 - propensione a passare ad un lavoro alle dipendenze
 - intenzioni di potenziamento della libera professione

- rapporto con il SUMAI
 - anni di iscrizione al SUMAI
 - assunzione di incarichi nell'ambito del SUMAI

La cluster analysis ha permesso di evidenziare 4 gruppi di specialisti ambulatoriali interni discretamente differenziati fra di loro e omogenei al loro interno. Vediamo in sintesi, nella tabella 6, come si differenziano le principali variabili esplicative (NB: indicazione per la lettura: le celle evidenziate su sfondo grigio chiaro segnalano i dati che, limitatamente alla variabile considerata, si discostano in maniera significativa verso l'alto dalla media generale; in grigio scuro quelle che si discostano verso il basso).

Tabella 6. Principali variabili esplicative, cluster analysis

		Gruppo1 (N= 970)	Gruppo2 (N=205)	Gruppo 3 (N=447)	Gruppo 4 (N=110)
Età	Meno di 40 anni	19%	/	2%	/
	Fra 41 e 55 anni	58%	48%	20%	2%
	Over 55 anni	23%	52%	78%	98%
Zona Geografica	Nord	19%	/	62%	57%
	Centro	58%	49%	11%	21%
	Sud	23%	51%	28%	22%
Contratto	Indeterminato	83%	97%	97%	99%
	Determinato	15%	3%	2%	1%
	Altro	2%	1%	1%	/
Sede di lavoro	Ambulatorio territoriale	62%	85%	81%	82%
	Ambulatorio ospedaliero	32%	20%	27%	23%
	Ospedale	15%	2%	3%	4%
	Assistenza domiciliare	12%	20%	10%	13%
Esercizio della libera professione		56%	64%	54%	75%
Ha intenzione di potenziare l'attività libero professionale?		45%	35%	53%	28%

Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

Dall'analisi dei risultati della cluster analysis sono emersi quattro gruppi con differenze particolarmente significative e legate non solo all'età che abbiamo già visto in precedenza esercitare una certa influenza su molte delle dimensioni di analisi considerate nell'indagine. Vediamo quali sono le caratteristiche principali dei quattro gruppi individuati:

- Gruppo 1 (n = 970). È il gruppo più numeroso, costituito principalmente dagli specialisti ambulatoriali più giovani, quasi l'80% di loro ha meno di 55 anni e, tendenzialmente, ha cominciato a lavorare dopo il 2000. Prevalgono le donne e risiedono principalmente al Centro. Hanno una più alta frequenza di contratti a tempo determinato e lavorano più degli altri colleghi nelle ore notturne e nei giorni festivi. Lavorano con maggiore frequenza negli ospedali (in reparto, in pronto soccorso ecc.). Sono discretamente 'mobili', cioè negli ultimi 10 anni hanno cambiato più frequentemente Azienda Sanitaria/ente. Sono tendenzialmente più orientati a lavori alle dipendenze e si vivrebbero maggiormente come corresponsabili dei risultati aziendali piuttosto che come prestatori d'opera esterni. Sono iscritti al SUMAI da meno tempo rispetto ai loro colleghi e hanno minori incarichi a livello sindacale.
- Gruppo 2 (n = 205). È il gruppo degli SAI adulti: nessuno ha meno di 40 anni e la metà di loro ha meno di 55 anni: hanno quasi tutti

(97%) un contratto a tempo indeterminato. Sono prevalentemente maschi e residenti al Centro/Sud e presentano una discreta mobilità lavorativa. La grande maggioranza di loro ha cominciato a lavorare negli anni Novanta (1991-2000) e rispetto ai loro colleghi sono maggiormente impiegati nel lavoro a domicilio. È il gruppo in cui si registra anche la più alta percentuale di impiegati all'INAIL. Il 64% svolge attività libero-professionale, ma anche questi manifestano una certa propensione al lavoro alle dipendenze. Sono iscritti al Sindacato da molto tempo e il 22% di loro ha incarichi all'interno del SUMAI.

- Gruppo 3 (n = 447). Hanno prevalentemente più di 55 anni, la maggior parte di loro ha iniziato a lavorare nel periodo 1981-1990 ed è iscritta al sindacato da più di 10 anni. Sono prevalentemente maschi e del Nord Italia, hanno contratti a tempo indeterminato e presentano un tasso di mobilità lavorativa basso. Il 54% di loro svolge attività libero-professionale e il 53% è intenzionato a potenziarla nei prossimi 5 anni. In particolare, uno su 3 ricopre un ruolo associativo nell'ambito del SUMAI.
- Gruppo 4 (n = 110). È il gruppo degli Specialisti Ambulatoriali Interni più anziani: hanno quasi tutti più di 55 anni (il 98%), risiedono soprattutto al Nord e sono iscritti al SUMAI da molti anni (la maggior parte da più di 10) e registrano anche una certa presenza negli organismi associativi. Quasi tutti hanno un contratto a tempo indeterminato e registrano una bassa mobilità lavorativa. Il 75% svolge attività libero-professionale e sono anche i più orientati ad operare come liberi professionisti; sono anche i meno soddisfatti del rapporto con l'Azienda Sanitaria/ente di afferenza.

9 Conclusioni

È sicuramente difficile sintetizzare un quadro così ampio e ricco di interessanti dettagli come quello evidenziato attraverso l'indagine, che si presta a numerosi e ulteriori approfondimenti. Ci proviamo con l'unico intento di offrire alla riflessione alcuni elementi che, più di altri, assumono un ruolo chiave, soprattutto in termini strategici per il futuro degli Specialisti Ambulatoriali Interni nello scenario di cambiamento dell'assistenza territoriale evocato nei capitoli precedenti.

