

Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Specialistica in Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Scienze Biomediche,

Metaboliche e Neuroscienze

Medicina Generale e Cure Primarie

**LA JOB SATISFACTION DEL MEDICO DI MEDICINA
GENERALE NELLE CASE DELLA SALUTE: RISULTATI
DI UN' INDAGINE REALIZZATA IN EMILIA ROMAGNA.**

RELATORE:

Chiar.ma Prof. ssa Maria Stella Padula

CORRELATORE:

Dott. Oreste Capelli

TESI DI LAUREA DI:

Alice Serafini

Anno Accademico 2014/2015

Ai miei nonni
Benedetto e Biagina

INDICE

Glossario.....	5
Riassunto	7
Introduzione.....	14
1. Cambiamenti epidemiologici e pressioni sui SSN:	
una sfida per le Cure Primarie.....	14
1.1 La transizione demografica ed epidemiologica: invecchiamento e cronicità.....	14
1.2 Spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio.....	18
1.3 Progressi tecnologici della medicina	19
1.4 La crisi economica dell'Eurozona e i suoi effetti sui SSN.....	19
1.5 Il ruolo del paziente: da fruitore passivo a “paziente esperto”	20
1.6 Cambiamento nella popolazione dei professionisti della salute:	
il ricambio generazionale in MG	22
2. Rinforzare le Cure Primarie: una possibile soluzione	25
3. Il modello “Casa della Salute”	27
3.1 Le Case della Salute sul territorio nazionale	27
3.2 Il sistema di Cure Primarie in Emilia Romagna.....	31
3.3 Organizzazione funzionale e strutturale delle Case della Salute	34
3.4 Lo stato di attuazione del progetto Case della Salute in Emilia Romagna.....	40
4. La soddisfazione lavorativa dei Medici di Medicina Generale	42
4.1 La soddisfazione lavorativa: definizione e cenni di storia	42
4.2 La soddisfazione lavorativa e le sue implicazioni tra i professionisti della salute	44
4.3 La soddisfazione lavorativa nelle Cure Primarie.....	45
4.4 Relazione tra soddisfazione lavorativa e qualità delle cure offerte	46
Materiali e Metodi.....	48
1 Scelta e sviluppo del questionario	48
1.1 Il questionario “Font-Roja	49
1.2 Adattamento transculturale del questionario Font Roja	52
1.3 La scala di Likert: pari o dispari?.....	57
2 La sezione tematica: indagine sul lavoro del MMG	
nelle Case della Salute	60
2.1 Individuare i temi-chiave: un approccio qualitativo	60
2.2 Selezione delle macro-aree tematiche	61
2.3 Selezione e stesura delle domande	63

3	La sezione sociografica	64
4	Le modalità di rilevazione: il questionario autocompilato	66
4.1	Vantaggi e limiti del questionario autocompilato	66
4.2	La scelta del software: Piattaforma Google Drive	68
4.3	La tutela della privacy.....	68
4.4	Analisi dei dati.....	69
	Risultati	70
1	Descrizione del campione.....	70
1.1	Caratteristiche sociografiche e rappresentatività del campione	70
1.2	Distribuzione geografica del campione e contesto territoriale	70
1.3	L'attività del Medico di Medicina Generale nella Casa della Salute	74
1.3.1	<i>La popolazione di assistiti.....</i>	<i>74</i>
1.3.2	<i>Orari di lavoro.....</i>	<i>74</i>
1.3.3	<i>L'attività dentro la CdS: dedizione esclusiva o mista</i>	<i>76</i>
1.3.4	<i>Personale di studio ed infermieristico</i>	<i>76</i>
1.3.5	<i>Organizzazione delle visite</i>	<i>77</i>
1.3.6	<i>Modalità di trasferimento nella Casa della Salute</i>	<i>78.</i>
1.3.7	<i>L'attività prima della CdS: modalità organizzativa e personale di studio</i>	<i>79</i>
2	Il questionario di soddisfazione lavorativa Font-Roja: risultati	81
2.1	Sezione 1: <i>carico di lavoro</i>	<i>82</i>
2.2	Sezione 2: <i>opportunità di carriera.....</i>	<i>82</i>
2.3	Sezione 3: <i>Soddisfazione lavorativa.....</i>	<i>83</i>
2.4	Sezione 4: <i>Monotonia lavorativa</i>	<i>83</i>
2.5	Sezione 5: <i>Relazioni interprofessionali.....</i>	<i>84</i>
2.6	Sezione 6: <i>Competenze professionali.....</i>	<i>84</i>
2.7	Sezione 7: <i>Stress e tensione lavorativa</i>	<i>85</i>
2.8	Sezione 8: <i>Relazioni interpersonali tra colleghi.....</i>	<i>85</i>
3	Le domande tematiche sulle Case della Salute: risultati	86
3.1	Il carico di lavoro: come è cambiato in seguito all'ingresso nella CdS?	86
3.2	Organizzazione delle visite domiciliari.....	87
3.3	La motivazione rispetto al lavoro	87
3.4	Il rapporto medico-paziente	88
3.5	Crescita professionale ed aggiornamento.....	89
3.6	Ricerca nella Casa della Salute	89
3.7	Adeguatezza degli spazi nella Casa della Salute.....	90

3.8	Capillarità territoriale delle Case della Salute	91
3.9	Sicurezza sul lavoro nella Casa della Salute	91
3.10	Disponibilità di strumenti e tecnologie nella Casa della Salute	92
3.11	Adeguatezza delle risorse stanziare per il progetto Case della Salute	93
3.12	Integrazione dei sistemi informatici nella Casa della Salute	93
3.13	Suddivisione di compiti e mansioni nella Casa della Salute	94
3.14	Autonomia professionale nella Casa della Salute	95
3.15	Formazione al lavoro di gruppo nella Casa della Salute	95
3.16	Integrazione tra Ospedale e Case della Salute.....	96
3.17	Relazione con personale infermieristico Ausl	97
3.18	Coordinamento ed integrazione con gli specialisti ambulatoriali	97
3.19	Gestione del paziente cronico nella Casa della Salute	98
3.20	Integrazione con i Servizi Sociali nella Casa della Salute.....	98
	Discussione	100
1	Discussione Metodologica.....	100
1.1	Descrizione e rappresentatività del campione	100
1.2	Analisi delle risposte provenienti dalle stesse Case della Salute.....	103
1.3	Analisi degli errori	105
1.4	Difficoltà nel coinvolgimento dei medici.....	107
2	Discussione dei risultati.....	111
2.1	Confronto con studi analoghi condotti in Spagna tra il 1995-2005.....	111
2.2	Aspetti negativi: Il carico lavorativo e lo stress e tensione dovuto al lavoro	115
2.3	Aspetti positivi: competenze professionali e relazioni interprofessionali	118
2.3.1	<i>Le competenze professionali nelle Case della Salute.....</i>	<i>118</i>
2.3.2	<i>Le relazioni interprofessionali nella Casa della Salute.....</i>	<i>119</i>
	Conclusioni.....	121
	Prospettive di ricerca	127
	Bibliografia	129
	Allegati.....	133
	Allegato 1 Report Workshop SIMG	134
	Allegato 2 Lettera di presentazione	143
	Allegato 3 Questionario Font Roja-Ita.....	144
	Allegato 4 Geolocalizzazione delle risposte	158

Glossario

ACN	Accordi Collettivi Nazionali
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regioni
CdS	Casa della Salute
CP	Cure Primarie
CREG	Chronic Related Group (Lombardia)
CSM	Centro di Salute Mentale
CUP	Centro Unico Prenotazioni
DCP	Dipartimento di Cure Primarie
DGR	Deliberazione della Giunta Regionale
FIMMG	Federazione Italiana Medici di Medicina Generale
HPV	Human Papilloma Virus
ICT	Information and Communication Technologies
IPASVI	Federazione Nazionale Collegio Infermieri
IQOLA	International Quality Of Life Assesment
MMG	Medico di Medicina Generale
NCP	Nucleo di Cure Primarie
ORL	Otorinolaringoiatria
OsCo	Ospedali di Comunità
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PIC	Profili Integrati di Cure
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PSN	Piano Sanitario Nazionale

PTA	Presidi di Assistenza Territoriale (Sicilia)
PUA	Punto Unico di accesso
RER	Regione Emilia Romagna
SERT	Servizio Emilia Romagna Tossicodipendenze
SIMG	Società Italiana di Medicina Generale e Cure Primarie
SOLE	Sanità OnLine Emilia Romagna
SPS	Strutture Polifunzionali per la Salute (Campania)
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UTAP	Unità Territoriali di Assistenza Primaria
WHO	World Health Organization
WONCA	Word Organization Of Family Doctors

Riassunto

Razionale

I Sistemi Sanitari Nazionali in Europa si trovano ad affrontare numerose sfide in un contesto che li sottopone a molteplici pressioni. La domanda di servizi sta cambiando a causa di diversi fattori: la popolazione invecchia e gli anziani soli sono destinati ad aumentare, così come la prevalenza di patologie croniche e la multimorbidità. Questa epidemia di malattie croniche come anche il cambiamento delle aspettative e del ruolo del paziente impongono una ridefinizione organizzativa dell'assistenza sanitaria: da una risposta episodica a bisogni di salute puntuali è necessario passare ad un'assistenza longitudinale, continua, integrata ed integrale basata sul lavoro di gruppo di tutti i professionisti del settore sanitario e sociale. La crisi economica dell'Eurozona e la necessità di indirizzare la spesa tra gli imponenti avanzamenti tecnologici della medicina richiedono inoltre che questo processo avvenga nel modo più efficiente, efficace ed equo possibile. I Sistemi sanitari si stanno riorganizzando in tutta Europa per trasformare queste sfide in un'opportunità e le Cure Primarie hanno un ruolo fondamentale in questo scenario: ci si aspetta che siano all'altezza del difficile compito di rispondere a questo cambiamento nella domanda di salute con un sistema di cure più integrato ed efficiente. Il patto per la Salute firmato il 14 luglio ha sancito l'intesa Stato-Regioni in merito a spesa e programmazione del SSN per il triennio 2014-2016. Al suo interno vengono istituite, *“al fine di promuovere [...] un modello multiprofessionale ed interdisciplinare”*, le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) ed Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) descritte come *“forme organizzative della medicina convenzionata, integrata con personale dipendente del SSN, per l'erogazione delle cure primarie”*. L'istituzione di queste strutture, che in Emilia Romagna si identificano nel modello “Case della Salute”, mentre in precedenza era espressione di percorsi di sperimentazione intrapresi in realtà relativamente isolate, con la firma di questo Patto sembra costituire uno degli elementi cardine nell'indirizzo del mutamento del SSN. Questo processo di cambiamento, destinato con grande probabilità a modificare in modo radicale l'assetto organizzativo della Medicina sul territorio, in Emilia Romagna è stato sottoposto a ripetute verifiche e rilievi da parte della Regione diretti però solamente a monitorare lo stato realizzazione dei diversi progetti o Case della Salute sul territorio. Al contrario, non è nota la

realizzazione di studi interessati ad indagare la soddisfazione del personale medico, in particolare MMG, che opera all'interno di questi contesti sperimentali e che dovrebbe costituirne il cardine.

Obiettivi dello studio

L'Obiettivo primario dello studio pertanto è indagare, mediante questionario, la soddisfazione lavorativa dei MMG all'interno delle Case della Salute, valutandone i livelli e la loro uniformità sul territorio provinciale e regionale. La soddisfazione lavorativa del personale sanitario infatti è in grado di influenzare la qualità delle cure offerte, l'aderenza terapeutica del paziente ed il suo gradimento; inoltre rappresenta un aspetto importante della gestione della qualità nelle Cure Primarie ed il suo studio attento permette di identificare precocemente problemi ed opportunità di miglioramento che potranno incidere sulla qualità dei servizi offerti. Secondariamente, il nostro studio si prefigge anche di indagare alcuni *temi caldi* riguardo al ruolo ed al lavoro del MMG nelle Case della Salute che sono oggetto di dibattito ed interesse sia tra i lavoratori del settore sanitario sia a livello di opinione pubblica, interrogando direttamente i diretti interessati. Ci auguriamo che i risultati di questo studio possano costituire uno resoconto utile, seppur necessariamente incompleto, del vissuto del MMG nelle Case della Salute della Regione Emilia Romagna ed offrire al professionista interessato del materiale informativo corretto ed indipendente per costruirsi un'opinione circa questo innovativo modello organizzativo dei servizi territoriali.

Materiali e Metodi

Abbiamo somministrato a tutti i 486 MMG che lavorano in forma associata nelle Case della Salute della RER un questionario online (tramite il servizio Google Moduli) e suddiviso in tre parti:

- a- Il Questionario di Soddisfazione Lavorativa *Font Roja-ITA*, che abbiamo ottenuto grazie alla traduzione ed adattamento transculturale della sua versione originale spagnola. Questo strumento è costituito da 27 domande raggruppate in 8

dimensioni che influiscono sulla soddisfazione lavorativa: Carico di lavoro (D1), Opportunità di crescita professionale (D2), Soddisfazione sul lavoro (D3), Monotonia lavorativa (D4), Relazioni interprofessionali (D5), Competenze professionali (D6), Stress e tensione lavorativa (D7) e Relazioni tra colleghi (D8). Ad ogni affermazione o *item* è associata una scala di Likert da 1-4 tramite cui è possibile esprimere il proprio livello di accordo con l'affermazione espressa, in senso crescente da minore a maggiore. Il punteggio ottenuto in ciascuna dimensione corrisponde alla somma dei punteggi attribuita ai singoli *items* che la compongono diviso per il numero di *items*. La Soddisfazione Globale (SG) di ciascun partecipante invece è stata ottenuta grazie alla semplice somma dei punteggi relativi a ciascuna affermazione, perciò il suo intervallo di variazione è compreso tra 27 e 108; ad un maggiore punteggio totale corrisponde un livello più alto di soddisfazione lavorativa. La Soddisfazione Media Globale di tutto il campione è stata calcolata sia sull'intervallo 1-4 (SMG1) che su quello 27-108 (SMG2).

- b- Una serie di domande a risposta multipla focalizzate sull'esperienza di lavoro del MMG nella Casa della Salute, di nostra redazione. La stesura e scelta delle domande è avvenuta dopo una riflessione sulla bibliografia disponibile sul tema e di colloqui con informatori privilegiati. Infine sono state selezionate 19 domande suddivise in macro-aree tematiche: *job description* (autonomia e motivazione professionale, aggiornamento e ricerca), *carico di lavoro* (carico di lavoro e gestione delle visite domiciliari), *elementi strutturali* (capillarità della presenza sul territorio, adeguatezza delle risorse, spazi, strumenti e tecnologie a disposizione, percezione di sicurezza sul lavoro), *relazione con il paziente* (conservazione del rapporto di fiducia e gestione dei pazienti cronici), *integrazione con l'esterno* (con l'ospedale, socio-sanitaria e con gli specialisti ambulatoriali), *integrazione interna* (suddivisione del lavoro, collaborazione con il personale infermieristico, formazione al lavoro di gruppo). Le risposte sono state costruite nel tentativo di rappresentare diversi scenari plausibili, ordinati dalla peggiore situazione possibile alla migliore situazione auspicabile, con due opzioni intermedie.

- c- Un questionario sociografico di base, contenete domande su dati demografici (età, genere, titolo di studio) e contestuali relative alla professione (anni di convenzione, numero di assistiti, organizzazione delle visite, presenza di personale di studio e infermieristico, modalità di inserimento nella CdS, organizzazione precedente) ed alla CdS di appartenenza (tipologia, contesto, Ausl di appartenenza), oltre ad altre facoltative.

Il link per accedere al questionario è stato inviato tramite l'indirizzo di posta elettronica del Progetto SOLE a tutti i MMG corredato da una lettera di presentazione dello studio della Prof. M.S. Padula. La raccolta dati è avvenuta automaticamente sulla piattaforma di condivisione Google Fogli di lavoro che raccoglie i dati provenienti dai questionari da Google Moduli. Sui dati ottenuti è stata realizzata un'analisi statistica monovariata (*media, ds, moda e mediana*) tramite il programma Excel®.

