

# 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"><li>• Realizzare le attività specialistiche di supporto e di consulenza richieste dall'azienda per i propri fini istituzionali;</li><li>• Assicurare il consulto con il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta, nonché il consulto specialistico interdisciplinare;</li><li>• 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;</li><li>• 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.</li></ul>
3	Assicurare il consulto con i professionisti ospedalieri <ul style="list-style-type: none"><li>• Disponibilità al consulto interdisciplinare su pazienti multiproblematici al fine di abbreviare l'iter diagnostico per una risposta sanitaria e sociale appropriata.</li></ul>
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"><li>• Elaborazione, in caso di diagnosi più complesse, di percorsi diagnostici integrati a livello poliambulatoriale ed in concorso con altri Specialisti intra-ospedalieri;</li><li>• Individuare percorsi preferenziali clinico-assistenziali per pazienti multiproblematici assicurando nello stesso accesso al poliambulatorio la consulenza plurispecialistica.</li></ul>
6	Partecipare all'attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici <ul style="list-style-type: none"><li>• Aderire a percorsi clinico-assistenziali;</li><li>• Corresponsabilizzazione economica-organizzativa con gli altri attori del sistema sanitario pubblico nella gestione dell'assistito.</li></ul>
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.

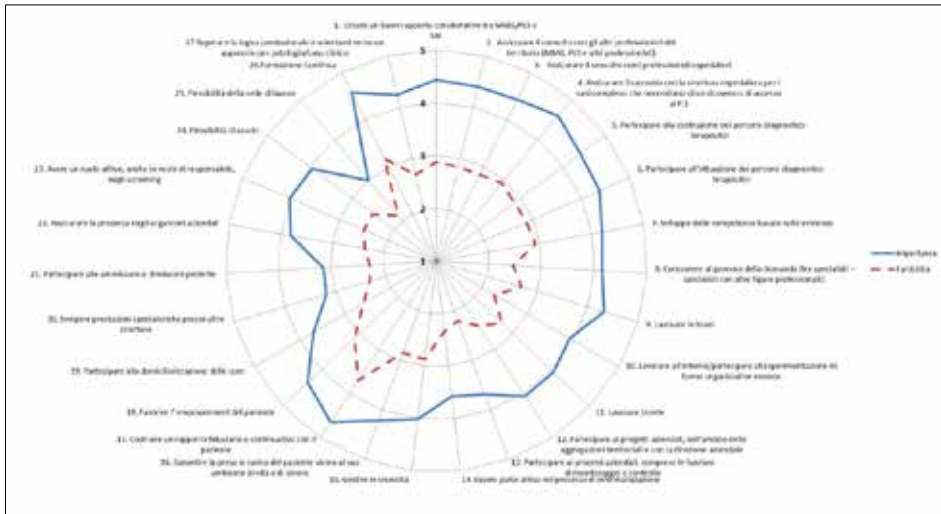
Il fattore di identità che ha avuto il punteggio più alto per l'importanza è «Costruire un rapporto fiduciario e continuativo con il paziente» che ha una media dei giudizi corrispondente a 4,7 (dev. std. = 0,8), seguito da «Assicurare il raccordo con la struttura ospedaliera per i casi complessi che 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

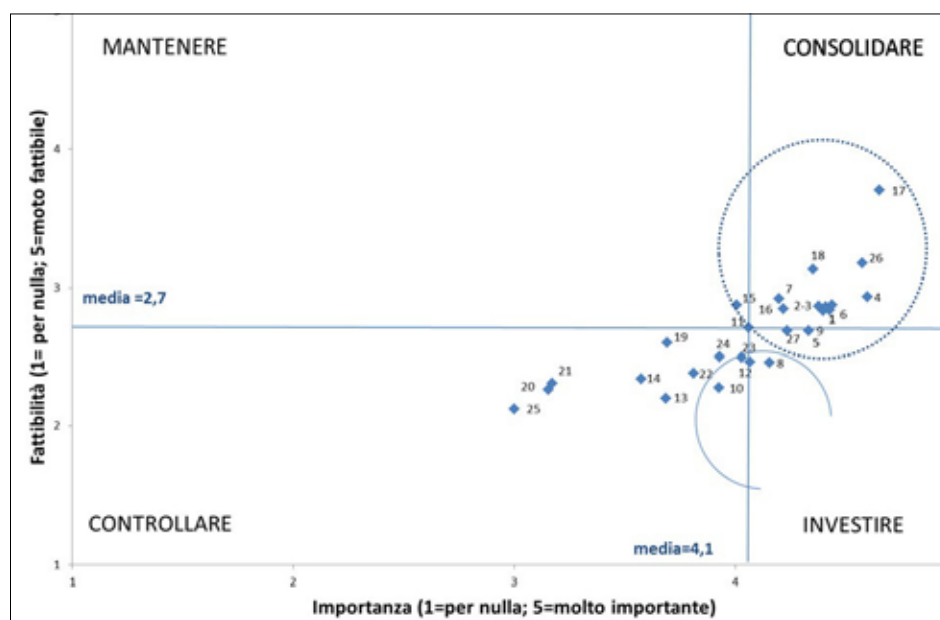


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

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,<sup>1</sup> il numero complessivo di medici specialisti ambulatoriali a fine 2012 era pari a 17.782 unità:<sup>2</sup> 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