L'indagine ha evidenziato una situazione in forte cambiamento e con alcune differenze significative al proprio interno. Se, in linea generale, da un lato si può affermare che gli SAI appaiono motivati e soddisfatti della scelta professionale, dall'altro è evidente anche un vissuto di insoddisfazione nei confronti del sistema sanitario che sembra non valorizzare appieno le caratteristiche e le potenzialità degli SAI. Tale vissuto sembra influenzare anche il rapporto con gli altri attori dell'assistenza sanitaria (MMG, PLS, infermieri, tecnici ecc....) e può contribuire a spiegare la difformità di valutazioni fra

quanto dichiarato e quanto vissuto dagli SAI nel rapporto con le altre figure impiegate nell'assistenza sanitaria. Le valutazioni sull'importanza di «Assicurare il consulto con gli altri professionisti del territorio (MMG, PLS e altri professionisti)», di «Assicurare il consulto con i professionisti ospedalieri», di «Creare un buon rapporto collaborativo tra MMG/PLS e SAI», l'orientamento ad essere «corresponsabili della presa in carico» con MMG/PLS sono, infatti, molto elevate ma si scontrano con una difficoltà di attuazione resa evidente dal fatto che 1 SAI su 3 (31%) dichiara di non avere rapporti con il medico di famiglia (MMG/PLS), la qual cosa lascia intuire un certo grado di separatezza fra i due mondi dell'assistenza primaria e quella specialistica a fronte di una manifestata volontà di integrazione.

Le criticità nei confronti del sistema sanitario possono essere in parte determinate anche dalla complessità del regime di norme che disciplina l'attività degli Specialisti Ambulatoriali Interni, con particolare riferimento alle incompatibilità che, unite al ridotto, in alcuni casi, monte orario, possono contribuire anche a spiegare il maggiore ricorso all'attività libero-professionale rispetto ai dirigenti medici del SSN.

Il fattore anagrafico è quello che maggiormente concorre a determinare le differenze riscontrate nell'indagine, come ben sintetizzato attraverso la cluster analysis: gli Specialisti Ambulatoriali Interni più giovani, infatti, presentano una situazione di maggiore precarietà lavorativa (contratti a tempo determinato), spesso con occupazioni 'improprie' rispetto alla figura (in reparti ospedalieri), con un maggiore utilizzo anche nei giorni festivi e nelle ore notturne: un insieme di elementi di disagio che possono contribuire a spiegare il maggiore orientamento di questi SAI verso il lavoro alle dipendenze.

Questa constatazione è strettamente connessa con altre due che riguardano sempre la variabile età, con particolare riguardo alle classi di età più avanzate. La prima è relativa alla forte asimmetria della distribuzione per età degli Specialisti Ambulatoriali Interni: le età più avanzate sono numericamente più consistenti di quelle giovani. A questa si unisce una seconda considerazione relativa al fatto che la maggior parte di ultra 65enni (76%) e una buona parte degli ultra 60enni (36%) intende andare in pensione nei prossimi cinque anni. Il combinato disposto di questi elementi apre un interrogativo sul futuro degli Specialisti Ambulatoriali Interni, senza dimenticare che già oggi per molti giovani l'attuale inquadramento lavorativo come SAI appare spurio, in quanto per alcuni risulta semplicemente la formula contrattuale attraverso la quale by-passare l'impossibilità di procedere ad assunzioni del personale da parte delle Aziende Sanitarie/Ospedaliere.

Una possibile soluzione per la piena valorizzazione degli SAI era già stata individuata in passato (cfr. ACN 2009) nella proposta di forme integrate/unità organizzative specifiche (come le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche e le Unità Complesse di Cure Primarie) nelle quali anche gli SAI possono assumere un ruolo significativo. Secondo l'indagine queste esperienze, seppur ritenute positive e vantaggiose sia per il paziente che

per il professionista sanitario, risultano, però, ancora poco diffuse, probabilmente anche in ragione di una disciplina regionale che ha cominciato solo recentemente a mettere mano con decisione alla riorganizzazione dell'assistenza primaria e specialistica anche in ottemperanza alle previsioni della legge 8 novembre 2012, n. 189 (cd. 'decreto Balduzzi') che parla esplicitamente di forme organizzative mono-professionali (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e multi-professionali (Unità Complesse di Cure Primarie). Si tratta di una prospettiva che diviene fondamentale continuare ad approfondire sia per la centralità che il coordinamento e l'integrazione professionale rivestono nei processi di cambiamento delle cure primarie (con particolare riferimento alla gestione della cronicità) che per l'evoluzione dei modelli organizzativi sanitari regionali.

Tutte queste considerazioni offrono spunti di riflessione interessanti per ripensare al ruolo che la specialistica può svolgere nel territorio, mettendo in luce la presenza di professionisti che in larga parte sono disponibili a viverci come corresponsabili dei processi di presa in carico dei pazienti e della promozione della salute dei cittadini. È auspicabile quindi che, nei processi di riordino regionali, sia dato spazio anche alle sperimentazioni che promuovono l'integrazione tra medicina di base e specialistica territoriale, per ricercare un nuovo equilibrio tra i diversi ruoli professionali medici nel territorio, a vantaggio dei cittadini.

Aspettando ulteriori occasioni di incontro e di riflessione, il gruppo di ricerca vuole esprimere la sua gratitudine a quanti hanno sostenuto questo cammino complesso, in primis il Direttivo del SUMAI, ma da estendere a tutti gli Specialisti Ambulatoriali Interni che hanno colto questa occasione per 'farsi studiare' ed esprimere, anche così, la loro opinione alla quale ci auspichiamo in questo contributo di aver dato efficacemente voce.

Riferimenti bibliografici

- Bertin, G. (2010). «I processi di trasformazione dei sistemi socio-sanitari nelle regioni italiane». Rapporto di Ricerca nell'ambito del Programma di Ricerca Corrente.
- Fondazione ENPAM (2010). *Annuario statistico 2010 ENPAM*. Servizi Studi Previdenziali e Documentazione, Iniziativa speciale.
- Legge 8 novembre 2012, n. 189 recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.
- SUMAI Assoprof (2010). *Accordo Collettivo Nazionale, Quadriennio normativo-economico 2006- 2009*.

Specialisti ambulatoriali interni: il quadro normativo e le possibili prospettive future

Marco Olivi

Abstract We are going to examine the character of the specialist doctors in surgery which the health organisation has to confront. In this way, nowadays 'the rule of incompatibility' is wrong for the health organisation. Changing law about this matter is necessary and, on balance, the agreement rules. Waiting for this change, we consider the law in development, which allows to change the agreement rules. This is the way: realizing the difference between the cases of incompatibility due to conflicting interests and the cases of incompatibility due to the necessity of assuring the public institution of the complete physician's availability. The former are justified and the latter aren't justified by the public organization. By this way we suggest the change of collective agreements replacing forbidding with authorisation to practise medicine.