Risultati

Abbiamo ottenuto un campione di 88 Mmg (percentuale di risposta del 18%), di età media 57 anni e in prevalenza di sesso maschile (M:F=3:1) ed il cui più alto titolo di studio nel 55% dei casi è corrisponde alla Laurea. Almeno il 10% dei MMG in ogni Ausl di appartenenza ha risposto al questionario; i tassi di risposta più alti sono stati ottenuti a Modena e Bologna (33%), mentre il più basso a Imola (10%). L'analisi descrittiva del *Font-Roja ITA* ha rilevato che i punteggi più bassi si sono registrati nelle dimensioni *Carico di lavoro* ($1,95 \pm 0,94$) e *Stress e tensione lavorativa* ($1,89 \pm 0,88$) mentre quelli più alti nelle *Relazioni interprofessionali* ($3,14 \pm 0,91$) e *Competenze professionali* ($3,38 \pm 0,81$). La SMG è risultata intermedia ma si è situata nella sfera della soddisfazione (SMG1= $2,69 \pm 1,05$ e SMG2= $72,51 \pm 11,95$). Le domande tematiche sulle Case della Salute che hanno ottenuto almeno il 52% di risposte positive riguardano: rapporto con i pazienti, conservazione dell'autonomia professionale, crescita ed aggiornamento, sicurezza sul lavoro, risorse stanziare, presenza sul territorio, suddivisione del lavoro, relazioni con il personale infermieristico ed integrazione dei sistemi ICT. Opinioni prevalentemente negative al contrario si sono registrate a proposito di: carico di lavoro, attività di ricerca, disponibilità di strumenti e tecnologie, integrazione Cds-Ospedale, coordinamento con gli specialisti ambulatoriali ed integrazione con i Servizi Sociali.

Discussione

Riteniamo che diversi fattori abbiano contribuito a farci ottenere un tasso di risposta relativamente basso (18%): l'adesione volontaria al questionario *online* e la mancanza di tempo per compilarlo, la vastità geografica dell'area oggetto di studio, la disomogenea diffusione di utilizzo del sistema SOLE e la difficoltosa reperibilità di referenti per la CdS. Nonostante ciò però, sulla base dei *feedback* ricevuti durante la raccolta dati, crediamo che questa scarsa adesione non debba essere interpretata come disinteresse nei confronti dell'argomento ma piuttosto come espressione di difficoltà di natura pratica incontrate durante la raccolta dei dati. Inoltre, le caratteristiche dei soggetti che fanno parte del campione (in quanto ad età, genere, titolo di studio, provincia e tipologia di CdS di appartenenza) sono tali da farci ritenere che sia sufficientemente rappresentativo della popolazione di riferimento. Il campione, in quanto a variabili sociodemografiche, rispecchia le caratteristiche della attuale popolazione di MMG italiani, a parte per il numero medio di assistiti (1350) che è apparso più alto rispetto alla media del Nord Italia (1094).

La soddisfazione lavorativa osservata tra i MMG delle Case della Salute, sebbene sia risultata essere intermedia (media 2,69), si colloca nella sfera della soddisfazione (>2). Sono necessarie però ulteriori ricerche che mettano a confronto questi risultati con quelli di un'altra popolazione di MMG organizzata in altro modo e ne valutino le eventuali differenze. L'analisi dettagliata delle singole dimensioni ha mostrato come il *carico di lavoro* e la *tensione dovuta al lavoro* abbiano ottenuto i punteggi più bassi (media di 1,95 e 1,89, rispettivamente) e, nonostante ciò non ci abbia sorpreso, il fatto rimane preoccupante a causa dell'impatto che hanno questi fattori sulla soddisfazione generale, sul rischio di *burnout* ed infine sulla qualità delle cure. Questo risultato potrebbe essere spiegato dall'alto numero medio di assistiti del campione oppure da un possibile aumento del carico di lavoro non assistenziale (organizzativo, burocratico e di varietà di attività svolte) seguito all'ingresso nelle Case della Salute. Anche in questo si rende necessaria un'analisi approfondita dell'utilizzo del tempo per trovare conferma a questa ipotesi. Le dimensioni relative a *relazioni interprofessionali* e *competenze professionali* al contrario hanno ottenuto punteggi che testimoniano un alto livello di soddisfazione (media di 3,14

e 3,38, rispettivamente). Il 78% dei MMG intervistati nega che nella Casa della Salute vi sia un clima di tensione tra le diverse categorie professionali ed afferma che le relazioni con i coordinatori siano cordiali, questa percentuale sale all'88% a proposito del rapporto con il personale infermieristico. Questo è un dato positivo se consideriamo che la multidisciplinarietà, il coordinamento e l'integrazione professionale dovrebbero costituire uno dei cardini della riorganizzazione delle Cure Primarie nelle Case della Salute. Inoltre un clima sereno di relazioni sul lavoro aumenta il grado di soddisfazione e costituisce un fattore protettivo contro il rischio di sindrome da *burnout*. Le *competenze professionali* hanno ottenuto punteggi alti, così come in parte anche la *soddisfazione lavorativa* e la *monotonia lavorativa* descrivendo un quadro di professionisti motivati ed impegnati rispetto al proprio lavoro; lo scambio di conoscenze tra colleghi e gli strumenti e tecnologie diagnostiche presenti in alcune CdS potrebbero avere inciso su queste dimensioni stimolando i MMG ad acquisire nuove competenze.

Le opinioni raccolte nelle domande tematiche inoltre possono in parte dare risposta ad alcune domande e timori della comunità dei Medici di Famiglia: i delicati aspetti relazionali del rapporto di fiducia tra il MMG ed i suoi pazienti, così come la sua autonomia professionale e la capillarità della sua presenza sul territorio non sono stati intaccati in seguito al trasferimento nella CdS. Oltretutto, hanno risentito positivamente del cambio organizzativo le relazioni con il personale infermieristico, la crescita ed aggiornamento professionale e la gestione dei pazienti cronici (quest'ultimo aspetto però più per la presenza del team multidisciplinare che per la creazione di percorsi specifici). Riguardo ai rapporti con il personale infermieristico, aldilà della qualità della relazione interpersonale con il MMG, rimane da investigare l'impatto della sua presenza sulla soddisfazione ed il carico di lavoro del MMG così come sulla soddisfazione del paziente, al fine di definire al meglio la sua *job description* dentro alla Casa della Salute. Altri aspetti invece si configurano come incompiuti: gli spazi a disposizione ad esempio non sempre si sono mostrati all'altezza delle aspettative, così come la formazione specifica al lavoro di gruppo, che non sempre è stata proposta o effettuata nel modo adeguato. Alcuni temi infine sono apparsi come veri e propri elementi di criticità ed hanno sottolineato la distanza esistente tra la realtà delle CdS in funzione e la loro dichiarata *mission*. Infatti, oltre al già citato carico di lavoro in aumento, anche nella sfera dell'integrazione tra professionisti e servizi diversi resta molto da fare: l'integrazione socio-sanitaria è ancora solo "sulla carta" mentre nella realtà i Servizi Sociali spesso non ci sono (27%), oppure

collaborano con i MMG in modo del tutto informale (51%). Altre criticità sono emerse nell'integrazione con gli specialisti ambulatoriali (che il 51% degli intervistati descrive come scarsa o inesistente) e con l'Ospedale (che nel 63% dei casi è ancora del tutto assente). Inoltre andrebbero definite con maggiore chiarezza le dotazioni tecnologiche minime delle CdS, la loro committenza ed i referenti organizzativi.

Conclusioni e Prospettive di ricerca

La soddisfazione lavorativa dei MMG nelle Case della Salute della Regione Emilia Romagna è risultata intermedia ma si colloca nella sfera della soddisfazione. Numerosi tra gli aspetti analizzati sono risultati positivi per il MMG e la possibilità di lavorare in questo ambito lavorativo appare ricca di opportunità. Nonostante ciò però sono emerse numerose criticità e deficit organizzativi che andrebbero approfonditi al fine di cercare soluzioni utili. Riteniamo che allargare il campione di intervistati e procedere con ulteriori analisi possa risultare utile sia per tutti i professionisti del settore sanitario che desiderino costruirsi un'opinione circa questo modello di assistenza territoriale sia per i dirigenti regionali interessati ad individuare le criticità e definire soluzioni organizzative.

Introduzione

1 I cambiamenti epidemiologici e le pressioni sui SSN: una sfida per le Cure Primarie.

I Sistemi Sanitari in Europa stanno subendo molteplici pressioni che agiscono sia a livello della domanda che dell'offerta di servizi, orientando gli interventi di politica socio-sanitaria verso una ricerca di maggiore efficienza complessiva del SSN; [2]

- Il cambiamento della domanda: invecchiamento della popolazione, crisi del modello di famiglia, multimorbidità ed aumento della prevalenza di patologie croniche
- Cambiamento del ruolo e delle aspettative del paziente;
- Crisi economica e tagli ai servizi;
- Cambiamento della forza lavoro rappresentata dai professionisti della salute;
- Avanzamenti tecnologici della medicina;
- Spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio.

Tutti questi fattori costituiscono una grossa sfida per i SSN di tutta l'Europa che si stanno riorganizzando al fine di trasformare queste sfide in un'opportunità. Le Cure Primarie hanno un ruolo di primaria importanza in questo momento storico e ci si aspetta che siano all'altezza di affrontare il difficile compito di rispondere a questo cambiamento nella domanda di salute con un sistema di cure più integrato ed efficiente. In tutta Europa stiamo assistendo quindi ad una riorganizzazione delle Cure Primarie su più fronti ed il modello Emiliano-Romagnolo delle Case della Salute si inserisce a pieno titolo in questo contesto europeo.

1.1. La transizione demografica ed epidemiologica: invecchiamento e cronicità.

La popolazione europea sta rapidamente invecchiando: mentre nel 2012 soltanto il 15% della popolazione generale aveva un più di 65 anni, nel 2050 questo gruppo è destinato a rappresentare più del 25% del totale della popolazione[3]. Questo successo è attribuibile

a numerosi fattori, tra i quali sicuramente il controllo sempre più efficace delle malattie infettive, la diminuzione della mortalità infantile e l'insorgenza sempre più tardiva di malattie croniche. Non stupisce che l'Italia in questo panorama sia seconda solo alla Germania per indice di vecchiaia sia grazie all'alta aspettativa di vita, che la colloca al quarto posto a livello europeo, sia per un tasso di natalità tra i più bassi d'Europa. Il trend di incremento dell'indice di vecchiaia, anche negli ultimi 10-15 anni, è caratterizzato da un aumento costante (Fig. 1); il 31 dicembre 2014 era pari a 157,7, ancora in crescita rispetto all'anno precedente. Nel contesto italiano, la Regione Emilia Romagna si situa addirittura oltre la media nazionale, con un indice di vecchiaia di 173,6.

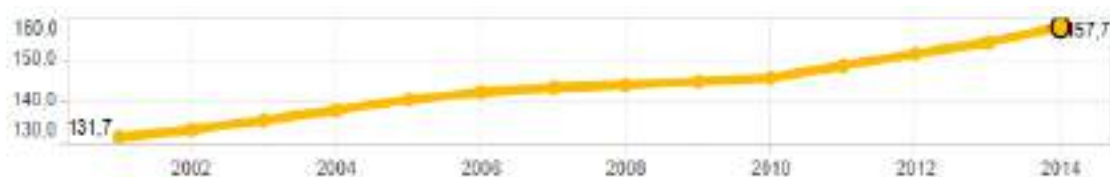


Figura 1: L'indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione oltre i 65 anni e quella con meno di 15) sintetizza il grado di invecchiamento della popolazione italiana (fonte ISTAT).

Dal punto di vista sociografico inoltre, è importante anche ricordare come la crisi del modello di famiglia tradizionale (evidenziabile con l'uso di indicatori quali il calo del numero matrimoni e l'aumento dei divorzi [4]), che soprattutto in Italia ha sempre costituito un fattore di stabilità sociale, porterà ad un'ulteriore pressione sul SSN, che si troverà di fronte ad una popolazione molto più nutrita di anziani che vivono soli, con necessita assistenziali più complesse (Fig.2).



Figura 2. Numero componenti per famiglia dal 1861 al 2010 (fonte ISTAT)

Oltre all'invecchiamento della popolazione però, è necessario ricordare che aumenta anche il numero di anni trascorsi in buona salute e che la vera sfida dal punto di vista del cambiamento della domanda di salute nei prossimi decenni è costituita dalla transizione epidemiologica più che demografica che vede un aumento costante e consistente della prevalenza e della mortalità per patologie croniche rispetto a quelle acute. In Europa le malattie non trasmissibili, che quindi sono legate a multipli fattori e si caratterizzano per un decorso cronico, sono state responsabili dell'80% delle morti nel 2009.

La Figura 3 sintetizza questa transizione epidemiologica nel contesto italiano: rispetto al 1931 è possibile osservare un vero e proprio crollo nella mortalità per cause infettive mentre si rileva un aumento considerevole della mortalità dovuta a tumori. I Sistemi Sanitari Nazionali quindi, progettati tradizionalmente per rispondere prevalentemente a episodi di malattia acuti, si trovano ora a rispondere ad un cambiamento epidemiologico che richiede prevalentemente di gestire in modo efficace problematiche di ordine cronico che richiedono interventi radicalmente diversi [5].

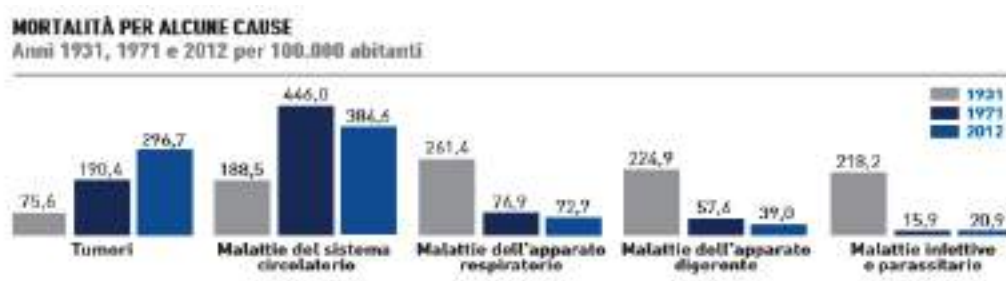


Figura 3 Mortalità per alcune cause (fonte Annuario Statistico Nazionale ISTAT 2015)

A questo proposito, anche il W.H.O. fa riferimento alle diverse necessità assistenziali del malato cronico per descrivere la malattia cronica stessa, definita come un “problema di salute che richiede cure ininterrotte per anni o decenni”.

La tabella seguente sintetizza le principali differenze tra patologia cronica e acuta.

	Malattia Acuta	Malattia Cronica
Inizio	Improvviso	Graduale e subdola
Durata	Limitata	Lunga o indefinita
Causa	Singola (frequentemente)	Molteplicità di fattori
Diagnosi e prognosi	Generalmente accurata	Frequentemente incerta
Interventi	Tendenzialmente efficaci	Non risolutivi e spesso gravati da effetti avversi
Evoluzione	Possibile guarigione	Inguaribile
Incertezza	Minima	Generalmente assoluta
Professionalità e conoscenze	Professionisti depositari della conoscenza e pazienti fruitori inesperti e passivi	Professionista e paziente depositari di conoscenze ed esperienze complementari.

Figura 4: adattata e tradotta da Nolte (2015) dalla versione proposta da Holman & Lorig (2000)

Se fino ad ora l’offerta dei servizi è stata caratterizzata da una maggiore frammentazione dell’offerta di cure, sia all’interno dello stesso SSN tra assistenza primaria e specializzata che tra servizi sanitari ed assistenza sociale, di fronte alle sfide attuali e dei prossimi vent’anni sarà necessaria, ed è in corso infatti, una riorganizzazione dell’offerta che si caratterizzi per una maggiore collaborazione ed integrazione tra istituzioni e servizi che tradizionalmente hanno agito separatamente [5].