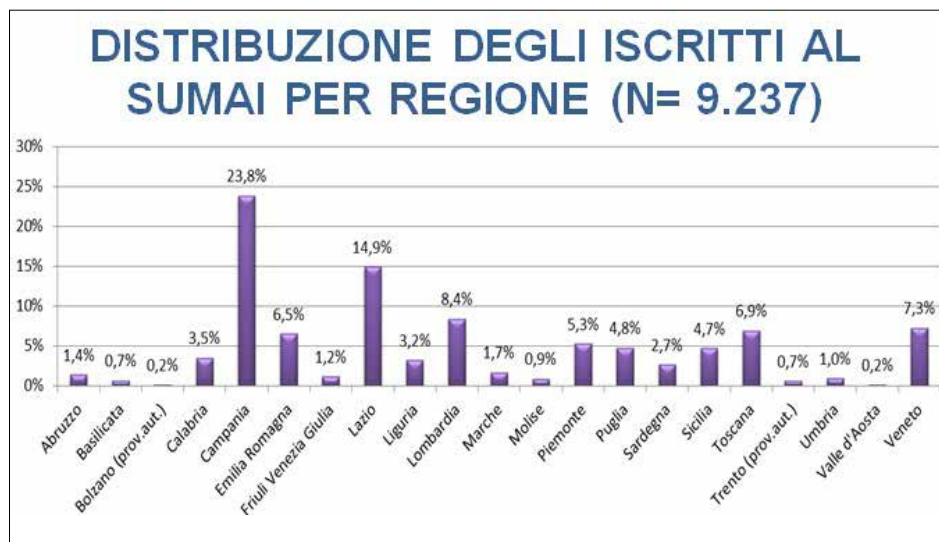
1 Aggiornati al 31-12-2012 sulla base dell'incrocio con i dati ENPAM.

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.);<sup>3</sup>
- 3) effettuare l'indagine in tutte le regioni italiane;
- 4) coinvolgere tutte le branche specialistiche.

<sup>3</sup> 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'indagine<sup>4</sup>: 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:

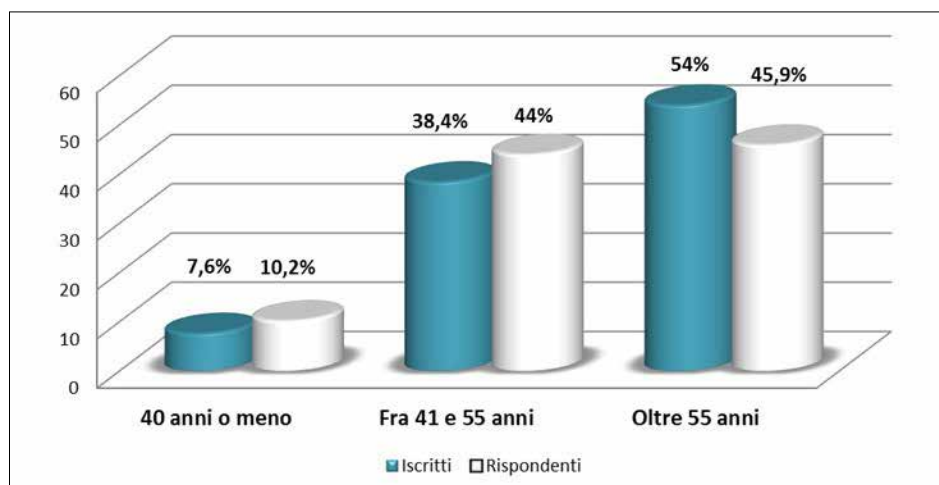
- l'età;
- la branca specialistica di appartenenza;
- la regione di appartenenza.

---

<sup>4</sup> 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 SAI<sup>5</sup>).

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,<sup>6</sup> 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

<b>Regioni</b>	<b>Classificazione dei Sistemi Sanitari</b>	<b>Iscritti</b>	<b>Rispondenti</b>
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

	<b>Maschi</b>	<b>Femmine</b>
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

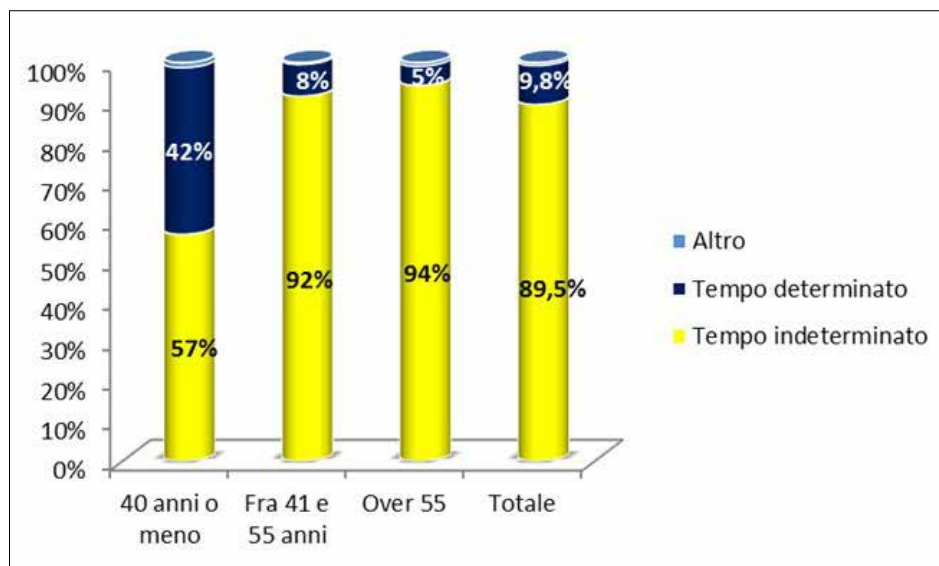
Il confronto con i dati ENPAM conferma la rappresentatività del campione di rispondenti anche rispetto al soggetto con il quale gli SAI sono contrattualizzati: la quasi totalità degli intervistati (92,7%) lavora esclusivamente per una (o più) Azienda Sanitaria/Ospedaliera (94,4% secondo i dati ENPAM), 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)