In generale l'individuazione di una figura professionale dal punto di vista giuridico si presenta come un problema di qualificazione secondo modelli tipici prefigurati dall'ordinamento, quindi modellati non solo dal legislatore, ma anche dalla giurisprudenza, dalla dottrina e dalla prassi.

La qualificazione giuridica, sempre in generale, assolve allo scopo di costituire uno strumento di identificazione degli effetti giuridici, perché vale come espressione riassuntiva di una determinata disciplina.

Così, per esempio, se si qualifica una determinata fattispecie concreta come lavoro subordinato, si è in grado di determinare una serie di diritti, obblighi ed altre situazioni soggettive facenti capo al datore di lavoro ed al lavoratore nei rapporti tra loro e nei confronti delle istituzioni pubbliche (si pensi ai profili in campo tributario e previdenziale) e dei terzi con i quali entrino in contatto (si pensi al regime della responsabilità).

Occorre peraltro considerare che molto spesso la qualificazione giuridica è incerta perché fondata su indici che nella realtà non si presentano coerenti e quindi residuano alcuni margini di opinabilità.

Si pensi agli indici della subordinazione: tra questi vi è la sottoposizione al potere direttivo del datore di lavoro, ma è evidente che quanto più alta è la professionalità e la specializzazione del lavoratore tanto maggiore dovrà essere lo spazio riservato alle scelte di quest'ultimo e quindi tanto meno incisivo potrà essere il potere direttivo.

Inoltre, una determinata qualificazione non è sempre idonea ad essere risolutiva di ogni questione, nel senso che, pur rappresentando l'espressione riassuntiva di una disciplina, si tratta pur sempre di una disciplina che non investe la totalità degli aspetti e dei profili che si tratta di affrontare.

Queste ultime considerazioni, relative alla difficoltà di pervenire ad una qualificazione certa della figura professionale, e all'impossibilità di risolve-

re ogni questione sulla base della qualificazione stessa, qui espresse in via generale, vanno particolarmente tenute presenti con riguardo alla figura del medico specialista ambulatoriale interno.

La figura del medico specialista ambulatoriale interno presenta peculiari caratteristiche che ne rendono difficile, e allo stesso tempo non risolutivo, l'inquadramento in una delle tipiche qualificazioni giuslavoriste.

Vi sono indici che conducono a configurarlo come lavoro autonomo, decisivo in tal senso quanto risulta dalla definizione degli accordi collettivi nazionali (cfr. l'accordo collettivo nazionale quadriennio normativo ed economico 2006-2009 art. 13), perché, nella ricostruzione della fattispecie contrattuale occorre sempre risalire alla volontà delle parti.

Vi sono però indici tipici del lavoro subordinato, quali ad esempio, facendo sempre riferimento alle norme contrattuali, l'osservanza dell'orario di lavoro (art. 16); la soggezione alla potestà disciplinare (art. 27); la tutela sindacale (art. 34); il regime delle assenze (art. 36) della malattia e della gravidanza (art. 37); il regime delle ferie (art. 38) del congedo matrimoniale (art. 39); il modo in cui è determinato e liquidato il compenso (art. 42).

Occorre poi ricordare, come già anticipato, che quando l'autonomia si manifesta nell'assenza di soggezione ad un potere direttivo e nella responsabilità individuale, ciò è tipico della stessa professione medica.

Anzi, si potrebbe dire che, proprio per quest'ultima ragione, a parte casi come il medico ospedaliero, risulta sempre difficile accertare il vincolo di subordinazione per un medico.

D'altra parte (sempre facendo riferimento al contratto collettivo) l'assunzione del «governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente», il fatto di «far parte attiva della continuità di assistenza per i propri assistiti», «il perseguimento degli obiettivi di salute dei cittadini attraverso proprie scelte diagnostiche e terapeutiche» (art. 13 bis) rispondono ad una precisa scelta organizzativa del servizio sanitario, in cui «gli specialisti ambulatoriali sono parte attiva e qualificante del SSN integrandosi con specifiche funzioni nell'assistenza primaria...» (art. 12).

Insomma è proprio la scelta organizzativa a creare una figura che mal si presta ad essere inquadrata negli schemi tipici dianzi menzionati, perché convivono elementi di autonomia ed elementi della subordinazione.

In ragione di ciò la giurisprudenza, sia civile, sia amministrativa è orientata a qualificare l'attività del medico ambulatoriale convenzionato nell'ambito della parasubordinazione, pervenendo così ad escludere il rapporto di pubblico impiego pur in presenza di tipici elementi della subordinazione.

Così si è espresso di recente il Consiglio di Stato (C.d.S. sez. III 3876/12, e nello stesso senso cfr. anche C.d.S. sez. III, 30 novembre 2012, n. 6119; C.d.S. sez. III, 10 dicembre 2012, n. 6282) «Nel regime, privatistico, di convenzionamento tra USL e sanitari privati la presenza di alcuni tratti caratterizzanti propri del lavoro subordinato non è sufficiente a trasformare il rapporto convenzionale in rapporto di pubblico impiego, giacché,

in ragione della complessità del predeterminato assetto organizzativo del sistema sanitario, nella parasubordinazione è implicita la presenza di alcuni degli elementi che connotano il rapporto di lavoro subordinato, come l'inserimento funzionale nella organizzazione dell'ente, l'osservanza di vincoli di orario e la predeterminazione delle modalità di svolgimento delle prestazioni, trattandosi di elementi strettamente funzionali al detto assetto organizzativo; senza contare che, se il rapporto di collaborazione coordinata e continuativa si protrae per anni, è normale che i tratti distintivi rispetto al lavoro subordinato si attenuino, senza che ciò, di per sé, non consenta di negare ai rapporti in parola la natura non subordinata (cfr., tra le tante, Cons. St., sez. V, 25 maggio 2009, n. 3239; 23 marzo 2009, n. 1743; 9 dicembre 2002, n. 6722; 22 aprile 1996, n. 468 e 16 settembre 1994, n. 1522).