1.2 Spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio.

I dati relativi all'anno 2012, pubblicati dall'ISTAT nell'Annuario Statistico 2015, confermano il trend di diminuzione dei posti letto e del numero di Istituti di cura che si è delineato negli ultimi 20 anni: nel 2012 infatti gli istituti di cura (pubblici, privati e convenzionati) in Italia erano 1088: 337 in meno rispetto al 2000 e 84 in meno rispetto al 2009, mentre i posti letto ogni 1000 abitanti, che nel 2006 erano 3,6, nel 2012 sono ulteriormente scesi a 3,3. Il numero dei dipendenti del SSN è passato da 650.946 nel 2008 a 629.713 nel 2012, con un calo percentuale del 3% circa [4].

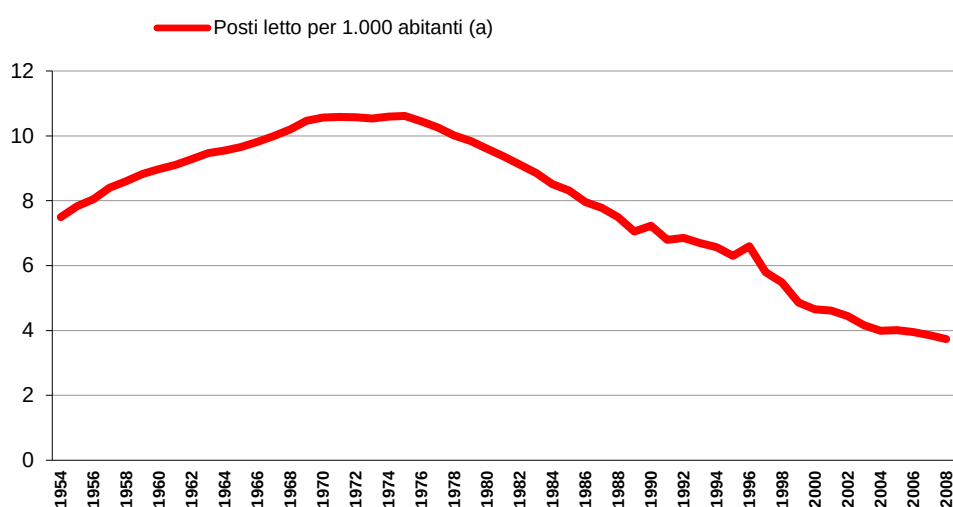


Figura 5: Rapporto tra il numero dei posti letto e la popolazione media residente dell'anno moltiplicato per 1.000. Esprime il numero di posti letto mediamente disponibili ogni 1.000 residenti (fonte ISTAT)

Contrariamente a questa diminuzione dei posti letto ospedalieri, le cifre che descrivono la diffusione dell'Assistenza Domiciliare Integrata sono in costante aumento: nel 2003 gli anziani assistiti a domicilio in Italia erano 373.414 mentre nel 2010 sono aumentati a 502.475 (da segnalare consistenti differenze tra Nord e Sud e fra regioni).[6] Questa crisi dei modelli di riferimento, come rilevato dal Report *“Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane”* a cura dell'AGENAS *“implica la necessità di ridefinire le priorità del SSN [...]* Questi cambiamenti investono pienamente il ruolo dell'assistenza primaria e prima di tutto dei Medici di famiglia, con i relativi strumenti di management aziendale quali: lo sviluppo dell'associazionismo medico, la ridefinizione delle funzioni della medicina di famiglia e dei fattori produttivi di sostegno della stessa, la definizione di percorsi (P.D.T.A.) per patologia, l'attivazione

di sistemi di programmazione e controllo, lo sviluppo di sistemi informativi per i medici”.[7]

1.3. Progressi tecnologici della medicina

I progressi delle tecnologie in medicina, sia informatiche che diagnostiche, costituiscono un’altra importante sfida per la medicina del futuro. Dal punto di vista informatico, nuovi sistemi di raccolta e scambio di dati con la creazione di Cartelle Cliniche Informatizzate hanno completamente rivoluzionato le modalità di lavoro sia dei medici ospedalieri che dei servizi territoriali ed un loro ulteriore sviluppo consentirà un’ulteriore integrazione dei servizi con la possibilità di costruire programmi di prevenzione e medicina di iniziativa su larga scala. Dal punto di vista diagnostico, lo sviluppo di strumenti diagnostici portatili (ECG ed ecografi ad esempio) e test di laboratorio rapidi, adatti al setting ambulatoriale, consentiranno una notevole espansione delle possibilità diagnostiche del Medico di Famiglia e della sua autonomia nella gestione del follow-up di patologie croniche. Un ulteriore interessante campo di sviluppo tecnologico è quello della telemedicina¹, la cui diffusione ed espansione consentirà di colmare il gap di prossimità presente tra le aree più remote e rurali e quelle urbane, con l’accesso ad un consulto specialistico di alto livello in tempo reale.

1.4 La crisi economica dell’Eurozona e i suoi effetti sui SSN

La crisi economica, che interessa dal 2008 tutta l’Eurozona, ha costituito uno shock per i SSN: dal momento che la pianificazione e programmazione del bilancio di un Sistema Sanitario richiede una conoscenza anticipata ed affidabile delle risorse a disposizione degli Stati, il sopraggiungere improvviso della crisi economica ha costituito un fattore destabilizzante, soprattutto per gli Stati già indebitati o che non avevano a disposizione riserve di denaro.

¹ Secondo la definizione del Ministero della Salute, tratta da “Telemedicina, linee di indirizzo nazionali” 17.marzo 2014 “Per Telemedicina si intende una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località”

La diminuzione di risorse per il sistema sanitario accresce ulteriormente il disagio proprio per la maggior richiesta di assistenza che la crisi comporta: è noto infatti come la crisi economica e la disoccupazione colpiscano la salute mentale, inducendo un aumento nel tasso di suicidi, consumo di alcool e più in generale di tutta la sfera della patologia psichiatrica a livello della popolazione generale[8]. La contrazione delle risorse costituisce una vera e propria sfida per i SSN costringendoli ad una riorganizzazione che punta ad una maggiore efficienza del sistema; come suggerito dal WHO nel Report del 2012 “ *La risposta delle politiche sanitarie alla crisi finanziaria in Europa*” i decisori delle politiche sanitarie, dovrebbero indirizzare i “tagli” al fine di colpire le inefficienze esistenti e diffuse invece di “operare tagli arbitrari ai servizi essenziali che avrebbero soltanto la conseguenza di incrementare i costi a lungo termine” [9]

1.5 Il ruolo del paziente: da fruitore passivo a “paziente esperto”.

Le aspettative dei pazienti nei confronti del SSN sono sempre più alte, sia in termini di qualità delle cure che di tempestività delle stesse e la moltiplicazione esponenziale delle conoscenze medico scientifiche (a disposizione del medico ma anche fruibili da parte della popolazione) costituisce un ulteriore motivo di pressione sui Sistemi Sanitari Nazionali e contribuisce a rendere il paradigma classico del medico paternalista e onnisciente non più sostenibile. L’aumento poi della prevalenza delle patologie croniche, non fa altro che rendere ancora più urgente questa ridefinizione del ruolo medico-paziente, dal momento che una grande differenza tra malattie croniche e acute, risiede proprio nel diverso ruolo del malato cronico all’interno della relazione medico-paziente (Figura 4): se infatti in corso di malattia acuta il paziente si affida completamente alle cure, conoscenza e professionalità del professionista della salute fino al superamento della condizione patologica, in corso di malattia cronica è fondamentale che il paziente sia il più autonomo e responsabile possibile nella gestione della propria patologia; questo rapporto di collaborazione e scambio di conoscenze ed esperienze complementari è alla base del concetto di *partnership* tra il paziente e il professionista. Il cambiamento del paradigma delle relazioni di cura nella gestione delle malattie croniche è alla base del *Chronic Care Model*, modello proposto e sviluppato dal MacColl Institute of Healthcare Improvement a metà degli anni ’90, testato e sviluppato in vari setting e applicato in

seguito tramite il vasto programma nazionale americano “*Improving Chronic Illness Care*”.

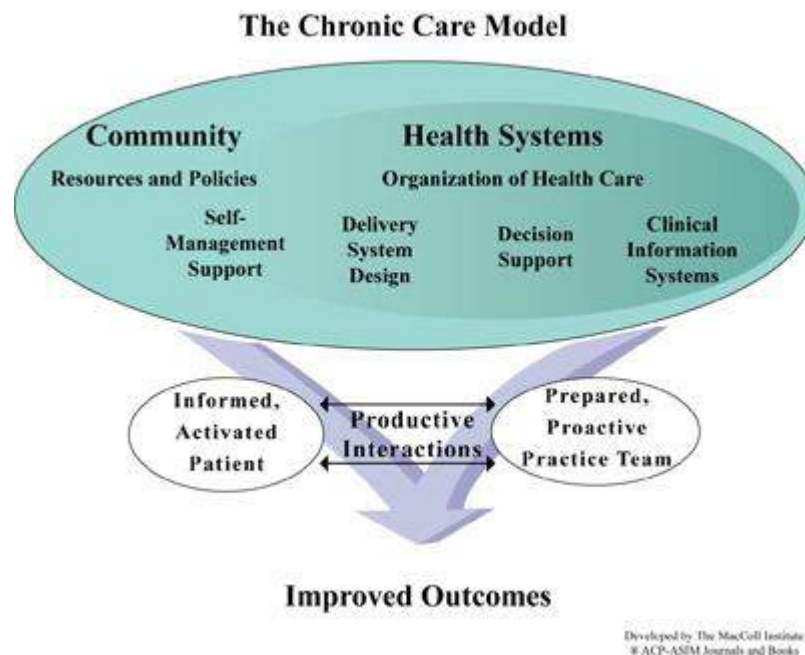


Figura 6 Rappresentazione schematica degli elementi costitutivi del CC[1]

Questo modello ha completamente cambiato l’approccio alla cura della malattia cronica in tutto il mondo e prevede distinte aree di intervento sulle quali agire per promuovere una gestione più appropriata delle malattie croniche (Fig. 6), tra cui:

- ✓ Supporto all’autogestione (*Self-Management Support*): si basa sul presupposto che tutte le persone, non solo i malati cronici, prendono decisioni e mettono in pratica comportamenti che possono influenzare il loro stato di salute e questi comportamenti costituiscono la propria capacità di gestione della malattia influenzando, più di ogni altra cosa, l’evoluzione ed il decorso delle malattie croniche. È di primaria importanza, per il medico e per tutta l’equipe, essere a conoscenza di tecniche e modi per preparare i pazienti ed i loro *caregivers* e potenziare le loro capacità di gestione della malattia in modi diversi: enfatizzando, ad esempio, la centralità del ruolo del paziente nella gestione della sua malattia oppure tramite l’utilizzo di strategie che includono l’auto-valutazione, la pianificazione degli obiettivi e delle azioni per raggiungerli, la previsione e risoluzione dei problemi e la programmazione di un attento follow-up; infine, è necessario mobilitare tutte le risorse, personali, familiari

e sociali del paziente al fine di assicurarsi che il supporto al suo processo di gestione della malattia avvenga con continuità [1].

L'adozione di questo nuovo paradigma medico-paziente, che responsabilizza quest'ultimo riguardo alla gestione della propria patologia e delinea per il medico la necessità di prestare maggiore attenzione alle sue competenze motivazionali ed empatiche, può costituire la base per un'alleanza medico - paziente nuova che permetta ad entrambi di rifondare il rapporto di fiducia su diversi presupposti.

1.6 Cambiamento nella popolazione dei professionisti della salute: il ricambio generazionale in Medicina Generale.

Di fronte allo scenario che abbiamo delineato, è necessario che le Cure Primarie siano preparate per affrontare la grande sfida che le aspetta e in cui in parte sono già impegnate; un recente studio, *“Building Primary Care in a Changing Europe”*, pubblicato dall'Osservatorio Europeo sui Sistemi e Politiche Sanitari del W.H.O, ha infatti messo a confronto le Cure Primarie di tutti i Paesi europei analizzandole sotto diversi punti di vista, alla luce del maggiore carico a cui saranno sottoposte nel prossimo decennio ed ha evidenziato un allarmante trend di invecchiamento nella popolazione dei MMG, che costituiscono il fulcro delle Cure Primarie. L'età media dei MMG di tutti i Paesi presi in esame, ad eccezione della Turchia, si colloca tra 45 e 55 anni; in Italia i dati sono ancora più allarmanti perché l'87% dei MMG ha più di 50 anni [2]. Nei prossimi 10-15 anni quindi è atteso un grande ricambio generazionale nella Medicina di Famiglia, in Italia come nel resto d'Europa, ma non in tutti i Paesi sono state intraprese iniziative politiche ed accademiche volte a conferire un maggiore prestigio alla professione del Medico di Famiglia per invogliare gli studenti di medicina ad intraprendere questo percorso. Numerosi studi condotti tra gli studenti di Medicina in diversi Paesi europei hanno denunciato infatti la scarsa considerazione che gli studenti attribuiscono alla carriera di MMG: soltanto una percentuale variabile tra il 4% (Grecia) e il 33% (UK) degli studenti intervistati aspirava ad una carriera nella Medicina Generale [10].

Le possibili strategie per potenziare le Cure Primarie e contemporaneamente affrontare il problema del ricambio generazionale sono diverse:

- ✓ Attrarre più studenti di medicina: significherebbe assicurarsi un ricambio di giovani motivati e volenterosi che scelgano la Medicina di famiglia non soltanto sulla base di giudizi negativi (ad esempio “esperienze negative in ospedale” oppure “non disponibilità di altre specialistiche”) ma sulla base di una vera aspirazione professionale (a questo proposito, uno studio condotto da alcuni membri del Vasco de Gama Movement- gruppo di lavoro europeo del WONCA- World Organization of Family Doctors- in 7 Paesi europei, in realtà ha rivelato come, rispetto a studi effettuati in precedenza, le motivazioni della scelta della professione nella popolazione degli attuali corsisti o specializzandi in Medicina Generale siano maggiormente basate su giudizi positivi rispetto a quelli negativi[10]).

- ✓ Migliorare le condizioni economiche dei MMG: sempre secondo il recente report del WHO, la retribuzione media dei MMG nella maggior parte dei paesi europei (24 Paesi sui 31 analizzati) è inferiore rispetto alla retribuzione media dei medici ospedalieri ed inoltre questa non è correlata né con il PIL del paese né con la sua spesa sanitaria complessiva, risultando quindi più come l’effetto di politiche sanitarie che delle reali condizioni del SSN del Paese.[2]

- ✓ Associazionismo medico e sperimentazioni di nuovi modelli nelle Cure Primarie per attrarre i giovani medici: in Francia ad esempio, dove si registrava un forte allarme per la mancanza di vocazioni per la MG, l’invecchiamento di quelli attivi e, soprattutto, la difficoltà di reperimento di MMG per le aree rurali e periferiche, uno studio del 2013 di Afrite *et al.* ha mostrato come, in seguito all’introduzione dell’equivalente francese delle Medicina di Gruppo e delle Case della Salute (“*groupe monodisciplinaire des médecins généralistes*” e “*maisons, pôles et centres de santé*”) si sia riusciti ad incrementare la quota di MMG nelle zone maggiormente carenti.[11]

- ✓ Reclutare professionisti della Sanità da altri Paesi: i lavoratori immigrati del settore sanitario sono tanti e provengono sia da altri Stati membri che da Paesi al di fuori dell’Unione Europea; riguardo alla situazione italiana, ad esempio, un’interessante “Speciale immigrazione” dell’IPASVI ha infatti calcolato come alla fine del 2010 gli infermieri stranieri iscritti agli albi provinciali, risultassero più di 38.000, ovvero più del 10% della popolazione totale, di cui soltanto il 55,3% di provenienza comunitaria

(prevalentemente dalla Romania)[12]. A questo proposito però, una serie di pubblicazioni del WHO della serie “*Health workforce- migration*” ha messo in guardia gli Stati sui possibili effetti devastanti dell’emigrazione massiva dei professionisti della salute dai paesi di origine, ed ha stabilito e pubblicato il “*WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel*”.[13]

2 Rinforzare le Cure Primarie: una possibile soluzione.

Le Cure Primarie rappresentano il primo livello di cure professionali, dove le persone possono presentare i loro problemi di salute e dove sono soddisfatti la maggior parte dei loro bisogni di salute e prevenzione. È universalmente ritenuto che disporre di un sistema di Cure Primarie forte contribuisca in modo fondamentale alla costruzione di un SSN di alto livello qualitativo che produca, in termini di salute della popolazione, i migliori risultati. Gli studi su cui si basano questi presupposti, realizzati prevalentemente negli anni 90, di confronto dei diversi Sistemi Sanitari a livello internazionale o interno, suggerivano il miglioramento delle Cure Primarie, fornendo prove del fatto che ad un sistema più forte potesse essere associato un migliore controllo dei costi come della qualità delle cure, oltre che ad un generale livello più efficiente ed equo di salute della popolazione. Questa convinzione, corredata dalle evidenze fornite dagli stessi studi, ha guidato i decisori della Sanità a mettere in atto riforme, sia negli Stati Uniti che in Europa, che rinforzassero il sistema delle Cure Primarie che fino agli anni '90, al contrario, era fortemente incentrato sull'istituzione ospedaliera.