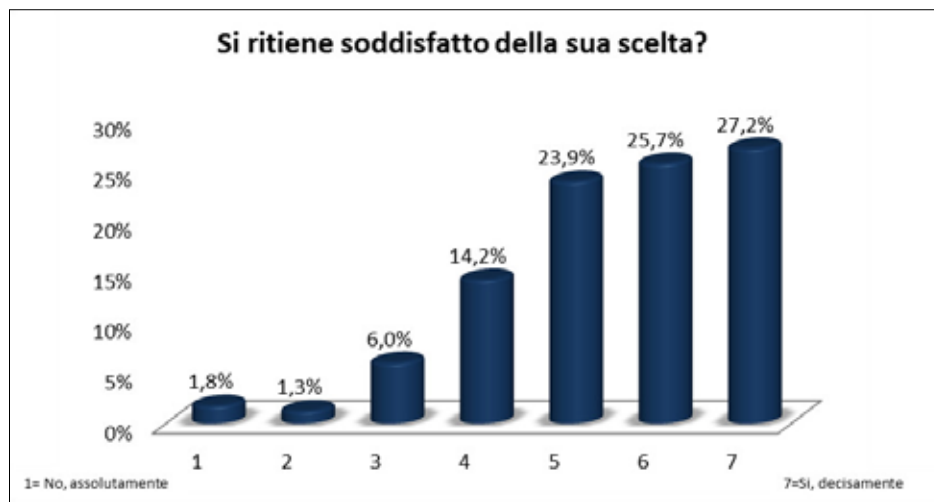


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

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.<sup>7</sup> 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-

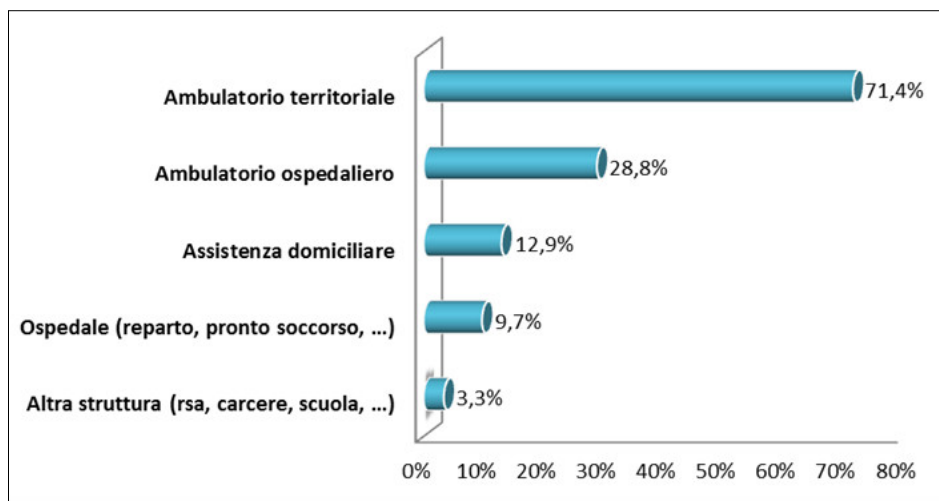
<sup>7</sup> Rispetto a questo dato è da tenere in considerazione l'effetto delle diverse organizzazioni regionali (ad esempio, in Veneto ci sono 21 Aziende Sanitarie e 2 Aziende Ospedaliere; mentre nelle Marche c'è un'unica Azienda Sanitaria a livello regionale)

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.

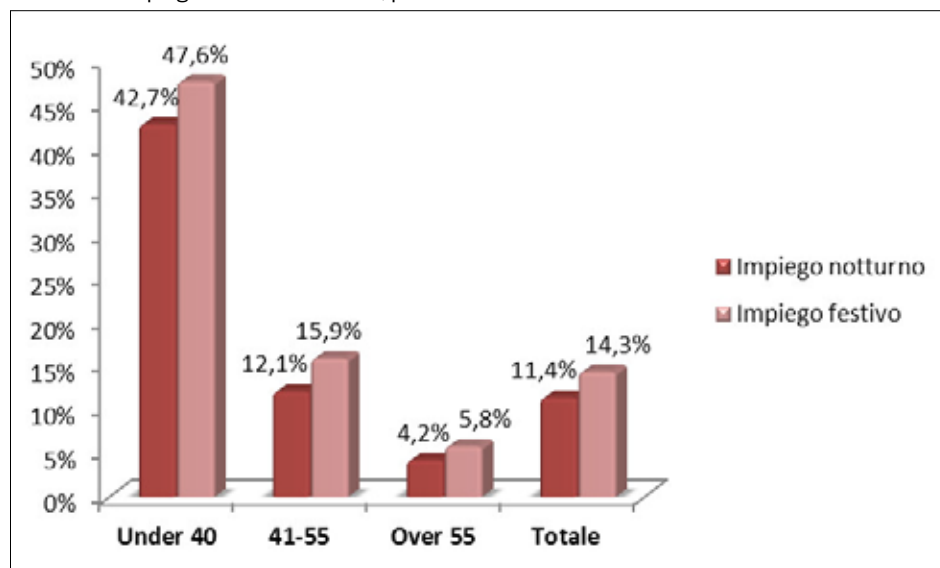
Grafico 9. Sede lavorativa (era possibile indicare più di una risposta)



Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

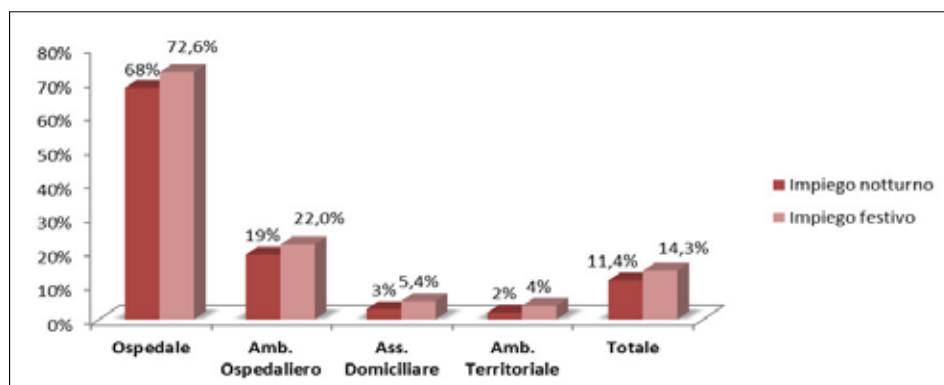
La percentuale di SAI che sono impiegati anche durante le ore notturne (possibilità contemplata dall'Accordo Collettivo Nazionale 2006-2009) è pari all'11,4%; mentre la percentuale di chi lavora nei giorni festivi è del 14,3% (graf. 10). Anche in questo caso la variabile età gioca un ruolo determinante: 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