Come si è anticipato, anche accolta la qualificazione della parasubordinazione, essa non è risolutiva per affrontare ogni questione relativa allo status del 'Sumaista'.

Non è da ritenersi risolutiva soprattutto con riguardo ad un punto critico della figura professionale in questo contesto storico, vale a dire il regime dell'incompatibilità.

Va sottolineato che esso rappresenta un punto critico nell'attuale momento storico, perché accanto ai vincoli precedentemente richiamati, che, come detto, tendono ad avvicinare il medico specialista convenzionato alla figura del lavoratore subordinato (l'osservanza dell'orario di lavoro; la soggezione alla potestà disciplinare; il regime delle assenze della malattia e della gravidanza; il regime delle ferie e del congedo matrimoniale; il modo in cui è determinato e liquidato il compenso), non vi è, per contro, la corrispondente garanzia tipica del lavoro subordinato, ossia un numero di monte ore adeguato a conseguire una retribuzione sufficiente a garantire per se sola il sostentamento.

Infatti, la retribuzione è commisurata al numero di ore prestate in base alla convenzione, e nell'attuale momento storico molte convenzioni hanno per oggetto un numero molto basso di ore (anche solo cinque o sei a settimana).

È questo il contesto nel quale occorre calare in concreto il tema dell'incompatibilità la cui disciplina legislativa non è per così dire tarata sulla figura del medico qui esaminata ed in relazione all'attuale momento storico, ma è stata evidentemente pensata con riferimento ad una figura di medico al quale era comunque garantito (o perlomeno poteva scegliere) un regime di attività, per dirla in breve, a tempo pieno.

Su questa premessa ben si potrebbe sollecitare il legislatore ad una nuova disciplina del regime dell'incompatibilità specificamente pensata per adattarla a quanto emerge dalla realtà più recente.

Sarebbe come minimo utile pensare ad una differenziazione del regime di incompatibilità in relazione al numero di ore previste dalla singola convenzione.

Andrebbe in generale ripensata la presunzione di conflitto di interessi, da cui deriva incompatibilità, relativo alle strutture accreditate col SSN.

Più specificamente, una volta inserite nei CUP (centro unico di prenotazione) esse non possono essere considerate concorrenti, ma sono a tutti gli effetti parti dello stesso sistema.

Ed ancor più in generale l'incompatibilità potrebbe trovare una regolamentazione più adeguata alle diverse situazioni concrete, non già prefissando una disciplina valevole in ogni tempo ed in ogni luogo, visto che il legislatore non può tenere il passo dei veloci cambiamenti della realtà (anche la situazione attuale potrà cambiare), ma conferendo una maggiore necessaria elasticità alla contrattazione collettiva, anche regionale.

Quest'ultima poi dovrebbe essere indirizzata a pretendere una specifica motivazione da precisare di volta in volta che identifichi con riguardo ad ogni singolo caso concreto l'emergere dell'incompatibilità, senza prevedere presunzioni di carattere generale, che, come si nota, precostituiscono schemi sfasati rispetto alla realtà.

De jure condendo vi possono dunque essere ampi margini per incidere su questa figura professionale senza peraltro alterarne i connotati più tipici.

De jure condito, cioè sulla base della legislazione vigente, vi sono ovviamente maggiori limiti. Occorre tener presente che non è facile incidere sullo status attraverso la modifica delle norme contenute negli accordi collettivi perché, per molti aspetti, è limitato l'ambito di autonomia contrattuale.

In breve il rapporto tra medico e Servizio Sanitario Nazionale risulta determinato in molti dei suoi tratti fondamentali dalla legge, residuando agli accordi collettivi una funzione attuativa ed in altri una funzione integrativa.

Ciò nondimeno è possibile porre attenzione a due profili: da un lato alla possibilità di un'interpretazione evolutiva della legislazione, tenendo presente che, come detto, nella realtà attuale le singole convenzioni tendono ad allontanarsi dallo schema tipico del tempo pieno.

In questa prospettiva la contrattazione collettiva è abilitata a dare una lettura delle disposizioni sull'incompatibilità tale da distinguere le ipotesi di incompatibilità dovuta al rischio di conflitti di interessi, che occorre tener comunque ferme, e le ipotesi di incompatibilità dovute all'esigenza di assicurare la totale disponibilità del medico a favore dell'ente con il quale è convenzionato, che invece trovano giustificazione solo nelle ipotesi di tempo pieno. Dall'altro può essere utile precisare in maniera più compiuta in sede contrattuale la portata dell'incompatibilità, per limitare la discrezionalità interpretativa delle singole disposizioni, perché vi è sempre il rischio, in caso di diverse possibili interpretazioni, che, alla fine, la norma sia elaborata da chi detiene maggior potere contrattuale.

Per scendere nel merito dell'incompatibilità, il comma 7 dell'art. 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412 stabilisce innanzitutto che «con il Servizio Sanitario Nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro» e poi distingue quattro ipotesi:

- 1) l'incompatibilità con ogni altro rapporto di lavoro dipendente (non rileva se trattasi di rapporto di lavoro pubblico o privato);
- 2) l'incompatibilità con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 3) l'incompatibilità con l'esercizio di attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale;
- 4) l'incompatibilità con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con il SSN.

Occorre innanzitutto verificare se detta disposizione contenuta nella prima parte del comma 7, che non è rivolta specificamente al Sumaista, possa valere ed in che misura anche nei confronti di quest'ultimo.

A tal fine occorre considerare quanto previsto nello stesso comma 7 dell'art. 4 l. 412/91 all'ultima parte.

Quest'ultima disposizione stabilisce che «in sede di definizione degli accordi convenzionali di cui all'art. 48, l. 23 dicembre 1978, n. 833 è definito il campo di applicazione del principio di unicità del rapporto di lavoro a valere tra i diversi accordi convenzionali».