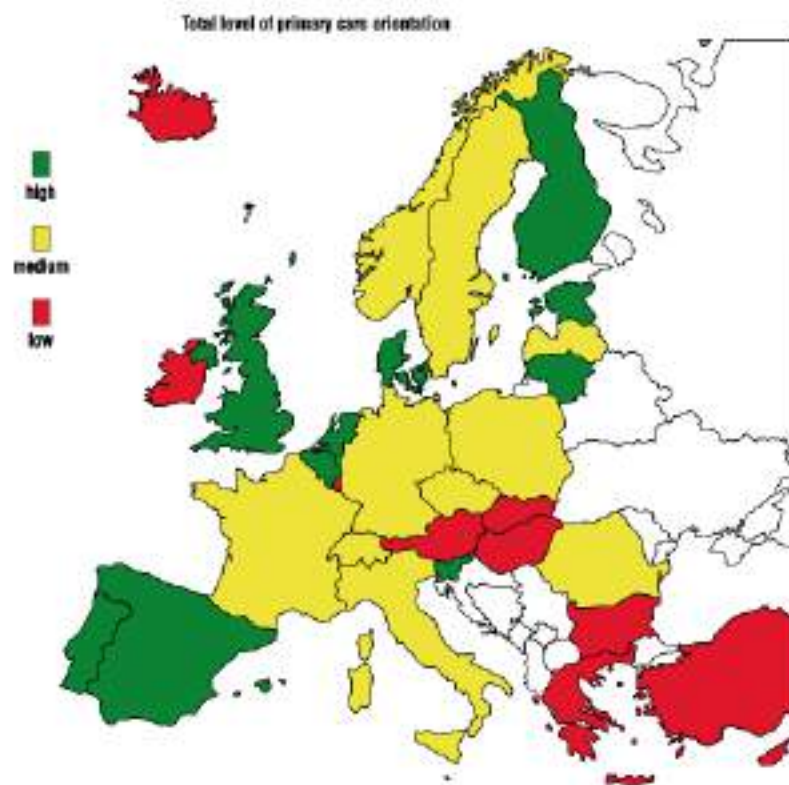


Figura 7: rappresentazione grafica dei risultati del progetto PHAMEU (UE) che ha misurato la forza complessiva dei sistemi di CP nei diversi paesi dell'Unione Europea.

Recenti ricerche però, hanno messo in discussione l'assunto per cui un Sistema Sanitario caratterizzato da un grosso investimento nelle Cure Primarie sia associato ad una riduzione dei costi totali: l'importante studio del 2012 di Kringos et al *"Europe's Strong Primary Care System Are Linked to Better Population Health But Also Higher Health Spending"*[14], sulla base dei dati raccolti nel contesto del progetto PHAMEU dell'Unione Europea (Primary Health Care Activity Monitor for Europe) mette in relazione i dati provenienti da questo progetto sulla forza e solidità dei sistemi di Cure Primarie nei diversi paesi dell'UE, con una serie di parametri (raccolti sulla base di revisioni bibliografiche e fonti statistiche ufficiali) quali spesa sanitaria pro-capite totale rapportata al PIL della nazione, incremento della spesa pro-capite dal 200-2009, numero di ricoveri evitabili (per esacerbazione di patologie croniche), gradimento della popolazione, salute generale della popolazione e, per ultimo, influenza dello status socioeconomico sulle condizioni di salute.

I risultati di questo studio hanno permesso di rispondere con evidenze aggiornate e metodologicamente corrette ad una serie di importanti domande: un sistema di Cure Primarie più forte si associa con un livello di salute della popolazione più alto ed una maggiore equità nell'accesso alle cure? Comporta un risparmio immediato o un contenimento dell'incremento della spesa? Quello che è emerso è che la forza delle CP si associa ad un livello di salute della popolazione più alto, ad una minore quota di ricoveri evitabili e, soltanto relativamente a certi aspetti, ad una minore influenza dello stato socioeconomico personale sul livello di salute. Al contrario però, rispetto ai capitoli concernenti la spesa, i risultati sono diversi da quanto atteso: se da una parte CP più forti assicurano il contenimento dell'incremento della spesa sanitaria percentuale pro-capite, dall'altra i costi per la loro implementazione hanno comportato una maggiore spesa sanitaria totale (ragguagliata al PIL nazionale); probabilmente, come suggerito dagli autori, l'investimento iniziale per costruire un sistema di CP forte e solido rappresenta uno sforzo economico indiscutibile che però garantirà nel lungo termine una maggiore stabilità del sistema, anche di fronte ad una popolazione in cui bisogni di salute ed assistenziali sono destinati ad aumentare.

3. Il modello “Casa della Salute”

3.1 Le Case della Salute sul territorio nazionale

Con riferimento ai modelli innovati nell’ambito delle Cure Primarie presenti sul territorio nazionale, nel 2013 l’AGENAS ha intrapreso un percorso di studio ed analisi con l’intento di raccogliere tutte le esperienze regionali innovative e cercare delle linee di indirizzo comuni ed in linea con le direttive e l’apparato normativo prodotto da Stato e Regioni [15]. Le regioni oggetto di analisi da parte del gruppo di ricerca sono state la Campania, Marche, Emilia-Romagna, Toscana, Sicilia e Veneto. I risultati di questa opera di monitoraggio, sintetizzati nel Report conclusivo del 2014 *“Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle regioni italiane”*, non si focalizzano sui modelli organizzativi associativi, ma si concentrano sul confronto tra gli obiettivi generali e programmi specifici considerati prioritari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione e messi in atto dalle diverse regioni. Le regioni italiane, secondo quanto emerso dalle analisi effettuate, nonostante la varietà ed il diverso stato di attuazione dei diversi programmi, presentano alcune analogie nella “vision” complessiva della struttura del SSN:

- La **Persona, la Famiglia e le Comunità** costituiscono il centro del sistema;
- Il **Distretto** rappresenta la chiave per garantire la continuità dell'assistenza;
- Il **Territorio** assolve la funzione di presa in carico continuativa delle patologie croniche;
- L’ **Ospedale** deve garantire una risposta puntuale e qualificata per singoli episodi di acuzie;
- Il **Medico di famiglia** è coinvolto in tutti i programmi come principale referente e corresponsabile del percorso di presa in carico dell’assistito

In linea con questa visione comune, sono state analizzate le iniziative realizzate nelle diverse regioni italiane e raggruppate a seconda dei loro obiettivi, modelli organizzativi, soggetti coinvolti, metodi e strumenti di verifica utilizzati. Quello che è emerso è che, al di là delle differenze, alcune iniziative si prestano alla implementazione in tutte o molte delle regioni prese in esame e quindi possono costituire un indicatore di un possibile “cammino” in una direzione comune; queste aree comuni di specifico interesse sono:

- **Medicina di iniziativa:** programmi basati sulla medicina di iniziativa sono presenti in tutte le regioni prese in esame, sia in termini di prevenzione primaria (prevenzione primaria cardiovascolare) sia secondaria (screening oncologici, vaccinazione antiinfluenzale e recentemente, anche programmi di screening anti-HPV). L'aspetto veramente innovativo di questi programmi sono le modalità di coinvolgimento dei MMG e gli interventi pro-attivi, di ricerca e riconoscimento dei soggetti a rischio;
- **Risposta ai problemi quotidiani attraverso il miglioramento dell'organizzazione della Medicina Generale:** nella maggior parte delle regioni, sono in corso esperienze innovative per migliorare l'organizzazione della Medicina Generale ed aumentare la prossimità con il cittadino attraverso: rimodulazione dell'offerta assistenziale, ampliamento degli orari di apertura degli ambulatori, prolungamento dell'orario nei giorni festivi e diffusione dell'assistenza domiciliare integrata. Di particolare rilevanza inoltre sono le esperienze diffuse di medicina associativa o le forme organizzative che presentano una notevole diversità di denominazione (equipe territoriali, UTAP, Case della Salute o altro);
- **Trattamento dei pazienti cronici:** è stato rilevato dal Report, come in tutte le Regioni siano stati previsti e sviluppati programmi di gestione delle patologie croniche prevalenti della popolazione che presentano obiettivi e finalità comuni (miglioramento del percorso di cura; garanzia della presa in carico; razionalizzazione delle risorse; integrazione gestionale e professionale tramite linee guida e protocolli condivisi etc.) ma appaiono differenti negli aspetti operativi in quanto influenzate dalle esistenti peculiarità territoriali (risorse a disposizione, modalità di lavoro etc);
- **Pluripatologia e non autosufficienza:** in questo ambito le regioni hanno sviluppato e messo in campo “*modelli di valutazione multidimensionale e modalità di integrazione dei percorsi assistenziali sociali e sanitari che, con la dimissione protetta, consentono di attivare precocemente gli interventi di cura e riabilitazione al fine di prendere in carico l'anziano non autosufficiente*”. [7]

Un altro interessante Report “*Le Cure Primarie in Italia: verso quali orizzonti di cure ed assistenza?*” è stato pubblicato nel 2013 dal gruppo *Sanità* della Fondazione ISTUD in collaborazione con FIMMG come risultato dell’attività di ricerca svolta per “analizzare lo stato di avanzamento della riorganizzazione delle cure primarie nelle regioni italiane” [16]. Questo lavoro ha cercato di fotografare in modo più specifico il livello di implementazione delle forme di associazionismo complesso della Medicina Generale (le AFT) e multi-professionali (le UCCP previste dalla Legge Balduzzi) nelle diverse regioni italiane; la situazione fotografata dallo studio ISTUD appare disomogenea: nel 2013 in Italia soltanto 9 regioni avevano avviato o disponevano già di aggregazioni assimilabili alle AFT (Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e Provincia Autonoma di Trento), 10 regioni avevano realizzato o programmato le UCCP (Abruzzo, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto e Provincia Autonoma di Trento) mentre soltanto in 4 regioni erano state previste o realizzate sia AFT che UCCP (Emilia Romagna, Piemonte, Toscana e Umbria).

Nell’ Ottobre 2015, in occasione del Congresso Sumai-Assoprof 2015 è stato presentato un lavoro svolto nel contesto del *Corso di alta formazione per medici specialisti ed altri professionisti del Sistema Sanitario territoriale* dal nome “*Regione che vai “Casa della Salute” che trovi*” che ha analizzato le principali differenze esistenti tra le UCCP di 8 regioni italiane: Emilia-Romagna, Marche, Toscana, Sicilia, Campania, Puglia, Lazio e Lombardia.[17] Lo stato di realizzazione di queste strutture sul territorio nazionale appare disomogeneo rispetto a diversi punti:

- ✱ **Denominazione:** L’analisi ha evidenziato come il primo aspetto a variare sia la stessa denominazione di queste strutture; infatti in 5 regioni si identificano con il nome di “Casa della Salute” (Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Marche e Puglia), mentre in Sicilia si chiamano PTA (Presidi di assistenza territoriale), in Campania SPS (strutture polifunzionali per la Salute) ed in Lombardia “rete di CREG” (Chronicle related Group).

- ✖ **Composizione professionale:** l'unica presenza costante osservata negli 8 modelli presi in analisi è il MMG mentre per quanto riguarda la presenza di altro personale medico (pediatri e specialisti ambulatoriali) e delle diverse professioni sanitarie la situazione è estremamente variabile: solo nelle Case della Salute di 4 regioni (Emilia Romagna, Toscana, Lazio e Marche) sono presenti tutti i professionisti della sanità territoriale: MMG, pediatri, specialisti, medici-psicologi, assistenti sociali, infermieri, ostetriche e tecnici di riabilitazione. In Lombardia le UCCP coinvolgono soltanto i MMG, mentre in Puglia solo MMG e infermieri.

- ✖ **Bacino territoriale e sede:** il bacino territoriale di riferimento e la sede fisica delle UCCP, in tutte le regioni analizzate dallo studio è variabile o non specificato e spesso le sedi sono rappresentate da presidi territoriali, ambulatoriali o ospedali preesistenti riconvertiti. Nello specifico, la Campania ed il Lazio hanno privilegiato la riconversione di strutture ospedaliere mentre in Lombardia non è prevista una sede fisica.

- ✖ **Organizzazione del lavoro e governance:** rispetto a questo punto si descrivono due situazioni diametralmente opposte: in 6 regioni (Sicilia, Emilia Romagna, Toscana, Campania, Lazio e Marche) le UCCP sono sostanzialmente presidi del distretto anche se organizzati in modo differente mentre in Lombardia e Puglia i progetti prevedono una rete dei medici di famiglia

- ✖ **Sistema informativo:** tutte e 8 le Regioni prese in esame hanno piattaforme differenti.

In conclusione, secondo l'analisi condotta dal Sumai-Assoprof, la realizzazione delle UCCP sul territorio nazionale appare altamente disomogenea nelle stesse regioni che hanno intrapreso questo percorso: nelle regioni in cui questo processo è in fase avanzata (Emilia Romagna, Toscana) permangono comunque delle disomogeneità nell'applicazione all'interno della stessa regione, mentre alcune esperienze distano in maniera tale dal concetto di UCCP proposto dalla Legge Balduzzi da non poter essere definire come tali (Lombardia e Puglia). [17]

3.2 Il sistema di Cure Primarie in Emilia Romagna

La Regione Emilia Romagna, nel contesto di cambiamento e pressioni che il SSN sta affrontando ed all'interno di questo panorama nazionale, ha iniziato un processo di riorganizzazione delle reti assistenziali ispirato ai principi dell'integrazione sia tra i diversi livelli dell'assistenza sanitaria sia tra l'assistenza sanitaria e sociale. Investire sull'integrazione del sistema significa fare in modo che tutti i diversi servizi e livelli di assistenza si articolino in maniera più fluida al fine di garantire una maggiore centralità del paziente e dei suoi bisogni. Le iniziative che vanno in direzione di un maggiore integrazione, su cui la regione ha dichiarato di voler investire sono:[18]

- Promozione della salute e attività di prevenzione individuale e collettiva;
- Identificazione delle persone fragili (sviluppo di modelli predittivi) e loro presa in carico;
- Sviluppo delle cure intermedie;
- Progetto Case della Salute e Ospedali di Comunità;
- Percorsi assistenziali per le principali patologie croniche (PDTA), con particolare attenzione alla gestione integrata delle situazioni complesse e delle multimorbilità;
- Profili integrati di cura (PIC): programma Leggieri;
- Programmi educativi (*patient-education*) e di supporto al *self-management* del paziente e della famiglia e di auto-mutuo-aiuto (AMA), formazione “paziente esperto” per il supporto all'auto-cura.