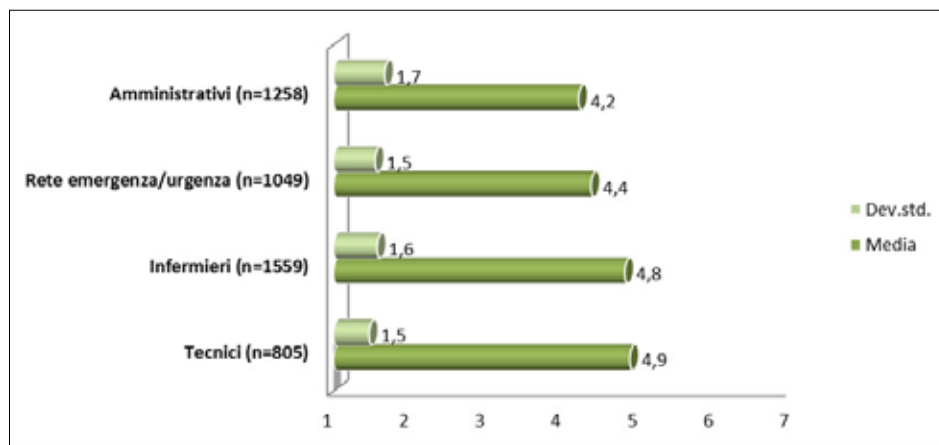


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

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 urgenza<sup>8</sup> 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.

<sup>8</sup> 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.

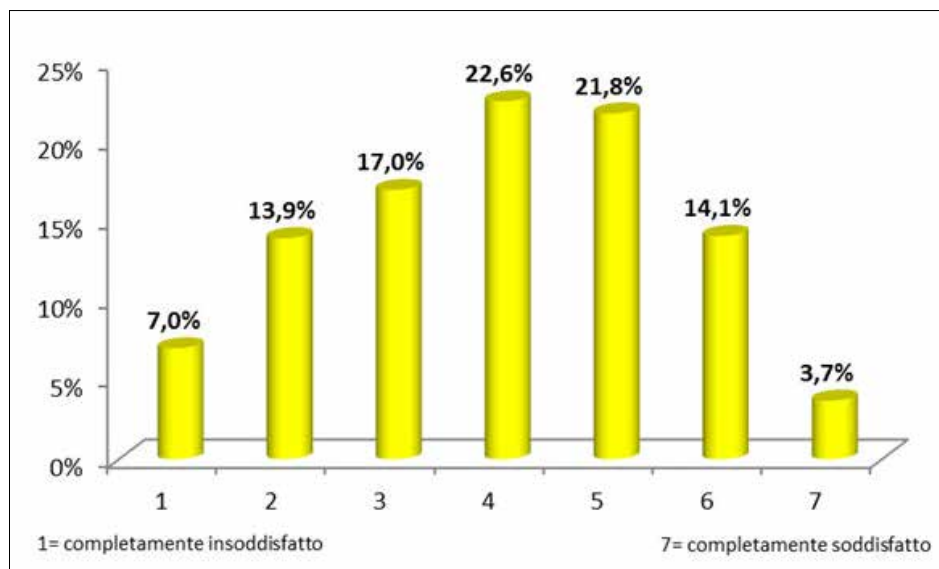
Grafico 12. Livello di soddisfazione per il rapporto con le altre figure sanitarie (solo per chi ha un contratto con un'Azienda Sanitaria/Ospedaliera)



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).

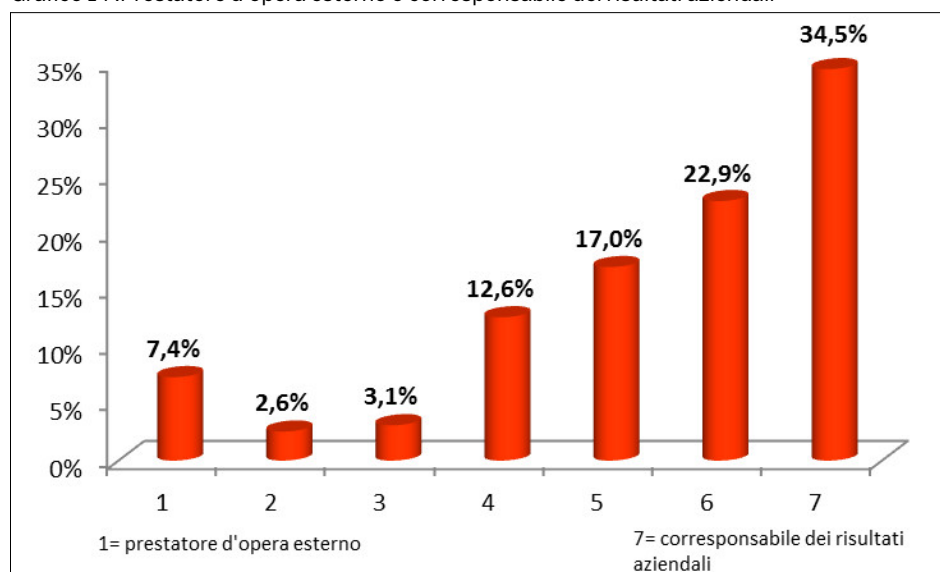
Anche coloro che lavorano in un reparto ospedaliero hanno valutato la loro soddisfazione con punteggi mediamente più bassi dei loro colleghi, con una media pari a 3,57 (dev. std. = 1,62), un dato che non stupisce in relazione a quanto visto sopra, ovvero la maggiore precarietà contrattuale degli SAI 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