L'art. 48 della l. 833/1978 al quale appunto rinvia la l. 412/91 stabilisce al comma 4 che «gli accordi collettivi nazionali devono prevedere la disciplina delle incompatibilità e delle limitazioni del rapporto convenzionale rispetto ad altre attività mediche, al fine di favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni» (comma 3, punto 4 e punto 6).

Che differenza c'è dunque tra la prima e l'ultima parte del comma 7 dell'art. 4 l. 412/91?

Come si può notare, la disciplina prevista nell'ultima parte lascia un margine di autonomia notevolmente superiore agli accordi collettivi, perché si limita a stabilire il fine dell'incompatibilità e delle limitazioni «per favorire la migliore distribuzione del lavoro medico e la qualificazione delle prestazioni», mentre demanda all'autonomia contrattuale la funzione di stabilire casi e modalità, che invece nella prima parte dell'art. 4 comma 7 l. 412/91 sono puntualmente determinati. Questo sul piano formale. Sul piano sostanziale si tratta di verificare se le ipotesi di incompatibilità indicate nella prima parte del comma 7 dell'art. 4 l. 412/91 rappresentano le sole modalità possibili o vi possano essere modalità alternative per dare attuazione al principio dell'unicità del rapporto di lavoro che la legge pone come principio cardine della disciplina.

Nel primo caso le ipotesi indicate nella prima parte del comma 7 dovrebbero giocoforza refluire negli accordi collettivi annullando così sul piano sostanziale la portata della differenza formale tra prima e ultima parte del più volte citato comma 7.

Va detto che, dalla lettura degli accordi collettivi, emerge un sostanziale adeguamento ai casi di incompatibilità specificati nell'art. 4, comma 7 della

l. 412/91. È per questa ragione, probabilmente, che non risultano esservi pronunce giurisprudenziali in ordine a percorsi alternativi diretti a dare attuazione al suddetto principio.

In buona sostanza, poiché gli accordi collettivi non hanno attuato il principio di unicità in modo alternativo rispetto a quanto indicato nella prima parte dell'art. 4, comma 7 della l. 412/91, non si riscontrano casi in cui fosse richiesto al giudice di verificare se disposizioni diverse rispetto a quelle stabilite dallo stesso art. 4 fossero legittime perché comunque attuative del principio di unicità.

Si può però rilevare che questa sostanziale sovrapposizione tra le disposizioni contenute nell'art. 4, comma 7 della l. 412/91 e le disposizioni contenute negli accordi collettivi comporta una sorta di sovrapposizione tra il concetto di unicità del rapporto di lavoro con il concetto di esclusività.

Mentre si può da subito sottolineare che la differenza tra unicità ed esclusività trova riscontro non solo nell'ordine nozionale e concettuale comune, ma è identificabile nelle stesse disposizioni di legge.

Nella prospettiva di distinguere giuridicamente l'unicità dall'esclusività merita di essere sottolineata la disposizione contenuta sempre nel comma 7 dell'art. 4 l. 412/91 secondo la quale «l'esercizio dell'attività libero-professionale dei medici dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale è compatibile col rapporto unico di impiego, purché espletato fuori dell'orario di lavoro all'interno delle strutture sanitarie o all'esterno delle stesse, con esclusione di strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale».

Invero se unicità significasse esclusività, l'attività libero-professionale non sarebbe compatibile.

Come anche già anticipato, la strada maestra per addivenire ad una regolazione diversa dei casi nei quali lo specialista è convenzionato per un numero di ore diverse dal monte ore massimo sarebbe quella di un intervento legislativo.

Si vuole tuttavia ugualmente tentare di immaginare un percorso interpretativo sulla base delle disposizioni vigenti a partire dalla constatazione che ci troviamo di fronte a due fattispecie molto differenti sotto il profilo sostanziale pur nell'identità del profilo formale: il medico convenzionato che raggiunge il limite massimo delle ore si trova in una situazione molto più vicina a quella del medico dipendente che non a quella del medico convenzionato che, per esempio, non raggiunge il tetto delle 10 ore, il quale, come detto si avvicina invece alla figura del medico libero-professionale non regolato da convenzione.

Orbene, non vi sono dubbi sul fatto che va salvaguardato il principio di evitare ipotesi di conflitto di interessi come quelle indicate ai punti c) (esercizio di attività che possono configurare conflitto di interessi con il Servizio Sanitario Nazionale) e d) (titolarità o compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con il SSN).

Diverso però è il caso relativo all'incompatibilità con ogni rapporto di lavoro dipendente pubblico o privato.

Questa regola non è espressione del principio di unicità, bensì è espressione di esclusività.

Occorre tuttavia osservare che la reale portata della disposizione può, nei fatti, non essere così assolutamente preclusiva come risulta dalla formulazione letterale.

Innanzitutto lo stesso accordo collettivo ne delimita il campo di applicazione (cfr. art. 15 lett. a) dell'accordo collettivo nazionale 2006/09) ai casi in cui il lavoro subordinato preveda il divieto di libero esercizio professionale.

Quindi non vi sarà incompatibilità se il rapporto di lavoro subordinato concretamente svolto consenta il libero esercizio professionale.

Vi sono peraltro da considerare alcune perplessità sul modo in cui è formulata la disposizione contrattuale.

Innanzitutto essa rinvia a disposizioni relative ad un altro rapporto estendendo l'efficacia di quel contratto oltre le parti del contratto stesso con inevitabili problemi interpretativi.

Per altro verso la qualificazione di un lavoro come lavoro subordinato, per quanto riguarda l'attività del medico, come si ricordava fin dall'inizio, appare molto difficile al di fuori dei casi del medico ospedaliero.

Si pensi ai medici che svolgono la propria attività presso case di cura private.

Non è infrequente che ricorrano molti degli indici della subordinazione, ma da ciò consegue non già la qualifica di lavoro subordinato, bensì di lavoratore parasubordinato.

In conclusione la citata disposizione (art. 15, lett. a) dell'accordo collettivo più che un limite rischia di rappresentare un elemento di confusione, o meglio, un limite ben poco chiaro e fonte di possibili conflitti e disparità di trattamento.