La tabella che segue schematizza in ordine temporale i riferimenti normativi (ed i loro contenuti chiave) che hanno contribuito a livello Nazionale (in grassetto) e Regionale alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale ed alla promozione di modelli organizzativi sperimentali delle Cure Primarie:

Anno	Riferimenti documento	Contenuti chiave
1999	<i>DGR 1235/1999: piano sanitario regionale per il triennio 1999/2001</i>	Istituzione dei Dipartimenti di Cure Primarie
2000	<i>Accordi Collettivi Nazionali 2000</i>	Introduzione di forme semplici di associazionismo tra MMG: -Medicina in associazione semplice -Medicina di rete -Medicina di gruppo
2000	<i>DGR 309/2000: assistenza distrettuale. Approvazione linee guida di attuazione PSR 1999/2001</i>	Costituzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP)
2004	<i>Intesa Stato-Regioni 29 Luglio 2004</i> <i>Intesa Stato-Regioni 9 Febbraio 2006</i>	Promozione di organizzazioni territoriali integrate: -favorire associazionismo medico -UTAP (Unità di Assistenza Primaria)
2005	<i>Accordo Collettivo Nazionale 2005</i>	Introduzione di: -Equipe territoriale -UTAP
2006	<i>DGR 1398/2006: accordo integrativo regionale per i rapporti con i medici di medicina generale</i>	Sviluppo organizzativo dei NCP, quale strumento di valorizzazione dell'assistenza primaria e delle funzioni del Medico di Medicina Generale
2006-2008	PSN 2006-2008	Nuove modalità di erogazione per favorire l' integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio (team multiprofessionale)
2007	Legge finanziaria del 2007 (Legge del 27 dicembre 2006 n. 296)	Istituzione di un fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del PSN fra i quali anche la sperimentazione del modello assistenziale "Case della Salute"

2007	<i>DGR 2011/2007: direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, di cui all'art. 3, c. 4, della L.R. 29/2004: indirizzi per organizzazione dei DCP, CSM, SERT e di sanità pubblica</i>	Definizione delle aree di responsabilità del Direttore di Distretto e del Dipartimento delle cure primarie separando le funzioni di valutazione del bisogno e programmazione dei servizi da quelle di organizzazione gestione dei servizi
2008	<i>Delibera Assemblea Legislativa n. 175/2008: piano sociale e sanitario 2008–2010</i>	Integrazione sanitaria e socio-sanitaria nel Distretto.
2009	<i>DGR 427/2009 linee di indirizzo regionali di attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali</i>	Valorizzazione delle professioni sanitarie all'interno delle cure primarie.
2009	<i>Accordo Collettivo Nazionale 2009</i>	Introduzione di: - Aggregazioni funzionali della MG - Unità Complesse di Cure Primarie -Flusso informativo -Tessera Sanitaria e Ricetta Elettronica
2010	<i>DGR 291/2010: indicazioni regionali per la realizzazione e l'organizzazione funzionale delle Case della Salute</i>	Definizione degli aspetti principali che caratterizzano la Casa della Salute , sede unitaria di erogazione dei servizi territoriali
2011-2013	Piano Sanitario 2011-2013	-Promozione del benessere -presa in carico globale del paziente -favorire continuità assistenziale tramite il coordinamento -ruolo di <i>gatekeeping</i> della MMG -favorire <i>empowerment</i> del paziente -valutazione esiti di salute generata
2012	Legge 189/2012 “Legge Balduzzi”	Riassetto dell'assistenza territoriale e definizione di AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali di tipo monoprofessionale) e UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie ti tipo multiprofessionale)

2013	<i>“Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza primaria e la realizzazione degli Ospedali di Comunità in regione Emilia Romagna”</i>	Definizione del modello clinico organizzativo degli Ospedali di Comunità come unità di ricovero sanitario territoriale costituite da moduli che possono essere collocati all'interno di Case della Salute o all'interno di strutture ospedaliere che riorganizzano una parte delle funzioni assistenziali
2014	<i>Intesa Conferenza Stato-Regioni della seduta del 20 febbraio 2014.</i>	Strumenti di collaborazione a distanza tra operatori (telemedicina)
2014	<i>Patto per la Salute 2014-2016</i>	
2015	<i>DGR n.221 del 2015 “Requisiti specifici per l’accreditamento del Dipartimento di Cure Primarie</i>	Approfondimento sulle caratteristiche e i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi dell’ Ospedale di Comunità e approfondimento sullo sviluppo di percorsi Ospedale-territorio .
2016 ?	<i>“Linee di indirizzo regionali sull’assetto organizzativo delle Case della Salute in Emilia Romagna” -in corso di pubblicazione-</i>	Definizione, approfondimento ed aggiornamento delle linee guida sulle Case della Salute con particolare focus sugli aspetti organizzativi/gestionali: -definizione bacino territoriale -committenza -aspetti gestionali -ruolo dell’infermiere

Figura 8: ricostruzione temporale dei principali riferimenti normativi a proposito della riorganizzazione delle Cure Primarie a livello regionale e nazionale (in bold). Adattata ed aggiornata a partire da Cacciapuoti I.(2014)

3.3 Organizzazione funzionale e strutturale delle Case della Salute

Secondo la definizione fornita dalle Linee Guida della Regione Emilia Romagna, la “Casa della Salute è un presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che coordina le attività erogate e cura le interfacce con gli altri dipartimenti. È la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell’ambito territoriale di

referimento del Nucleo di Cure Primarie (NCP)”. Un altro aspetto molto importante è che le Case della Salute non devono essere tutte uguali: al contrario è previsto che abbiano una diversa complessità in relazione alle caratteristiche orogeografiche del territorio ed alle caratteristiche demografiche e di densità della popolazione.

Le Case della Salute, secondo quanto sancito dalla RER, hanno il compito di[19]:

- ⊕ Assicurare un **punto unico** di accesso ai cittadini;
- ⊕ Garantire la **continuità assistenziale** nelle 24 ore 7 giorni su 7;
- ⊕ Organizzare e coordinare le risposte da dare al cittadino;
- ⊕ Rafforzare **l'integrazione con l'ospedale** soprattutto in relazione alle dimissioni protette;
- ⊕ Migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di **salute mentale**;
- ⊕ Sviluppare programmi di **prevenzione** rivolti al singolo, alla comunità ed a target specifici di popolazione;
- ⊕ Promuovere e valorizzare la **partecipazione dei cittadini**;
- ⊕ Offrire **formazione** permanente agli operatori.

Per perseguire questi obiettivi, la Casa della Salute deve strutturarsi in modo da garantire i seguenti servizi di base:

- ✓ **Accoglienza ed orientamento ai diversi servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali:** attraverso un servizio di accoglienza dei pazienti dotato di personale che sia in grado di orientare il cittadino a seconda dei suoi bisogni di salute.
- ✓ **Assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti:** le possibilità con cui si possono realizzare sono diverse: dalla organizzazione tra MMG per garantire una presenza H12 e l'articolazione con i servizi di Continuità Assistenziale.
- ✓ **Possibilità di completare percorsi diagnostici** nella fattispecie quelli principali, che non necessitano di ricorso all'ospedale, mediante la disponibilità di strumentazioni diagnostiche di base o telemedicina, la presenza di un punto prelievi e la collaborazione con gli specialisti ambulatoriali.

- ✓ **Gestione delle patologie croniche:** attraverso percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra: servizi sanitari territoriali ed ospedalieri, personale specialistico interno od esterno, MMG, servizi sociali e personale infermieristico.
- ✓ **Interventi di prevenzione e promozione della salute.**
- ✓ **Partecipazione della comunità locale:** terzo settore, familiari, "caregivers" ed associazioni di pazienti.

Dal punto di vista strutturale, la Casa della Salute è un edificio, organizzato per grandi aree omogenee che comprendo spazi articolati per funzione, riconoscibili dall'utente per rendere il più chiaro possibile i percorsi e l'orientamento tramite colori ed arredi. Queste grandi aree comuni sono 3: Area Pubblica, Area Clinica ed Area di Staff.

- **Area Pubblica:** è il luogo dove il cittadino-utente trascorre la maggior parte del tempo all'interno del servizio e contiene: l'ingresso, l'area principale d'attesa, il punto informazioni, il CUP ed i punti di ristoro e svago (bar, edicola e spazio polifunzionale) ma anche le aree adiacenti come il parcheggio e, se presente, il parco. Il fulcro di questa macro-area è il banco informazioni, che deve essere ben visibile dall'ingresso unico al fine di garantire al cittadino l'orientamento iniziale e l'accoglienza all'interno della struttura.
- **Area Clinica:** l'Area Clinica rappresenta il cuore del servizio, dove avvengono le prestazioni sanitarie. Può avere dimensioni molto diverse a seconda delle dimensioni e della complessità della CdS e può contenere diversi tipi di ambulatori che devono essere organizzati in gruppi basati sulle attività comuni e che possono essere, nello specifico:
 - o Ambulatori Medici (ambulatori di MMG, ma anche infermieristici e Terapia Fisica);
 - o Ambulatori per Medicina Specialistica;
 - o Ambulatorio Chirurgico;
 - o Ambulatorio Odontoiatrico;
 - o Day Service ambulatoriale;

- o Poliambulatorio;
 - o Punto Prelievi;
 - o Diagnostica per immagini (radiologia non contrastografica, ecografia, ECG ed endoscopia mobile);
 - o Presidi ambulatoriali e Centri di Medicina Fisica e Riabilitazione;
 - o Unità o punti fissi di raccolta sangue;
 - o Centro di Salute Mentale, Centro Diurno Psichiatrico, Day Hospital-Psichiatrico e Residenze Sanitarie Psichiatriche;
 - o Consultorio familiare;
 - o SERT;
 - o Assistenza Domiciliare Integrata (ADI);
 - o Assistenza protesica ed integrativa;
 - o Medicina Legale.
- **Area di Staff:** la base della Casa della Salute è proprio il personale che vi risiede e il team multidisciplinare; per questo motivo particolare rilievo è stato dato anche a queste aree, che comprendono:
 - o Zona amministrativa;
 - o Spogliatoi;
 - o Zona relax/cucina;
 - o Aule e Sale riunioni.

3.4 Il dimensionamento delle Case della Salute: le tipologie.

Il dimensionamento della Casa della Salute può variare in rapporto alla ricchezza e alla complessità dei servizi presenti che dipendono a loro volta dalle necessità del territorio e dalle strutture a disposizione. La tipologia di base della Casa della Salute corrisponde alla sua dotazione minima indispensabile che coincide con i servizi presenti nella sede del Nucleo di Cure Primarie (equipe multi professionale di assistenza primaria formata da medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali) ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di Assistenza Primaria mentre nella tipologia più complessa sono presenti ulteriori servizi che possono variare molto a seconda dei casi: i diversi servizi di cure primarie, i servizi territoriali di salute mentale e sanità pubblica. Il contesto in cui viene

realizzata la Casa della Salute ne influenza le dimensioni che però non dipendono solo dalle caratteristiche del territorio e dalla densità della popolazione presente, ma anche dalla scelta di collocare nella stessa sede, accanto ai servizi di Assistenza Primaria, funzioni specialistiche con diversi gradi di complessità.

Secondo le linee guida della Regione Emilia Romagna, le diverse tipologie previste di Case della Salute sono:

- **Casa della Salute Piccola:**

La Casa della Salute Piccola coincide con la sede del NCP e accoglie le seguenti funzioni (tra parentesi quelle non obbligatorie ma raccomandate):

- o *Area Pubblica:* Accoglienza-accettazione; Attese; CUP;
- o *Area Clinica:* Ambulatorio infermieristico + PUA; Continuità Assistenziale H12; Ambulatorio Osservazione-Terapie; Ambulatorio specialistico; Studio assistente sociale; Medicina di gruppo; Ambulatorio PLS; Ambulatorio Ostetrico; (Guardia Medica; Punto prelievi+ screening colon);
- o *Area di Staff:* CUP; Sala Riunioni (Uffici; sala polivalente).

- **Casa della Salute Media**

La Casa della Salute di dimensione Media contiene tutti i servizi del NCP ed inoltre presenta:

- o *Area pubblica:* Accoglienza, CUP e Sportello Unico.
- o *Area Clinica:* Punto Prelievi, il Poliambulatorio, l'ambulatorio Eco (a seconda delle esigenze del bacino di utenza può ospitare anche la Diagnostica Tradizionale non contrastografica), la Palestra Polivalente, il CSM, la Neuropsichiatria Infantile, il Consultorio Familiare e la Pediatria di Comunità; Per i servizi socio-sanitari si prevede il Coordinamento Assistenza Domiciliare e la Prevenzione (funzioni di Vaccinazioni, Certificazioni Monocratiche, e Screening dipendentemente dal bacino di utenza); Servizi Sociali; l'Area Amministrazione e Funzioni di Supporto; Ambulatorio infermieristico;
- o *Area Staff:* Uffici; Distribuzione Ausili Protesici; CUP; Sportello Unico; Sala riunioni; Sala Polivalente.

- **Casa della Salute Grande:**

La Casa della Salute di tipo Grande prevede la presenza di tutte le funzioni relative al NCP, tutti i servizi sanitari più importanti ed inoltre può ospitare o meno alcuni servizi particolari dipendentemente dalla complessità del territorio di riferimento;

AREA PUBBLICA		Accoglienza-accettazione	SI
		Attese	SI
		CUP*	SI
		PUA*	SI
		Sportello Unico*	SI
AREA CLINICA	Assistenza Primaria NCP	Medicina Gruppo (minimo 3 Ambulatori)	SI
		Ambulatorio Pediatrico PLS	SI
		Ambulatorio Infermieristico	SI
		Continuità Assistenziale H12	SI
		Ambulatorio Osservazione-Terapie	SI
		Ambulatorio Ostetrico (+Pap test)	SI
		Ambulatorio Specialistico	SI
		Studio Assistente Sociale	SI
		Guardia Medica	SI
	SERVIZI SANITARI	Automezzi Servizi Sanitari	SI
		Punto Prelievi (+Screening Colon)	SI
		Poliambulatorio	SI
		Diagnostica Tradizionale	SI
		(+Screening Mammografico)	SI
		Ambulatorio ECO	SI
		Recupero e Riabilitazione Funzionale	SI
		Palestra Polivalente	SI
		CSM	SI
		Neuropsichiatria Infantile	SI
		Centro Residenziale Psichiatrico	SI/NO
		Centro Diurno Psichiatrico	SI/NO
		Sert	SI
		Consultorio Familiare	SI
		Pediatria di Comunità	SI
	SERVIZI SOCIO SANITARI	RSA - Struttura protetta	SI/NO
		Centro Diurno Anziani	SI/NO
		Centro Residenziale Disabili CSR	SI/NO
		Centro Diurno Disabili	SI/NO
		Coordinamento Assistenza Domiciliare	SI
		UVM Anziani e Disabili	SI
	PREVENZIONE	Vaccinazioni	SI
		Screening Pap-test	SI
		Screening Mammografico	SI
		Screening Colon retto	SI
		Certificazioni Monocratiche	SI
		Commissione Invalidità Civile	SI/NO
	SERVIZI SOCIALI	Uffici	SI
AREA DI STAFF		Uffici	SI
		Distribuzione Ausili Protetici	SI
		CUP*	SI
		Sportello Unico*	SI
		Sala Riunioni	SI
		Sala Polivalente	SI
		Uffici di Staff	SI

Figura 9 Mostra la varietà di servizi inclusi nella Casa della Salute secondo le linee guida della Regione Emilia Romagna.

3.5 Lo stato di attuazione del progetto Case della Salute in Emilia Romagna:

Nel marzo 2015 la Regione Emilia Romagna ha pubblicato l'ultimo Report contenente la sintesi dei risultati dell'intensa opera di monitoraggio e rilevazione condotta sulle Case della Salute e sui professionisti che lavorano al loro interno.[20]

Al momento della realizzazione dello studio, le Case della Salute funzionanti in Emilia Romagna erano 67, di cui: 26 piccole, 24 medie e 17 grandi. Inoltre, altre 55 Case della Salute erano state pianificate ed in corso di realizzazione. Si conferma quindi il trend di crescita costante del numero di CdS in Regione osservabile dal 2011.