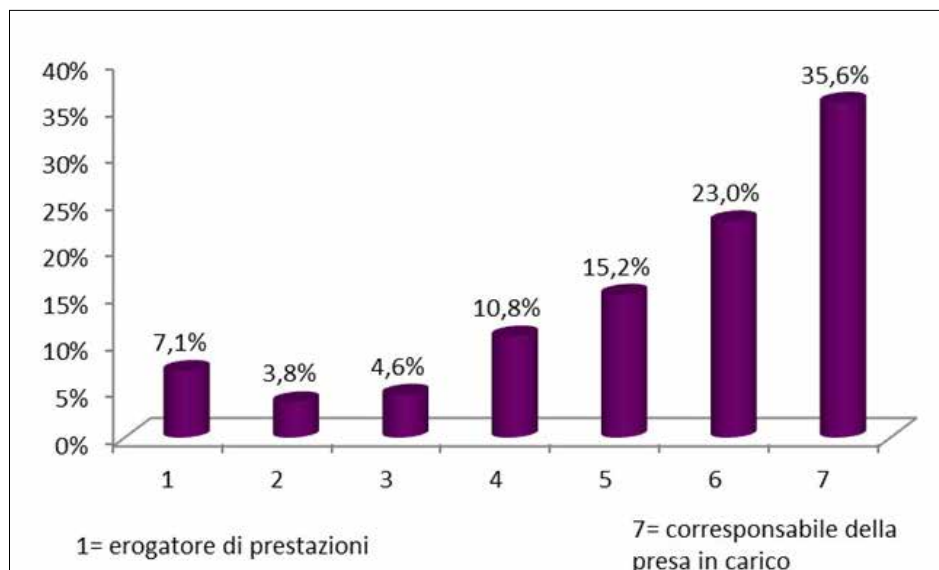
Gli intervistati hanno espresso le loro valutazioni anche in merito alla soddisfazione per il rapporto con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta.<sup>9</sup> Vediamo, innanzitutto, quanti dei rispondenti dichiarano di avere rapporti con queste figure professionali nell'ambito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

<sup>9</sup> 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

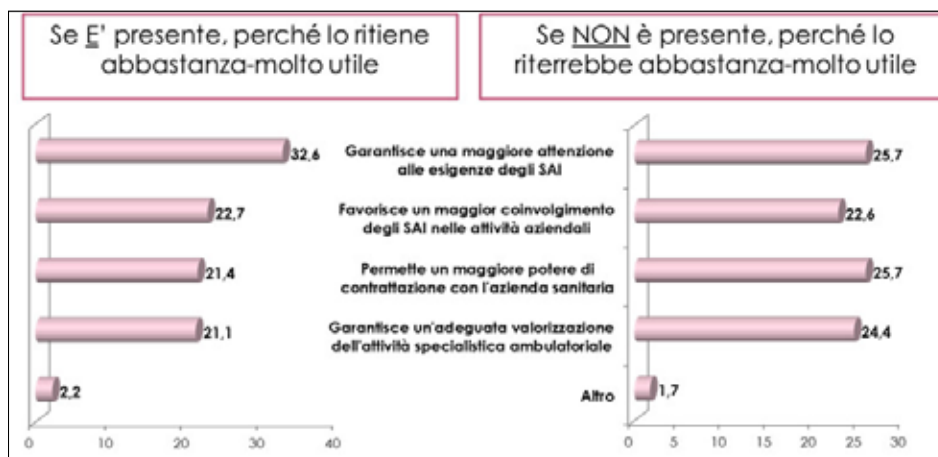


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

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

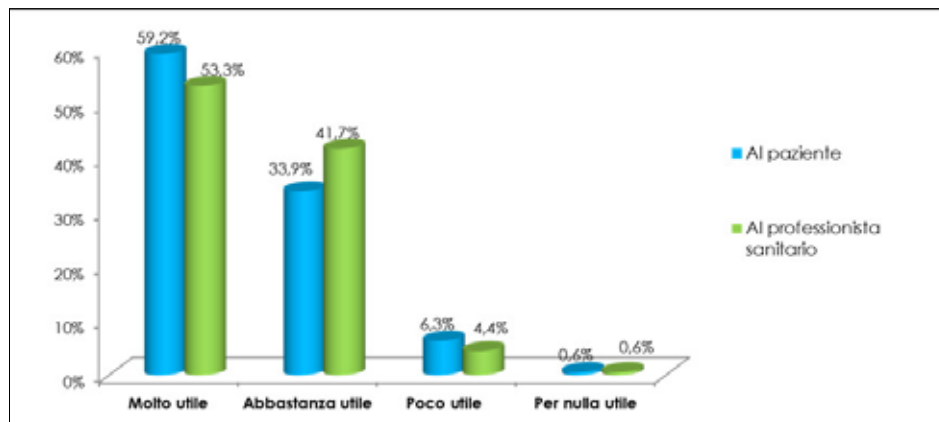


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

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.