Nell'accordo collettivo, l'ipotesi appena esemplificata appare riconducibile nella lettera d) dell'art. 15 che stabilisce l'incompatibilità qualora l'ente o la struttura sanitaria pubblica o privata presso la quale il medico svolge la propria attività non adotti le stesse clausole economiche e normative dell'accordo collettivo, sollevando però dubbi sulla reale finalità dell'incompatibilità.

Anche l'incompatibilità con altri rapporti, anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale potrebbe essere declinata con la dose di elasticità necessaria quantomeno in tutti i casi in cui il numero di ore non sia pari al tetto massimo.

Per riassumere e concludere anche con una proposta di modifica si deve innanzitutto confermare che la via maestra è costituita da un intervento del legislatore.

In particolare per quanto attiene alla possibilità di derogare a livello regionale alle disposizioni contrattuali nazionali sul tema dell'incompati-

bilità, ciò è possibile solo modificando l'art. 48 della l. 833/78 che opera un rinvio espresso agli accordi collettivi nazionali.

Per quanto riguarda il rapporto tra norme contrattuali e disposizioni di legge si può in sede interpretativa allargare le maglie di queste ultime adeguando di conseguenza alle attuali circostanze reali l'accordo collettivo nazionale pur rispettando il limite dell'unicità del rapporto di lavoro ed il divieto di conflitto di interessi.

Senza qui procedere ad un integrale riformulazione dell'art. 15 dell'accordo collettivo nazionale si potrebbe partire da queste modifiche.

Il comma 2 potrebbe essere riformulato prevedendo che l'incompatibilità di incarichi a tempo indeterminato con incarichi a tempo determinato sia tale solo per le ore che superano il tetto massimo.

Le lettere *e*) e *i*) del comma 1 potrebbero essere riformulate prevedendo in via generale la sottoposizione ad autorizzazione per operare nelle case di cura convenzionate o accreditate con il SSN, con la specificazione che l'eventuale diniego di autorizzazione deve essere specificamente motivato in relazione all'accertata esistenza di un conflitto di interessi.

In buona sostanza, e questa potrebbe essere la prospettiva generale con la quale affrontare la revisione dell'art. 15, potrebbe essere opportuno in tema di incompatibilità impostare le norme presumendo in via generale l'inesistenza dell'incompatibilità che dunque dovrà essere accertata a cura dell'azienda di volta in volta dandone adeguata motivazione.

Un'ultima questione riguarda il regime fiscale dell'attività del medico specialista convenzionato. Non risultano in proposito esservi disposizioni particolari per questo genere di attività. In altre parole il medico dovrà adottare il regime fiscale consono alle modalità di svolgimento della propria attività secondo le regole generali.

Il problema può porsi in relazione alla retribuzione degli SAI a tempo determinato per i quali in alcune regioni viene richiesta l'apertura di partita IVA. Occorre pertanto riferirsi all'art. 5 del TU IVA in base al quale l'esercizio abituale dell'attività professionale o autonoma ricade in regime IVA, rimanendo quindi escluse, in base alla stessa definizione, le prestazioni occasionali, nonché in base al comma 2 le prestazioni di servizi inerenti a rapporti di collaborazione coordinata e continuativa.

I redditi derivanti da questo tipo di rapporti sono assimilati a quelli da lavoro dipendente e quindi le collaborazioni coordinate e continuative sono escluse dal regime IVA.

Il rapporto tra azienda e SAI a tempo determinato, e ciò indipendentemente dal numero di ore di incarico settimanali, può senz'altro essere inquadrato in questo tipo contrattuale, tuttavia il modo migliore per garantire che sia sempre questa la forma adottata o che sia rimessa al medico e non all'amministrazione tale scelta, è che ciò sia previsto da una specifica disposizione in sede di accordo collettivo.

Bibliografia

- Aicardi, N. (2003). *La sanità*. In: Cassese, S. (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*. Milano: Giuffrè, p. 630.
- Antoniazzi, S. (2011). «Governance territoriale e nuovi modelli di organizzazione sanitaria». In: Bilancia, P. (a cura di), *Modelli innovativi di governance territoriale*. Milano: Giuffrè, p. 298.
- Balduzzi, R. (a cura di) (2004). *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*. Milano: Giuffrè.
- Balduzzi, R. (a cura di) (2009). *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*. Bologna: Il Mulino.
- Balduzzi, R.; Di Gaspere, G. (a cura di) (2001). *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 299/1999*. Milano: Giuffrè.
- Balduzzi, R.; Di Gaspere, G. (a cura di) (2002). *Sanità e assistenza dopo la riforma del titolo V*. Milano: Giuffrè.
- Conticelli, M. (2012). *Privato e pubblico nel servizio sanitario*. Milano: Giuffrè.
- De Vincenti, C.; Finocchi Ghersi, R.; Tardiola, A. (a cura di) (2012). *La sanità in Italia: Organizzazione, governo, regolazione, mercato*. Bologna: Il Mulino.
- Fares, G. (2013). *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*. Napoli: Editoriale scientifica.
- Ferrari, E. (1996). «Servizio sanitario nazionale (organizzazione)». In: *Digesto delle discipline privatistiche (sez. commerciale)*, 13, Torino.
- Pioggia, A. (2014). *Diritto sanitario e dei servizi sociali*. Torino: G. Giappichelli Editore.
- Pioggia, A.; Civitarese Matteucci, S.; Racca, G.M.; Dugato, M. (a cura di) (2011), *I servizi sanitari: Organizzazione, riforme e sostenibilità: Una prospettiva comparata*. Rimini: Maggioli.
- Pioggia, A.; Dugato, M.; Racca, G.; Civitarese Matteucci, S. (a cura di) (2007), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario: Un primo bilancio*. Roma: FrancoAngeli.
- Taroni, F. (2011). *Politiche sanitarie in Italia*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Conclusioni

Alcune piste di lavoro per lo sviluppo della riflessione sul ruolo dello specialista ambulatoriale territoriale nel nuovo sistema sanitario locale

Giovanni Bertin, Maristella Zantedeschi

L'analisi della panoramica europea ha evidenziato un processo di cambiamento in atto che ha ancora un carattere sperimentale, sospeso fra il decentramento nel territorio dell'azione dell'ospedale e la creazione di un polo originale e indipendente dalle dinamiche ospedaliere. Quest'ultima strada sembra quella più interessante e in grado di evitare che il territorio costituisca un secondo livello (anche come importanza) che cresce e si consolida in dipendenza dalle scelte del livello centrale. Probabilmente la strada è quella di enfatizzare le specificità e le aree di autonomia sulle quali costruire i processi di integrazione e coordinamento.