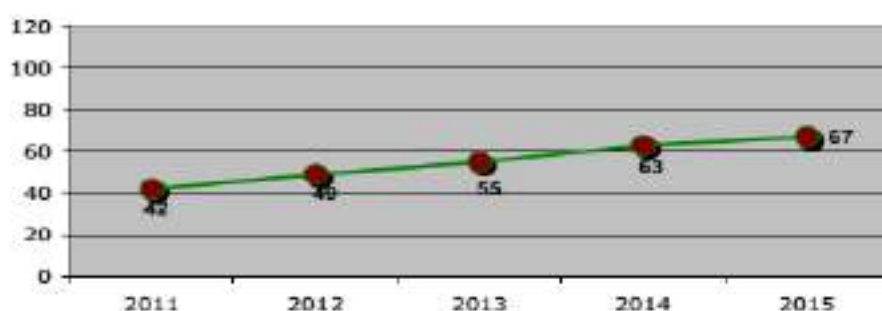


Figura 10 Mostra l'incremento annuale del numero di Case della Salute funzionanti in Emilia Romagna (fonte: REPORT RER 2015)

Dal punto di vista della distribuzione sul territorio dell'Emilia Romagna, si osserva una maggiore densità di Case della Salute attive in Area Vasta Emilia Nord, comprendente le Aziende USL di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena (32 CdS) rispetto all'Area Vasta Emilia Centrale, che comprende le Aziende USL di Bologna, Ferrara e Imola (16 CdS) ed all'AUSL della Romagna, comprendente le aree territoriali di Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini (19 CdS). [20]

La prevalenza delle diverse tipologie di CdS cambia a seconda della zona: in Area Vasta Emilia Nord prevale la tipologia piccola (56%) su quella media (25%) e grande (19%), in Area Vasta Emilia Centrale prevale la tipologia media (44%) su quella piccola (25%) e grande (31%) come anche nella AUSL della Romagna, dove prevale la tipologia media con 9 CdS (47%) su quella piccola (21%) e grande (32%).

Azienda USL		CdS Funzionanti			
		P	M	G	Tot.
Piacenza		1	1	0	2
Parma		6	5	5	16
Reggio E.		7	1	0	8
Modena		4	1	1	6
AV Emilia Nord		18	8	6	32
Bologna		2	6	1	9
Imola		1	1	0	2
Ferrara		1	0	4	5
AV Emilia Centrale		4	7	5	16
Area territoriale di:	Ravenna	1	5	1	7
	Forlì	0	2	2	4
	Cesena	1	0	3	4
	Rimini	2	2	0	4
AUSL Romagna		4	9	6	19
TOTALE		26	24	17	67

Figura 11 Distribuzione secondo Ausl di appartenenza e Tipologia delle Case della Salute in Emilia Romagna (fonte: Report RER 2015)

Per quanto riguarda i professionisti medici coinvolti nel progetto, i MMG che operano in forma associata all'interno delle CdS della Regione sono complessivamente 486, mentre i Pediatri di libera scelta sono 52. Rispetto alla presenza di infermieri la situazione è molto disomogenea nelle diverse realtà: in circa la metà delle CdS operano da 1 a 5 infermieri, mentre in 14 CdS operano un numero di infermieri superiore a 21. Riguardo alla presenza di specialisti ambulatoriali, le specialità più diffuse nelle CdS sono: Ginecologia e Ostetricia (87%), Cardiologia (81%), Oculistica (76%) e Dermatologia (61%) e ORL (51%). Altre specialità molto presenti (documentate in almeno 25 CdS) sono: Psichiatria, Fisiatria, Igiene e Sanità Pubblica ed Ortopedia. Nelle Case della Salute operano anche altri professionisti non medici, nello specifico: 163 tecnici di riabilitazione, 94 assistenti sociali, 54 ostetriche e 286 amministrativi.

4 La soddisfazione lavorativa dei Medici di Medicina Generale

4.1 La soddisfazione lavorativa: definizione e cenni di storia.

Lo studio della soddisfazione lavorativa ha una lunga tradizione ed ha visto il contributo di diverse discipline: inizialmente dominio quasi esclusivo delle scienze economiche e sociali, a partire dagli anni '50, ha assunto sempre maggiore importanza nella ricerca in psicologia e medicina del lavoro. Nonostante siano state numerose le definizioni di soddisfazione lavorativa proposte, la più nota e diffusa è certamente quella di Locke del 1976 che la definisce come “uno stato emotivo positivo e piacevole risultante dalla valutazione del proprio lavoro o attività lavorativa” [21]. Generalmente comunque, la maggior parte delle definizioni si riferiscono ai sentimenti che il lavoratore nutre nei confronti del proprio lavoro. Nel corso degli anni, l'argomento è stato affrontato da differenti punti di vista e la soddisfazione lavorativa è stata messa in relazione con variabili diverse, dipendendo anche dal contesto storico e culturale di riferimento. Frank Taylor, ad esempio, agli inizi del XX secolo sosteneva [22] che la soddisfazione sul lavoro dipendesse esclusivamente dal salario e quindi dalla ricompensa ottenuta per il lavoro, mentre soltanto all'inizio degli anni '30, grazie agli studi di Haprock, la soddisfazione sul lavoro cominciò ad essere considerata come una parte della soddisfazione generale rispetto alla propria vita e messa in relazione con una molteplicità di altre variabili tra cui la preparazione del lavoratore rispetto al lavoro, l'adattabilità dell'individuo e le sue capacità di comunicazione. Il primo studio ad adottare una prospettiva francamente psicologica fu il lavoro di Elton Mayo che sottolineò l'importanza rivestita dalle interazioni sociali e con il gruppo sul luogo lavoro ed affermò come queste fossero il principale determinante della soddisfazione lavorativa. A partire dagli anni '50 poi, gli studi sulla soddisfazione lavorativa vennero fortemente influenzati dalle teorie sulla motivazione. La teoria di Herzberg sulla soddisfazione lavorativa, infatti, si sviluppò proprio a partire dalla *piramide di Maslow*, psicologo umanista che nel 1954 teorizzò una *Gerarchia dei bisogni o delle necessità umane*: le teorie di Maslow infatti, nonostante siano state concepite per spiegare, in generale, i processi alla base della motivazione umana, sono state principalmente applicate all'ambito lavorativo ed utilizzate per spiegare la composizione della stessa. Secondo la *teoria dei fattori igienici e motivanti* di Herzberg [23], non tutti i fattori della piramide influenzano allo stesso

modo la soddisfazione sul lavoro: da una parte vi sono infatti i *fattori igienici* (condizioni di lavoro, sicurezza sul posto di lavoro, interazioni con i colleghi ad esempio) che, se assenti, possono provocare insoddisfazione lavorativa mentre, se presenti, non sono sufficienti a determinare soddisfazione; dall'altra i *fattori motivanti* (riconoscimenti professionali, retribuzione e profitti) che, se previsti, sono associati ad una maggiore soddisfazione mentre, se assenti, non sono necessariamente legati ad insoddisfazione lavorativa. Questo approccio, nonostante i risultati controversi e discordanti [24] degli studi finalizzati a testarne l'efficacia e validità empirica, ha contribuito alla discussione in merito alla complessità dei meccanismi psicologici alla base della soddisfazione dei lavoratori. Un altro significativo contributo allo sviluppo di questo filone di ricerca fu apportato dalla "Job Characteristics Theory", alla base dell'omonimo modello, una teoria [25] sviluppata a partire da studi di *work design* da G. R. Oldham e J. Richard che ebbe il merito di costruire un nesso di significato tra le caratteristiche del lavoro (*Core Job Characteristics*; ad esempio la varietà e significatività del compito, l'autonomia, il riconoscimento per la propria attività) e gli *outcomes* che queste potevano influenzare (motivazione lavorativa, soddisfazione lavorativa, tasso di assenteismo, turnover e performance) tramite la teorizzazione di tre *stati psicologici critici* (esperienza della significatività del proprio lavoro, responsabilità dei risultati ottenuto e conoscenza dei risultati ottenuti) intermedi che giustificassero, a livello cognitivo, la relazione tra i primi due. Altri studi più recenti, invece, hanno spostato il focus dei determinanti della soddisfazione lavorativa dal lavoro al lavoratore, chiedendosi se ci fossero delle variabili (genetiche, psicologiche, di genere etc) in grado di influenzarne il grado di soddisfazione, sia generale che sul lavoro, aldilà delle caratteristiche del lavoro stesso. In quest'ultimo filone di ricerca, rientrano gli studi sulla tendenza osservata [26] della soddisfazione lavorativa a mantenersi relativamente stabile nel tempo, nonostante i cambiamenti di lavoro e condizioni salariali, e quelli sulla sua relazione della soddisfazione con tratti di personalità e caratteristiche genetiche. Uno studio del 1989 di Arvey et al [27] condotto tra coppie di gemelli, ad esempio, ha fatto emergere come il 30% della varianza nella soddisfazione lavorativa possa essere giustificato da fattori genetici. In conclusione, la soddisfazione lavorativa appare influenzata da fattori sia esterni (del lavoro) che interni (del lavoratore) e quantificarne il contributo appare difficile soprattutto perché non esiste accordo unanime della comunità scientifica sull'identità ed il numero preciso dei componenti in grado di influenzarla. A questo proposito nel 2003 è stata realizzata un'ampia metanalisi [28] delle componenti utilizzate in 27 questionari di soddisfazione

lavorativa che sono state raggruppate in 11 macro aree: contenuti del lavoro, autonomia, crescita/sviluppo, riconoscimento economico, carriera, supervisione, comunicazione, collaborazione, significato, carico di lavoro e richieste. Queste macro aree potrebbero essere interpretate come le principali componenti esterne (quindi legate al contesto lavorativo) della soddisfazione lavorativa, mentre la componente interna sarebbe costituita dai tratti di personalità ed aspetti genetici.

4.2 La soddisfazione lavorativa e le sue implicazioni tra i professionisti della salute.

La soddisfazione lavorativa in ambito sanitario, in quanto costituente parte del concetto più ampio di benessere, è argomento di crescente interesse. È ormai universalmente noto infatti come i professionisti delle salute siano maggiormente esposti, rispetto alla media dei lavoratori, a patologie stress-correlate e ad una maggiore incidenza di sintomi disagio psichico riconducibili alla loro attività lavorativa; nonostante questo, tuttavia, la situazione non è in corso di miglioramento ed un recente studio ha denunciato come negli Stati Uniti, più della metà dei medici stia sperimentando un certo livello di *burnout* professionale [29]. I fattori che giustificano questo dato sono molteplici e dipendono sia dalle caratteristiche intrinseche del lavoro, caratterizzato da un grande carico emotivo e tensione, sia dal tipo di organizzazione del Sistema Sanitario cui appartengono i diversi professionisti. Le conseguenze che questo provoca non sono gravi soltanto per l'individuo che sperimenta questo stato di esaurimento, ma soprattutto per le ripercussioni che questo stato emotivo potrebbero avere sulla sua capacità di garantire cure di alta qualità. Al contrario, una maggiore soddisfazione lavorativa si associa, in un rapporto di reciprocità, con una maggiore soddisfazione generale e costituisce un fattore protettivo per l'esaurimento professionale o *burnout*. [30]

4.3 La soddisfazione lavorativa nelle Cure Primarie

Nonostante l'estrema importanza del problema, i primi studi indirizzati specificatamente ad indagare su larga scala la soddisfazione lavorativa dei Medici di Famiglia comparvero in Europa intorno agli anni '80 anche in seguito alla pubblicazione di inchieste di denuncia per l'alta incidenza di suicidi e patologia cardio-vascolare (considerate patologie stress-correlate) tra i MMG del Regno Unito [31]. Sia all'interno della comunità medica sia rispetto alla popolazione generale, è ormai noto come i MMG siano una delle categorie professionali maggiormente soggette a stress dovuto al lavoro; per citare solo la più recente, il "Medscape Lifestyle Report 2016: Bias and Burnout"[32] colloca la Medicina di Famiglia al quarto posto per incidenza totale di *burnout* ed all'ottavo posto per gravità dello stesso (Fig 1).

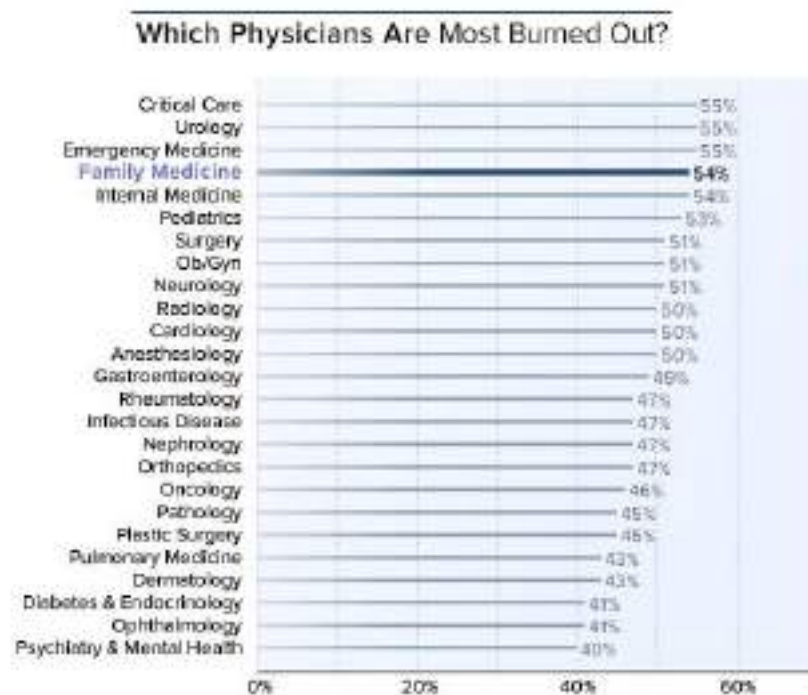


Figura 12: mostra i risultati dell'inchiesta "Medscape Lifestyle Report 2016: Bias and Burnout" condotta tramite questionario. I risultati collocano la Medicina di Famiglia al quarto posto per incidenza di burnout..

Similmente, un'inchiesta pubblicata nel 2015 sul *Mayo Clinic Proceedings* che ha confrontato i cambiamenti in termini di *burnout* e *job satisfaction* tra i Medici degli Stati Uniti dal 2011 al 2014 [29], ha evidenziato come la situazione sia in costante peggioramento, sottolineando l'importanza dell'argomento del nostro interesse. Garantire un livello adeguato di soddisfazione lavorativa all'interno delle Cure Primarie

costituisce, infatti, un punto centrale ed essenziale per un Sistema Sanitario proprio perché queste sono responsabili di una “fetta” di assistenza senza eguali nel panorama delle specialità mediche e perché i cambiamenti in questo settore sono in grado di provocare un grande impatto sulla salute della popolazione

4.4 Relazione tra soddisfazione lavorativa e qualità delle cure offerte.

La relazione tra soddisfazione lavorativa e prestazione professionale costituisce da tempo un oggetto di dibattito nella comunità scientifica: nello specifico, in ambito sanitario, il focus del problema sta nella capacità della soddisfazione lavorativa di correlarsi direttamente con la qualità delle cure offerte e quindi, secondariamente, con *outcomes* di salute misurabili a livello della popolazione generale. Benché possa risultare spontaneo ipotizzare che questa relazione sia diretta ed evidente, gli studi in proposito non sono concordi nell’affermarlo: alcuni studi hanno rilevato come alti livelli di soddisfazione lavorativa dei medici fossero correlati con una gestione migliore delle attività di prevenzione e cura ed un alto livello di soddisfazione degli stessi pazienti [33, 34]. Mentre esiste un sufficiente consenso nel ritenere questa associazione probabile, non c’è accordo né evidenza su quali delle dimensioni che compongono il benessere generale (*well-being*) siano maggiormente capaci di influenzare la soddisfazione lavorativa e, quindi, la qualità delle cure.