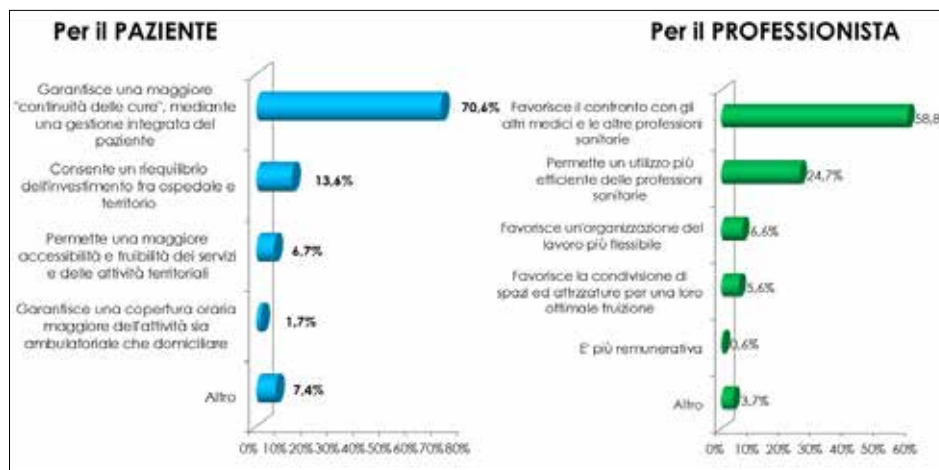
Grafico 17. Utilità dell'unità organizzativa di afferenza per il paziente e per il professionista sanitario



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

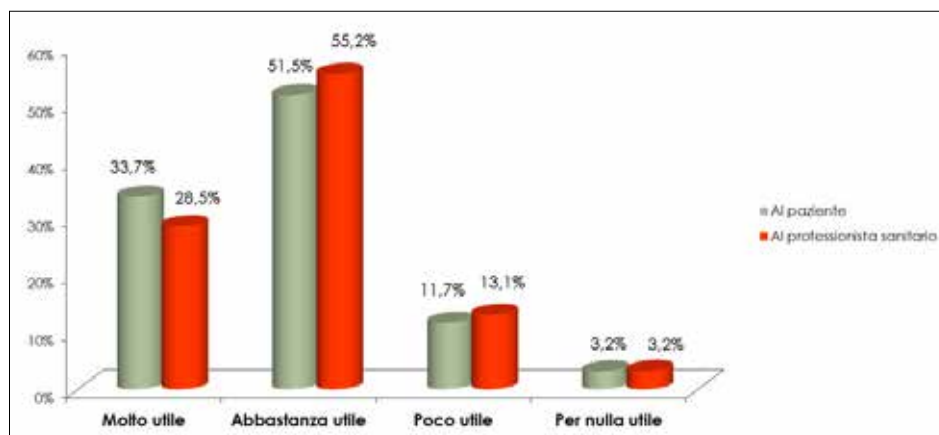


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

## 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.

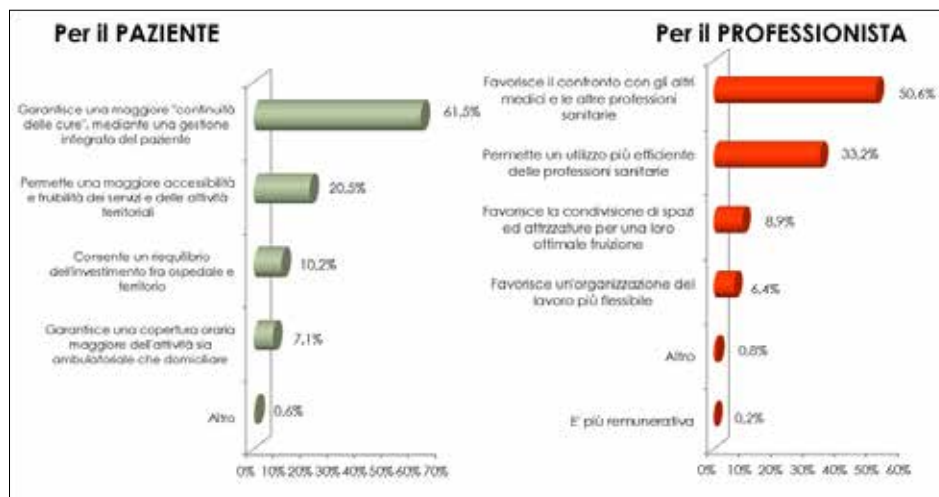
Grafico 19. Utilità dell'introduzione di un'unità organizzativa specifica (solo per chi non è già parte)



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

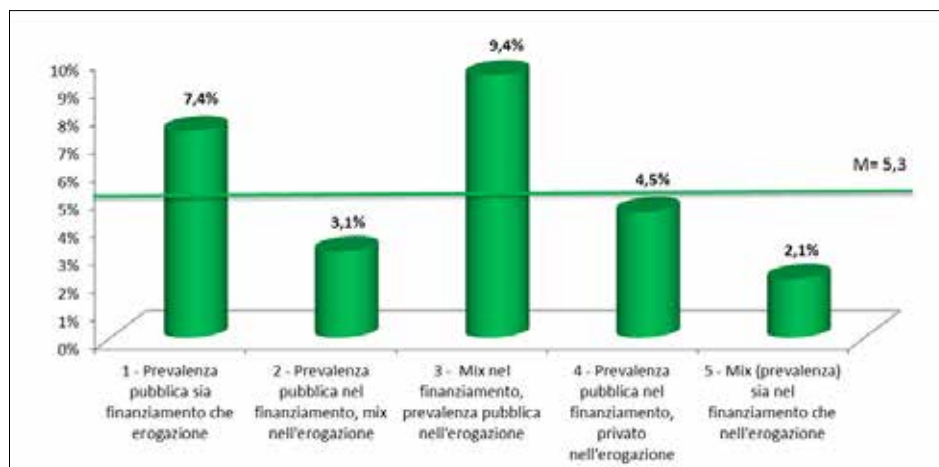
Alla luce di questi dati emerge da un lato la soddisfazione e l'utilità, per chi ne è inserito, sia rispetto al paziente che al professionista, della presenza di una forma organizzativa multi-professionale, dall'altro il desiderio e la richiesta da parte di chi non ne è parte dell'introduzione della 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,<sup>10</sup> Piemonte, Friuli Venezia Giulia<sup>11</sup>), 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»,<sup>12</sup> 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.

