

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.