Una recente revisione sistematica della letteratura [35] è stata effettuata proprio al fine di arrivare ad un accordo sulla relazione esistente tra il benessere del Medico (nelle sue diverse componenti) e la qualità delle cure che è in grado di offrire. I risultati degli studi presi in esame sono concordi nel riconoscere un’associazione positiva tra la soddisfazione lavorativa ed alcuni aspetti interpersonali della relazione con il paziente: maggiore cura degli aspetti psicologici, maggiore accuratezza nel fornire informazioni su diagnosi e trattamenti e maggiore propensione a consigliare programmi di screening (medicina di iniziativa). Uno studio ha inoltre evidenziato un’associazione positiva tra la soddisfazione del MMG e l’aderenza terapeutica del paziente come anche con la sua propensione a mettere in pratica consigli e stili di vita più salutari: questo potrebbe essere dovuto alla sopracitata maggiore accuratezza nel fornire le corrette informazioni al paziente ma non si può escludere che una soddisfazione più alta del professionista si accompagni anche ad una maggiore capacità di sviluppare empatia con il paziente. Relativamente alla relazione tra “benessere occupazionale” del Medico e soddisfazione del paziente invece, gli studi

non sono unanimi nel descrivere una relazione francamente positiva ma, nonostante ciò, quelli che riportano un'associazione tra le due variabili sono più numerosi di quelli che non riscontrano alcuna associazione. Per gli aspetti più strettamente tecnici della cura, come anche per gli *outcomes* di salute misurabili sulla popolazione generale, la revisione evidenzia come le ricerche effettuate siano poco numerose e non sufficientemente accurate per poter affermare che vi sia una relazione positiva tra il benessere professionale del medico e la qualità (in termini tecnici) delle cure offerte. Per quanto riguarda invece l'associazione tra insoddisfazione e qualità delle cure, alcuni studi revisionati dagli stessi autori hanno evidenziato come ad un basso livello di soddisfazione lavorativa corrispondano peggiori *outcomes* clinici, che possono essere spiegati ad esempio da una minore aderenza terapeutica da parte del paziente, dall'aumento di affetti avversi dovuti a minore appropriatezza prescrittiva [36] del medico o più in generale, ad un aumento del livello di stress e *burnout* che compromette la qualità delle cure offerte.[37]

Materiali e Metodi

1. Scelta e sviluppo del questionario.

La decisione è ricaduta immediatamente e senza incertezze sull'utilizzo di uno strumento già in uso, considerando lo sforzo e le competenze (medicina e psicologia del lavoro, statistica) che sarebbero state necessarie per sviluppare uno strumento ex-novo. La ricerca di uno strumento adatto alle nostre esigenze è iniziata con una revisione bibliografica, inizialmente in lingua italiana, poi in inglese e spagnolo. Le caratteristiche dello strumento ideale dipendono soprattutto da quelle della popolazione da studiare e dalla finalità della ricerca che si sta cercando di portare avanti ma sono ben riassunte dal documento dell'EMGO "*Questionnaires: selecting, translating and validating*"[38]:

- *Suitability*: Idoneità dello strumento a studiare la popolazione a cui si rivolge lo studio;
- *Content validity*: ovvero l'idoneità delle domande contenute nel questionario a fornire una risposta esaustiva e comprensiva al concetto oggetto di studio;
- *Burden on respondent*: Il carico sul soggetto che compila il questionario, sia esso in termini di tempo, di difficoltà o emozionali;
- *Availability of measurement properties* o disponibilità delle proprietà di misurazione: si intende la disponibilità di studi ed informazioni che attestino la corretta esecuzione di prove volte a certificare la attitudine del questionario a misurare la variabile oggetto di analisi;
- *Practical aspects*: aspetti pratici relativi a tempi, costi di copyright, complessità delle metodologie di analisi dei risultati.

1.1 Il questionario “Font-Roja”

Nell’ottica di focalizzare lo studio sulla soddisfazione lavorativa dei professionisti, per prima cosa è stata effettuata una ricerca bibliografica al fine di identificare in letteratura precedenti studi di *job satisfaction* all’interno delle Cure Primarie.

La ricerca bibliografica è stata condotta su PubMed utilizzando le comuni strategie di ricerca avanzata ed utilizzando le principali parole chiave in italiano, inglese e spagnolo. Abbiamo ottenuto un consistente numero di lavori in inglese (condotti in Nord Europa, Germania e UK) e spagnolo (condotti in Spagna ed America Latina) mentre non è stato agevole rintracciare studi, pubblicati su riviste scientifiche nazionali ed internazionali, volti specificatamente ad indagare la soddisfazione lavorativa dei MMG sul territorio nazionale. Per questo motivo, non è stato possibile utilizzare uno strumento già sperimentato per condurre la ricerca e si è reso necessario tradurre un questionario.

La decisione di preferire un questionario (strumento di analisi prevalentemente quantitativo alla base di inchieste campionarie e sondaggi tipici della ricerca sociale) e di preferirlo ad altre tecniche qualitative come il *Case Study* o *Focus Group*, è stata effettuata per una serie di motivazioni:

- la grande variabilità nel funzionamento, storia ed organizzazione delle singole CdS all’interno sia delle Province che del territorio regionale, non ci avrebbe permesso di trarre delle considerazioni generali sulla base dello studio di poche unità con una metodica più qualitativa;
- le CdS sono sì una realtà relativamente nuova (nel marzo del 2013 le CdS funzionanti in Emilia Romagna erano 31[39]) ma ormai insistono numerose e da diversi anni sul nostro territorio ed il nostro interesse si è focalizzato sul tentativo di trarre le prime considerazioni di carattere generale per rintracciarne i caratteri comuni, superando la specificità delle singole situazioni per costruirne un quadro più di insieme che assumesse il punto di vista dei MMG;
- sui diversi territori Provinciali alcuni Focus Group tematici sul *lavoro del MMG nella CdS* erano già stati condotti sia da membri della SIMG Emilia Romagna (L.Mantovani, C. Vincenzi e F.Bastiani[40]) sia dalla stessa Regione (*fonte: documentazione interna*) e gli aspetti più significativi emersi dalla lettura di questi

report sono stati raccolti e sintetizzati sotto forma di domande sezione tematica del questionario;

- La metodica del questionario risultava essere la più pratica per raggiungere tutti i MMG che costituiscono la popolazione di riferimento dello studio, che spesso, per la stessa natura e fini delle CdS, si trovano in zone di montagna o distribuite capillarmente in territori a bassa densità abitativa, mentre solo una piccola parte di esse si trova nei capoluoghi di Provincia;
- La scelta di uno strumento che permetta analisi di tipo quantitativo consentirà, se ne sarà avvertita l'utilità, di effettuare considerazioni di tipo comparativo con ulteriori studi.

Certamente, uno degli aspetti più innovativi del lavoro del MMG nelle CdS rispetto all'ambulatorio del singolo, ma in parte anche al MMG organizzato in gruppo, è la presenza del *team multidisciplinare*. Il Medico nella CdS si trova quindi non solo ad interfacciarsi con colleghi ma anche con professionisti medici e non medici con diversi compiti (specialisti e dirigenti) e formazione. Per questo motivo una particolare attenzione è stata posta nell'individuazione di un questionario che contenesse domande volte specificatamente ad indagare la percezione della qualità dei rapporti interpersonali tra colleghi e interprofessionali.

Il Questionario *Font-Roja* si è rivelato adatto a rispondere alle necessità descritte in precedenza perché presenta le seguenti caratteristiche:

- ✓ Brevità e semplicità della compilazione (27 items);
- ✓ Numerose applicazione nel contesto delle Cure Primarie in Spagna [41-44];
- ✓ Presenza di due cluster di domande dedicati specificatamente al Team dei professionisti: (D5) Relazioni interprofessionali e (D8) relazioni interpersonali tra colleghi.

Il *Font-Roja* è un questionario di soddisfazione lavorativa in lingua spagnola adattato da Aranaz J. *et al* [45] sulla base di uno strumento utilizzato nel *Tecumseh Community Study*[46]. In Spagna è stato ampiamente applicato sia nel contesto ospedaliero che nelle Cure Primarie a personale medico, infermieristico e ad altri lavoratori del settore sanitario[41-44]. È composto da 27 affermazioni (*items*) organizzati in 8 dimensioni tematiche:

- **D1 Carico di lavoro:** le domande di questo gruppo sono volte ad indagare quanto il medico considera adeguate le sue mansioni rispetto al tempo a sua disposizione e la sua sensazione di stanchezza o esaurimento;
- **D2 Opportunità di crescita professionale:** queste affermazioni riguardano la crescita professionale, le prospettive di carriera e la percezione di autonomia sul lavoro;
- **D3 Soddisfazione sul lavoro:** è inteso come il grado di soddisfazione che sperimenta l'individuo grazie al suo posto di lavoro;
- **D4 Monotonia lavorativa:** riguarda la varietà delle mansioni lavorative e contiene domande che indagano la percezione della propria indipendenza ed autonomia nell'organizzazione del lavoro;
- **D5 Relazioni interprofessionali:** indaga la qualità delle relazioni sia con i superiori (che nella realtà italiana è meglio definire coordinatori, responsabili o decisori) sia con gli altri professionisti presenti nella struttura diversi dai colleghi, ai quali è dedicata una sezione a parte;
- **D6 Competenze professionali:** questo gruppo racchiude una serie di domande che intendono valutare quanto il lavoratore si senta competente e all'altezza di realizzare il lavoro che svolge e se questo corrisponda alle sue aspettative e meriti professionali;
- **D7 Stress lavorativo:** indaga la capacità e possibilità del professionista di "disconnettersi" dal lavoro al termine della giornata e quanto le questioni legate al proprio lavoro influenzino la sua qualità della vita;
- **D8 Relazioni tra colleghi:** si concentra sulle relazioni tra colleghi all'interno della stessa struttura, in termini di collaborazione, empatia e socievolezza.

Nel questionario originale, ad ogni domanda è associata una scala **Likert** con puntuazione da 1 a 5 mentre nel contesto di questo studio, al fine di polarizzare maggiormente le risposte e consentire una prima analisi più qualitativa è stato scelto di ridurre le opzioni a 4.

La Soddisfazione Media Globale (SMG) è stata ottenuta in due modi:

- SMG₁ Sommando le medie delle singole dimensioni e dividendola per il numero di dimensioni [44];
- SMG₂ Sommando i punteggi attribuiti ad ogni *Items* ed ottenendo un numero intero [43].

1.2 Adattamento transculturale del questionario Font Roja

Al fine di ottenere una versione che fosse adatta alla nostra realtà nazionale, concettualmente equivalente al questionario di origine e che utilizzasse un linguaggio comprensibile e scorrevole sono state utilizzate, come linee guida procedurali, quelle proposte e raccomandate dal IQOLA project e sintetizzate da Beaton et al in “*Guidelines for the process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures*” [47]. La definizione di “adattamento interculturale” fa riferimento ad un intervento che considera sia la componente linguistica che quella culturale nel processo di traduzione di un questionario da utilizzare in uno scenario diverso da quello di origine[47]. Secondo Guillemin *et al*[48] infatti, quando ci apprestiamo a tradurre un questionario, dobbiamo sempre pensare alla popolazione a cui questo è diretto e porci le seguenti domande: la popolazione a cui faremo riferimento in cosa differisce da quella di origine? Cultura, lingua o nazione? A seconda di queste differenze l’adattamento richiesto sarà diverso, sia esso soltanto culturale (come nel caso di una comunità radicata di migranti all’interno di un determinato paese) oppure linguistico-culturale. La traduzione in italiano del questionario Font-Roja ha chiaramente richiesto un adattamento sia sul piano linguistico che culturale, rientrando quindi nella categoria *E* tra quelle proposte da Guillemin[48]. Seguire il processo di adattamento transculturale significa provare ad ottenere la massima equivalenza possibile tra lo strumento originale e quello di destinazione, ma questo non basta ad assicurare la sua perfetta affidabilità, che andrà comunque indagata tramite studi-pilota e valutazioni successive[47].

Durante la traduzione del questionario Font-Roja, si sono applicate le linee guida descritte schematicamente nella Fig.9 per garantire allo strumento una buona affidabilità, ma non sempre è stato possibile applicare in modo rigoroso tutte le singole tappe, soprattutto a causa della mancanza di traduttori professionisti disponibili.

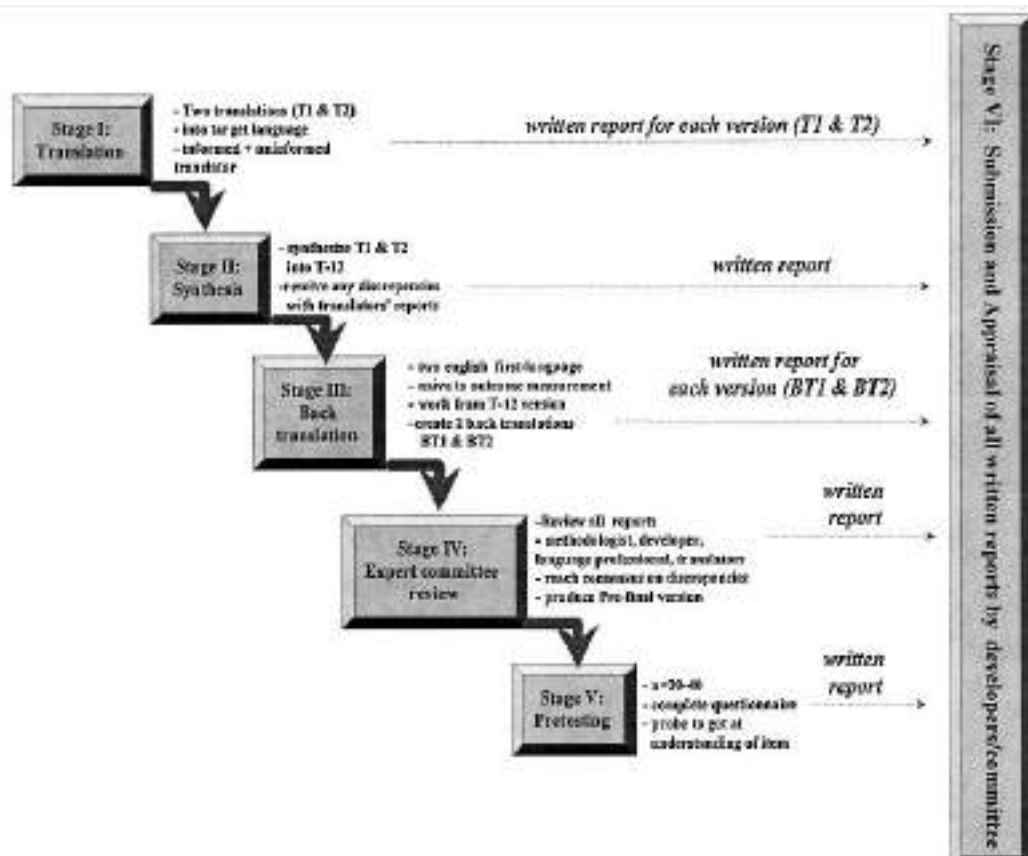


Figura 13: rappresentazione grafica delle principali tappe del processo di adattamento transculturale (originale di Beaton et al)

Descriverò qui di seguito brevemente il processo di traduzione e adattamento che abbiamo realizzato, i vari attori coinvolti nel processo e le principali difficoltà incontrate:

Stage I: Traduzione iniziale

La traduzione iniziale del questionario Font Roja è stata affidata, come raccomandato da di Beaton *et al*, a traduttori non professionisti: studentesse di Medicina e Chirurgia, madrelingua italiana (*target language*) e con conoscenza approfondita della lingua spagnola maturata grazie all'esperienza Erasmus svolta presso due diverse Università spagnole nell'anno accademico 2013/14. Diversamente da quanto raccomandato dalle

linee guida però, secondo cui i due traduttori iniziali avrebbero dovuto avere due profili accademici diversi: uno con formazione medica per assicurare una maggiore equivalenza da una prospettiva clinica, l'altro con una formazione non-medica per garantire l'utilizzo di un linguaggio comune, sono stati coinvolti tre traduttori con un profilo simile. Nonostante questa differenza, i motivi per cui riteniamo che la nostra proposta di traduzione sia altrettanto accettabile sono essenzialmente due:

- a- Sono stati coinvolti tre traduttori, per colmare l'assenza di differenza nel background;
- b- Il questionario tradotto è un questionario di soddisfazione lavorativa, senza elementi spiccatamente clinici né medici; l'influenza della formazione del traduttore quindi riteniamo possa essere stata minore;

Le traduzioni proposte sono state essenzialmente diversi: la prima ha proposto una traduzione più letteraria e molto aderente al testo di origine (T1), la seconda ha optato per un'interpretazione più elegante e linguisticamente molto vicina al parlato (T2), mentre la terza traduzione (T3) è apparsa come una mediazione tra i due approcci, con scelte lessicali interessanti.