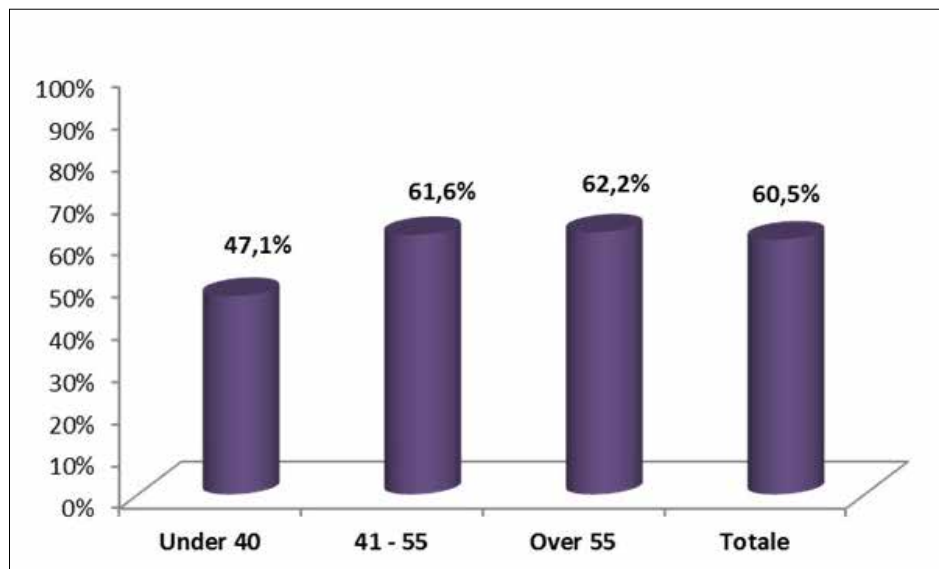
Anche in questo caso le differenze di età esercitano una notevole influenza. La percentuale di SAI che svolge attività libero-professionale, infatti, si abbassa notevolmente (al 47%) per gli SAI più giovani, ovvero coloro che hanno meno di 40 anni. Questo potrebbe dipendere in parte, come vedremo successivamente, 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

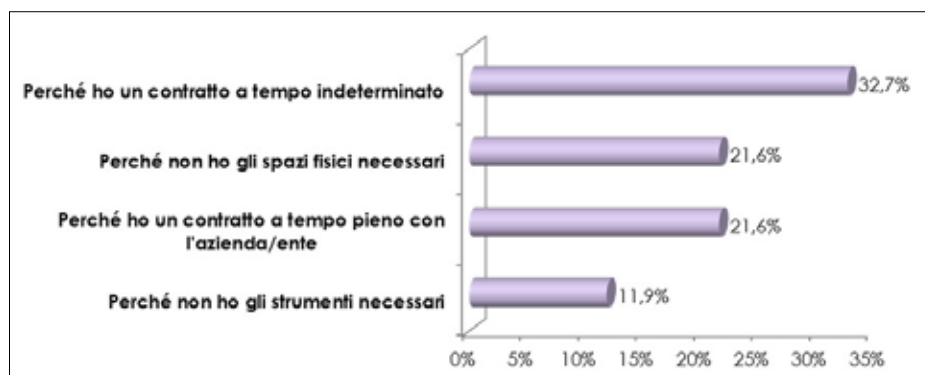
Grafico 23. Motivazioni di chi svolge attività libero-professionale (era possibile indicare più di una risposta)



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.

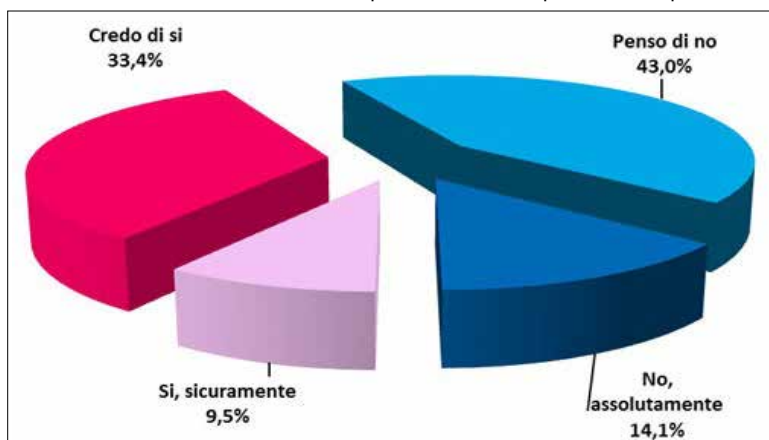
Grafico 24. Motivazioni di chi non svolge attività libero-professionale (era possibile indicare più di una risposta)



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.

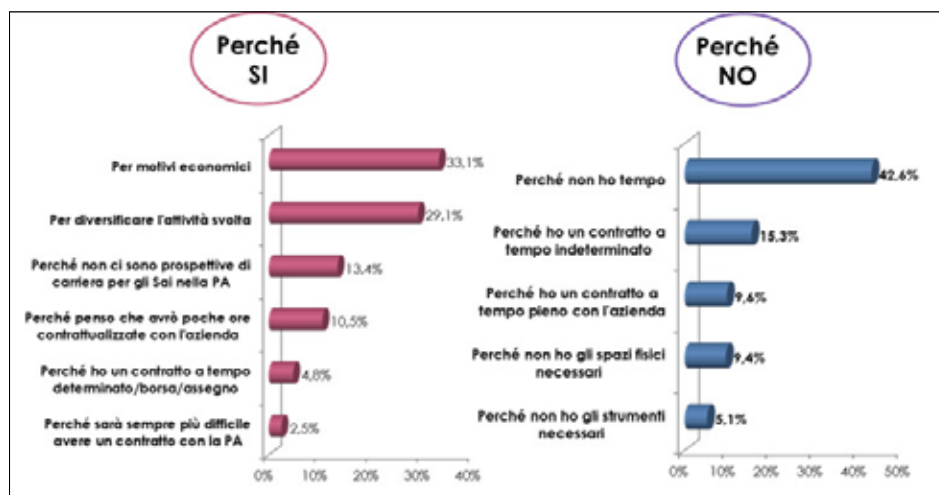
Grafico 25 .Potenziamento dell'attività libero-professionale nei prossimi cinque anni