Anche in Italia, il dibattito e le esperienze di riforma in atto sul tema della primary care, spinte anche dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute», evocano un cambiamento di paradigma, attorno al quale si stanno ridefinendo i processi di cura e di conseguenza le dinamiche fra gli attori coinvolti, investendo in maniera particolare le relazioni medico-paziente, quelle fra i diversi professionisti ed infine quelle con i diversi attori della comunità. La portata innovativa di questo cambiamento si rifletterà in cambiamenti nei processi di lavoro (innovazione di processo) e potrà essere supportata e amplificata nella sua capacità di produrre dei risultati dalle nuove tecnologie (innovazione tecnologica).

Con riferimento alla relazione medico-paziente, l'innovazione si giocherà principalmente sulla capacità di garantire adeguatamente il coinvolgimento del paziente nel percorso di cura che lo riguarda. Si tratterà di lavorare su entrambi i fronti, da un lato per ridurre l'asimmetria informativa che spesso caratterizza questa relazione attraverso lo sviluppo di un processo di empowerment dei pazienti (sottraendoli nel contempo alle minacce della medicina 'fai da te', i cui impatti sono difficilmente controllabili nell'era del web 2.0); dall'altro ri-focalizzando l'attenzione del medico non solo sul dato clinico ma in una visione olistica della persona nella sua interezza, prestando attenzione alla dimensione biologica, psicologica e sociale del paziente al fine di costruire un rapporto di alleanza terapeutica basato sulla condivisione degli obiettivi da perseguire.

Coordinamento e integrazione professionale sono, invece, le parole chia-

ve per l'innovazione nella relazione fra i diversi professionisti sanitari e fra le diverse professioni sanitarie. Lo spostamento del focus dall'ospedale al territorio, richiede, infatti, un cambiamento culturale non indifferente (passare da una logica di separazione ad una logica di integrazione, che non mira ad annullare le identità specifiche ma a valorizzare le differenti competenze all'interno di un processo condiviso) che inevitabilmente richiede la revisione dei processi organizzativi che guidano il percorso di cura, nei quali dovrà assumere maggiore centralità lo sviluppo del lavoro in team all'interno di quelle unità di erogazione che la legge 8 novembre 2012, n. 189 identifica come forme organizzative mono e multi-professionali. In questo scenario le malattie croniche si candidano ad essere un terreno elettivo di confronto – in ragione della loro prevalenza nella popolazione, della loro vocazione territoriale, del carattere di continuità nel tempo – su cui sviluppare un'attività di formalizzazione dei processi assistenziali (linee-guida e PDTA), promuovere la condivisione delle infrastrutture informatiche che permettono di mettere in rete tutti gli attori del sistema socio-sanitario, individuare indicatori di processo e di esito che permettano la misurazione e la verifica delle performance, la qualità dell'assistenza, gli esiti di salute.

La centralità della dimensione territoriale nei nuovi scenari di sviluppo dei sistemi sanitari apre anche la riflessione su un aspetto finora ritenuto più marginale, relativo al rapporto con la comunità. Nei nuovi modelli il medico non dovrebbe più avere un approccio esclusivamente di tipo reattivo, ma si dovrebbe assistere ad un potenziamento del suo essere parte attiva nel processo di promozione della salute della comunità. Medicina di iniziativa, screening, interventi di promozione sugli stili di vita sono solo alcuni degli esempi in cui può tradursi tale azione, che non va pensata esclusivamente per la popolazione sana ma anche per quanti sono già in carico al SSN, in un processo di integrazione con gli altri attori della comunità locale.

Questo scenario tendenziale qui sommariamente accennato non sarà, per altro, indolore e gli stessi dati emersi dall'indagine sugli associati SUMAI evidenziano le difficoltà di un processo di cambiamento di tale portata.

L'indagine rivolta agli Specialisti Ambulatoriali Interni ha permesso di mettere a fuoco l'immagine identitaria e le principali caratteristiche degli SAI iscritti a SUMAI, consentendo di leggerne la situazione attuale – sospesa tra la dipendenza e la libera professione – e di delinearne le prospettive di medio-breve termine.

La distribuzione per età degli SAI iscritti al SUMAI è fortemente asimmetrica: il 54% di loro, infatti, ha più di 55 anni e il fattore anagrafico è quello che maggiormente concorre a determinare le differenze riscontrate nell'indagine unitamente all'eterogeneità della distribuzione territoriale. La quasi totalità dei rispondenti (93%) lavora presso un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera e l'89,5% ha un contratto a tempo indeterminato. Gli Specialisti Ambulatoriali Interni più giovani (under 40), però, presentano

una situazione di maggiore precarietà lavorativa (i contratti a tempo determinato sono il 42% contro il 5% degli over 55), spesso con occupazioni 'improprie' rispetto alla figura (in reparti ospedalieri), con un maggiore utilizzo anche nei giorni festivi e nelle ore notturne (oltre il 40% contro il 5% degli over 55). Si tratta di un insieme di elementi di disagio che in parte determinano il loro minor grado di esercizio della libera professione (meno del 50%) rispetto alla generalità degli SAI (oltre il 60%) e che possono contribuire a spiegare anche il maggiore orientamento degli SAI più giovani verso il lavoro alle dipendenze (50% contro il 30% complessivo). La stragrande maggioranza degli SAI ultra 65enni (76%) e una buona parte degli ultra 60enni (36%) intende, invece, andare in pensione nei prossimi cinque anni.