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



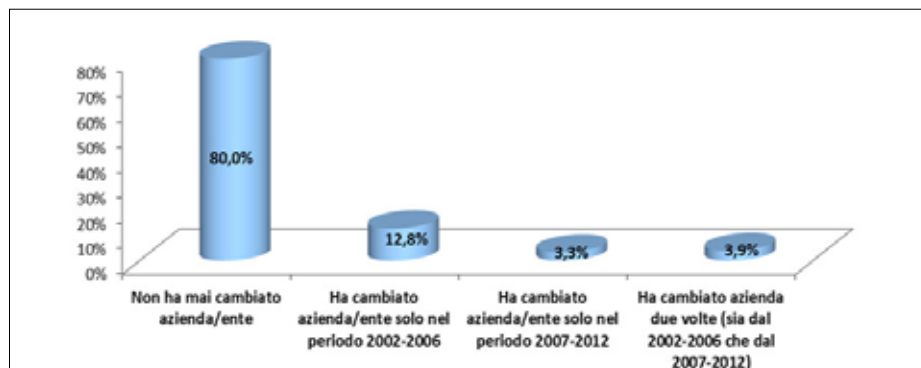
Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

## 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.

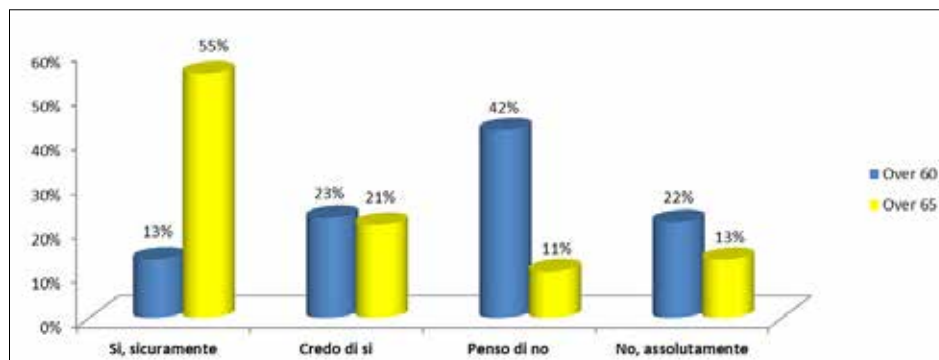
Grafico 27. Mobilità lavorativa (per gli SAI con almeno 10 anni di esperienza)



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.

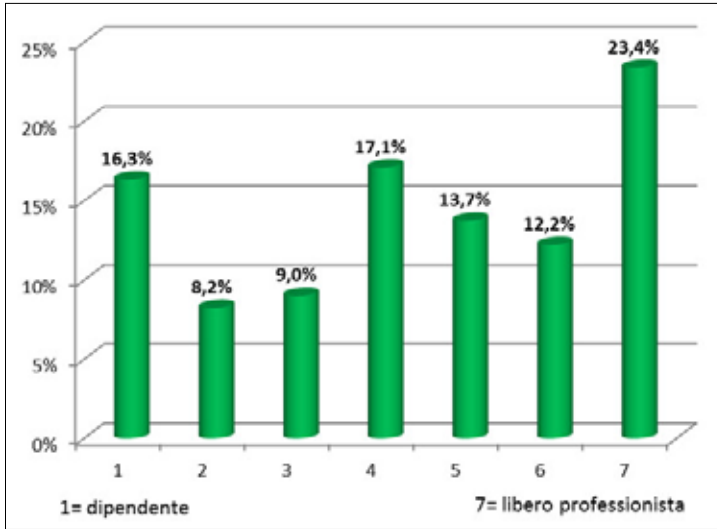
Grafico 28. Intenzione di andare in pensione nei prossimi 5 anni negli ultra 60enni e negli ultra 65enni



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

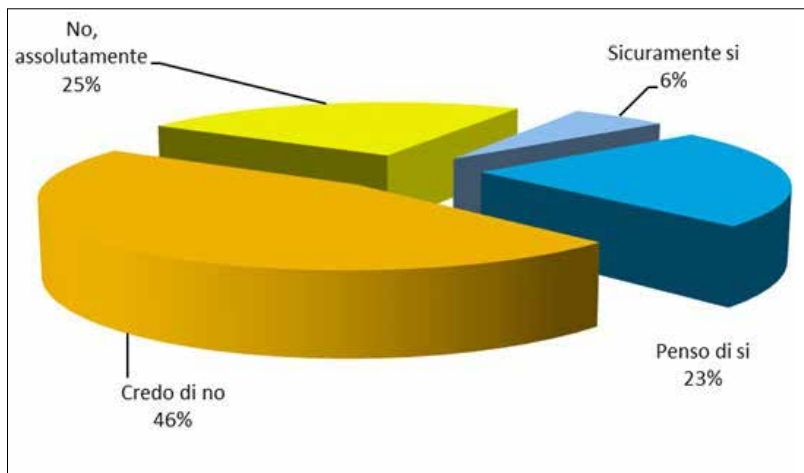


Fonte: Indagine statistica sugli iscritti al SUMAI, 2013

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 analysis<sup>13</sup>) utilizzando cinque tipologie di variabili meglio descritte sotto:

<sup>13</sup> 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

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