Anche in ragione degli elementi sopra ricordati, se da un lato si può quindi affermare che gli SAI appaiono motivati e soddisfatti rispetto alla propria scelta professionale (i giudizi negativi sono inferiori al 10%), dall'altro è evidente anche un vissuto di insoddisfazione nei confronti del sistema sanitario che sembra non valorizzare appieno le caratteristiche e le potenzialità degli SAI (come afferma oltre il 40% dei rispondenti). Tale vissuto sembra influenzare anche il rapporto con gli altri attori dell'assistenza sanitaria (MMG, PLS, infermieri, tecnici, ecc.) e può contribuire a spiegare la difformità di valutazioni fra quanto dichiarato e quanto vissuto dagli SAI nel rapporto con le altre figure impiegate nell'assistenza sanitaria prefigurando un certo grado di separatezza fra i due mondi dell'assistenza primaria e quella specialistica a fronte di una manifestata volontà di integrazione.

A questo proposito, le Aggregazioni Funzionali Territoriali Specialistiche e le Unità Complesse di Cure Primarie sono esperienze ritenute positive e vantaggiose da oltre il 90% dei rispondenti sia per il paziente (soprattutto perché garantiscono una maggiore continuità delle cure) che per il professionista sanitario (per le maggiori opportunità di confronto con altri medici e professioni sanitarie), ma risultano ancora poco diffuse (appena il 5% degli SAI dichiara di farne parte), probabilmente anche in ragione di una disciplina regionale che ha cominciato solo recentemente a mettere mano con decisione alla riorganizzazione dell'assistenza primaria e specialistica anche in ottemperanza alle previsioni della legge 8 novembre 2012, n. 189 (cd. 'decreto Balduzzi'). Gran parte dei professionisti intervistati è, infine, disponibile a viverci come corresponsabile dei processi di presa in carico dei pazienti e della promozione della salute dei cittadini: appena il 15% si vede prevalentemente come un semplice erogatore di prestazioni.

Forse più delle altre figure professionali del sistema sanitario, lo SAI si trova ad occupare una posizione intermedia che presenta alcune caratteristiche della cultura ospedaliera e altre più orientate al territorio, che, unite, possono diventare dei fondamentali elementi di opportunità per vivere da protagonisti i processi di cambiamento. Da una parte, infatti, ha una formazione centrata sulla dimensione specialistica (che ne costituisce

un fattore costitutivo della propria identità), mentre dall'altra la sua collocazione ambulatoriale richiama l'attenzione alla gestione degli interventi di natura non strettamente (o esclusivamente) acuta. La gestione delle situazioni sanitarie che richiedono competenze specialistiche e si caratterizzano per la loro natura di cronicità sembrano costituire il target principale per gli interventi dei medici SAI. Un ulteriore elemento che definisce l'attuale posizione dei medici specialisti ambulatoriali riguarda i processi di integrazione con le altre professioni che, attualmente, si sviluppano sia nella direzione dell'ambiente ospedaliero, sia in quella delle altre figure territoriali. Questa condizione ibrida (tra ospedale e territorio) assume forme e caratteristiche diverse nei singoli territori e in relazione alle diverse branche specialistiche. Questa frammentazione dei profili concretamente assunti nei territori rende più difficoltosa la chiara definizione del ruolo oggi svolto nel sistema ma, d'altra parte, costituisce anche una potenzialità. Nelle reti, infatti, i soggetti che sono in grado di stabilire connessioni si trovano ad avere ruoli strategici rilevanti perché diventano il punto di passaggio delle informazioni innovative.

La tendenza del sistema sanitario a spostare il proprio baricentro verso la dimensione territoriale può quindi costituire per gli SAI un'importante occasione di ridefinizione della propria identità professionale e un'opportunità irrinunciabile di riposizionamento nel sistema. In questa direzione sarà importante riuscire a ripensare:

- alla collocazione dei medici SAI nella nuova articolazione dei servizi sanitari, anche sperimentando la ri-definizione del ruolo nella rete dei servizi territoriali in base alla specificità delle diverse branche in una logica di polarizzazione piuttosto che di capillarità nel territorio;
- al rapporto fra la cultura specialistica e la necessità di un approccio euristico, posizionandosi nel processo di cura che richiede l'integrazione fra queste due diverse prospettive;
- alla ri-definizione dello spazio di intervento che sta fra la logica della libera professione e quella dei sistemi complessi che oggi caratterizzano le culture organizzative del territorio;
- ai processi e ai percorsi di cura, riflettendo sul proprio ruolo nella gestione della cronicità;
- alla necessità di integrazione multidisciplinare in relazione al sapere medico, ma anche a quello delle altre discipline che affrontano la complessità dei processi multi-causali che influenzano l'evoluzione delle condizioni di cronicità;
- alla necessità di ridefinire il proprio ruolo anche all'interno di un sistema integrato di politiche nelle quali lo SAI è un attore sociale che può contribuire all'interpretazione delle problematiche che influenzano il benessere di un territorio e che possono contribuire a definire lo sviluppo delle politiche socio-sanitarie.

Un'ultima annotazione è relativa alla determinazione del fabbisogno di ore di attività di Medicina Specialistica Ambulatoriale Convenzionata Interna. Nel rimandare alla consultazione della bibliografia, per una trattazione più ampia e dettagliata dell'argomento, si rileva in questa sede l'assoluta necessità di procedere ad un'azione di aggiornamento del fabbisogno di ore di attività medico-specialistica ambulatoriale, che, valorizzando le potenzialità degli attuali sistemi informativi, tenga conto dei cambiamenti intervenuti sia sul lato della domanda che dell'offerta di salute e di come i nuovi modelli organizzativi che si vanno definendo possono incidere sul coefficiente di domanda medica.

Questi spunti di riflessione richiedono di essere ulteriormente approfonditi sia all'interno del SUMAI sia nel dialogo con le Istituzioni e le altre organizzazioni, anche alla luce del coinvolgimento dei medici SAI negli attuali processi di trasformazione presenti nelle regioni italiane. Queste riflessioni possono portare a svolgere un ruolo attivo nella progettazione del nuovo sistema sanitario territoriale e allo sviluppo di sperimentazioni concrete attraverso le quali mettere a punto identità e processi organizzativi capaci di valorizzare questa figura professionale all'interno degli scenari evolutivi dei sistemi sanitari, che si stanno manifestando in tutti i paesi europei.



Università
Ca'Foscari
Venezia