Stage II: Creazione di una versione di sintesi (T1-T2-T3)

La versione di sintesi è stata creata sulla base delle tre precedentemente citate; abbiamo optato per uno stile semplice, di comprensibilità immediata, soprattutto al fine di minimizzare i tempi di compilazione. I medici infatti sono una popolazione difficile da studiare, dato il pochissimo tempo a disposizione e le numerose incombenze, anche burocratiche, che fanno parte del loro lavoro; poiché l'adesione al nostro studio sarebbe stata completamente volontaria, abbiamo cercato di snellire al massimo tutte le fasi del processo. Non è stato difficile trovare un accordo sulla traduzione da scegliere e nella maggior parte dei casi non abbiamo preferito una versione ma costruito una sintesi basata sulle scelte stilistiche e lessicali delle varie opzioni.

Abbiamo riscontrato alcune difficoltà soltanto nella traduzione di modi di dire tipicamente spagnoli come “*dar abasto*”, “*valer la pena*” o “*afectar mis horas de sueño*”, o nell'adattare alcuni termini che fanno riferimento ad un contesto lavorativo di riferimento in parte diverso. La principale e sostanziale differenza tra la Medicina di Famiglia in Italia, anche quando organizzata nelle Case della salute, e quella spagnola, è il tipo di contratto che lega il singolo professionista al SSN: in Spagna tutti i MMG sono

dipendenti del SSN, mentre in Italia sono liberi professionisti convenzionati. A causa di questa differenza sostanziale, alcuni termini che all'interno del questionario facevano esplicito o implicito riferimento ad una relazione di lavoro di tipo subordinato da parte del medico, sono stati tradotti con perifrasi o termini più generici ed elastici in modo che si potessero adattare alla realtà italiana.

Stage III: Traduzione inversa (BT1)

La terza fase del processo di adattamento transculturale prevede che la versione di sintesi basata sulle traduzioni iniziali venga ri-tradotta dalla lingua di destinazione (*target language*) alla lingua di origine (*source language*) da due madrelingua della lingua originale con ampia padronanza della lingua di destinazione. Nel nostro caso è stata coinvolta come traduttrice una studentessa di Medicina e Chirurgia spagnola che si trovava a Modena grazie al programma Erasmus, con una formazione simile ai tre traduttori della versione iniziale.

La traduzione proposta dalla studentessa è stata successivamente visionata e commentata da N. Sigman (madrelingua spagnola e lettrice di Lingua Spagnola presso l'Università di Modena e Reggio Emilia), che ha evidenziato alcuni nodi linguistici più ambigui da approfondire nella successiva fase del processo: la discussione in gruppo.

La funzione della traduzione inversa è quella di sottolineare le piccole sfumature di significato ed evidenziare le parole il cui significato è più incerto: grazie a questa fase infatti è stato possibile focalizzare la discussione di gruppo seguente, sui passaggi più ambigui della traduzione. Non è detto infatti che una perfetta corrispondenza tra le due versioni, quella originale e quella risultante dalla traduzione inversa, sia indice di una traduzione riuscita: al contrario, testimonia soltanto un'esatta corrispondenza linguistica che corre il rischio di non considerare il contesto di riferimento e le piccole sfumature del linguaggio veicolare[48].

Stage IV: Riunione del comitato di revisione e produzione della versione semi-definitiva.

L'ultima tappa consiste nella stesura della versione finale che prevede, prima di tutto, la riunione dell'intero gruppo di persone coinvolte nell'iter di traduzione, per discutere degli ultimi dettagli linguistici e lessicali e raggiungere il consenso circa la versione finale. In particolare, come indicato di nuovo da Guillemín *et al*, il ruolo del comitato di revisione consiste anche nel verificare l'equivalenza tra il questionario di origine e quello di destinazione in quattro aree[48]:

- I. *Equivalenza semantica*: si concentra maggiormente sul significato letterale delle singole parole e sugli aspetti grammaticali.
- II. *Equivalenza idiomatica*: verifica l'equivalenza delle espressioni colloquiali o dei modi di dire. Nel nostro caso, fortunatamente, i modi di dire riscontrati nel questionario spagnolo sono di comune utilizzo anche in italiano: “*echar una mano*” corrisponde all'italiano “dare una mano”, mentre “*vale la pena*” è addirittura indistinguibile dall'espressione italiana.
- III. *Equivalenza esperienziale*: si intende una corrispondenza per quelle frasi o espressioni che rimandano ad aspetti della vita quotidiana. Nel nostro caso, essendo un questionario di soddisfazione lavorativa rivolto a sanitari di un paese con un Sistema Sanitario sostanzialmente simile al nostro, non sono state riscontrate particolari difficoltà.
- IV. *Equivalenza concettuale*: intesa come equivalenza nel significato profondo di due termini letteralmente equivalenti. La maggior parte dei problemi sono sorti a proposito di termini che implicitamente, se tradotti letteralmente dallo spagnolo, facevano riferimento ad un contesto lavorativo gerarchico e subordinato (nella relazione tra personale medico e SSN), che in Italia non si applica alla Medicina Generale. Alcuni esempi: la traduzione di “*lugar de trabajo*” è stata resa con l'espressione più generica “sul lavoro” al posto della più letterale “posto di lavoro”; il termine “*jefes*”, letteralmente corrispondente a “capi”, sarebbe stato accolto con fastidio dalla comunità medica e non si sarebbe potuto adattare alla realtà molto più orizzontale del rapporto tra SSN e MMG, ed è stato quindi tradotto con il più elastico “responsabili”.

La composizione del gruppo di ricerca rispettava gli standard minimi richiesti per la qualificazione come comitato di revisione con la funzione di redigere la versione finale e dare inizio al test. Il gruppo infatti comprendeva, come indicato dalle linee guida: un metodologo esperto in ricerca (O.Capelli), un professionista della salute (M.S.Padula, MMG e docente) e la responsabile dell'iter di traduzione (A.Serafini, laureanda); il traduttore professionista (N.Sigman) è stato interpellato telefonicamente in seguito alla riunione del gruppo su quesiti specifici per chiarire alcuni punti su cui rimanevano perplessità ed ha potuto visionare, al termine della stesura della versione finale, tutto il materiale prodotto dal gruppo.

Un ulteriore contributo alla redazione della versione finale è stato apportato da D. Malmusi, medico ricercatore presso l'*Agència de Salut Pública de Barcelona (Espanya)*, che ha revisionato la versione pre-definitiva prodotta dal gruppo e suggerito le ultime modifiche.

Stage V: Pre-Test

Il Test preliminare è stato condotto inviando il questionario tramite e-mail a 5 Mmg che sono stati successivamente contattati telefonicamente per un'intervista a proposito della chiarezza e comprensibilità del questionario. Durante le diverse interviste i MMG interrogati non hanno evidenziato alcuna criticità o difficoltà nella compilazione del questionario; per questo motivo è stato concordato di non apportare ulteriori modifiche alla versione semi-definitiva, che corrisponde quindi alla nostra traduzione definitiva, e dare inizio alla fase di validazione vera e propria.

1.3 La scala di Likert: pari o dispari?

Dopo aver ultimato la traduzione delle diverse affermazioni (*items*) si è posto il problema della scelta della scala di Likert da utilizzare: pari, forzando il soggetto a polarizzare la sua posizione in senso positivo o negativo, oppure dispari, lasciando l'opzione di "neutralità" o "indifferenza"? In proposito esiste una lunghissima discussione nel mondo accademico, che si concentra essenzialmente su due punti:

- ✓ Tutti i soggetti attribuiscono lo stesso valore all'opzione di mezzo o neutralità? Alcuni studi[49] suggeriscono che non sia così, e in questo caso il questionario perderebbe di accuratezza.
- ✓ Forzare il soggetto a prendere una decisione, a schierarsi in positivo o negativo, quando questo avrebbe assunto una posizione di sincera neutralità se gli fosse stata concessa, non inficia allo stesso modo la accuratezza della rilevazione?

Entrambe le opzioni presentano pro e contro²; infatti, mentre da un lato la scelta di concedere l'opzione di mezzo presenta il sostanziale vantaggio di fornire all'intervistato una "via di fuga" di fronte ad un'affermazione rispetto alla quale non ha una specifica opinione o nel contesto di un tema particolarmente delicato, dall'altro potrebbe anche indurre il soggetto a scegliere la "scorciatoia" della neutralità piuttosto che soffermarsi a riflettere per prendere una posizione. Inoltre è giusto aggiungere che non tutte le persone attribuiscono all'opzione di mezzo la stessa connotazione positiva o negativa, ed esiste pertanto il rischio di raccogliere risposte meno accurate. Questo rischio però esiste anche per le scale pari, che escludono cioè l'opzione di mezzo, in quanto la forzatura obbligata in senso positivo o negativo può portare il soggetto a scegliere una risposta che non lo rappresenta del tutto, oltre a generare un senso di fastidio e frustrazione che potrebbero indurlo ad abbandonarne la compilazione, soprattutto se quest'ultima avviene su base volontaria. Nonostante ciò i vantaggi di una scala pari sono numerosi: sprona alla riflessione ed alla sintesi sull'esperienza, ed elimina possibili interpretazioni ambigue del mid-point [51].

Al termine di questa riflessione, e considerate le caratteristiche della popolazione in esame (MMG) e dell'argomento dell'indagine (la soddisfazione lavorativa), è stato scelto di eliminare l'opzione neutrale e di costruire una scala di Likert basata sulla possibilità di esprimere quattro diverse opzioni, polarizzate dal per nulla d'accordo

² Una discussione interessante in proposito tra accademici si può leggere sul sito Researchgate: 50. Justin, J. "*Are the neutral and undecided options given in a likert-type scale different?*". Available from: https://www.researchgate.net/post/Are_the_neutral_and_undecided_options_given_in_a_likert-type_scale_different.

al totalmente d'accordo (Fig2). Le riflessioni alla base di questa scelta sono state diverse: in primo luogo l'oggetto dell'analisi corrispondeva alla soddisfazione lavorativa, che nonostante fosse un tema molto personale non era certamente motivo di controversie; inoltre non erano richieste né conoscenze pregresse né prese di posizione o opinioni specifiche per compilare il questionario, solo la propria personale esperienza e il suo contenuto emozionale. La decisione di concedere soltanto quattro opzioni è derivata dalla volontà di minimizzare e semplificare al massimo anche l'interfaccia grafico del questionario e ridurre i tempi necessari per la sua compilazione.

The image shows two items from a questionnaire. Each item consists of a statement followed by a 4-point Likert scale. The first item is: "Molto raramente il mio lavoro incide negativamente sulla mia salute, il mio stato d'animo o le mie ore di sonno.*" with a scale from 1 to 4. Below the scale are four radio buttons, with the first one selected. The second item is: "Mi sento molto soddisfatto del lavoro che svolgo.*" with a scale from 1 to 4. Below the scale are four radio buttons, with the third one selected. The labels "Per nulla d'accordo" and "Totalmente d'accordo" are positioned at the ends of the scales.

Molto raramente il mio lavoro incide negativamente sulla mia salute, il mio stato d'animo o le mie ore di sonno.*

1 2 3 4

Per nulla d'accordo ☒ ☐ ☐ ☐ Totalmente d'accordo

Mi sento molto soddisfatto del lavoro che svolgo.*

1 2 3 4

Per nulla d'accordo ☐ ☒ ☐ ☐ Totalmente d'accordo

Figura 14- Esempio di Item del questionario Font Roja-ITA con scala di Likert 1-4.

2. La sezione tematica: il lavoro del MMG nelle Case della Salute

2.1 Individuare i temi-chiave: un approccio qualitativo

La prima fase di riflessione sul modello Casa della Salute in Emilia Romagna è stata condotta con un approccio di tipo qualitativo: la ridotta disponibilità letteratura sul tema “Case della Salute”, la novità del *setting* e la realtà di work-in-progress della maggior parte dei casi oggetto dello studio, non permettevano infatti un approccio iniziale di tipo quantitativo. I professionisti coinvolti in questa fase sono stati numerosi: da una parte infatti il gruppo SIMG Emilia Romagna ha condotto diverse analisi preliminari attraverso il metodo del Focus Group e del Brainstorming finalizzate alla stesura del programma del Workshop Regionale SIMG di Ottobre 2015 [40], dall'altra i singoli professionisti coinvolti nelle esperienze di costruzione delle Case della Salute hanno organizzato e comunicato le loro esperienze al pubblico sotto forma di presentazione orale. In numerose occasioni abbiamo potuto assistere a queste comunicazioni ed interagire con i professionisti coinvolti (che sono da considerarsi come i testimoni privilegiati di questo innovativo contesto lavorativo), ad esempio:

- Workshop SIMG Regionale “I Medici di Medicina Generale nelle Case della Salute: dove c'è casa c'è salute? Come renderlo possibile.” Parma e Modena, 3-4 Ottobre 2015.[40]
- Laboratorio Italo-Brasiliano di Salute Collettiva (II ed) Ferrara, Bologna 9-13 febbraio 2015[52];
- Community of Practice per professionisti afferenti alle Case della Salute (Ce.Ri.S.Ma.S) giugno-dicembre 2015;
- Relazione sul tema Case della Salute della Dott.ssa Marastoni (CdS Parma Centro) presso il Nucleo di Cure Primarie a Modena;
- Visita ed esperienza di tirocinio presso la Casa della Salute “Alto Frignano” di Pievepelago presso il Dott. Bernardi.

Durante tutti questi incontri abbiamo avuto occasione di maturare una serie di riflessioni sui temi oggetto delle discussioni più accese ed i passaggi più problematici del processo di costruzione di questo modello innovativo di Primary Care. Oltre alle singole relazioni ufficiali e presentazioni, anche tutto il congiunto delle impressioni, dialoghi, scambi di opinioni, dibattiti a latere di queste occasioni formali di dialogo, è stato oggetto del nostro interesse ed ha stimolato le riflessioni che sono alla base di questo studio.

In particolare, il materiale che è stato oggetto di un'analisi più approfondita e ci ha permesso di stilare una primordiale “lista dei temi di maggior interesse” corrisponde a:

- Le relazioni dei Focus Group realizzati dalla Dott. L. Mantovani e presentati sotto forma di Poster al 30 congresso SIMG a Firenze, 2015[40].
- I risultati di un censimento via e-mail realizzato dalla Dott. M.S.Padula ed indirizzato a tutte le CdS della RER, presentati nel corso del Workshop. (*Allegato 1*).

2.2 Selezione delle macro-aree tematiche

Tutti gli appunti e le impressioni raccolte sia durante le occasioni di apprendimento ufficiale che quelle informali sono state revisionate e sistematizzate durante tutto il corso del 2015. Le abbiamo suddivise nelle seguenti aree tematiche:

1. Job description:

- Motivazione personale;
- Tempo dedicato alla prevenzione;
- Aggiornamento professionale;
- Tempo dedicato alla ricerca;
- Conservazione autonomia professionale;

2. Workload:

- Carico di lavoro;
- Gestione delle visite domiciliari;

3. Struttura, tecnologia e servizi:

- Riconoscibilità della struttura;

- Capillarità della presenza sul territorio;
- Adeguatazza degli spazi;
- Sensazione di sicurezza sul lavoro;
- Strumenti e tecnologie a disposizione;
- Integrazione informatica;
- Formazione continua integrata;

4. *Rapporto con il paziente:*

- Gradimento del paziente del cambiamento;
- Conservazione del rapporto di fiducia;
- Gestione del paziente cronico;

5. *Integrazione con l'esterno:*

- Integrazione con l'ospedale;
- Integrazione socio-sanitaria;
- Integrazione con Specialisti ambulatoriali;
- Definizione di una popolazione di riferimento;
- Integrazione con i MMG non operanti nelle CdS;

6. *Integrazione interna alla CdS*

- Definizione dei ruoli e suddivisione del lavoro
- Collaborazione con personale infermieristico
- Rapporto tra colleghi
- Formazione al lavoro di squadra: efficace o meno?

7. *Altro*

- Risorse destinate al progetto e sostenibilità finanziaria
- Ruolo dei Giovani Medici
- Analisi preliminare dei bisogni del territorio

2.3 Selezione e stesura delle domande

La discussione sulla selezione degli argomenti da includere o meno nella seconda sezione del questionario è stata condotta a partire da diversi presupposti. Innanzi tutto, si è deciso di includere preferibilmente tutte le domande che vertevano sui “temi caldi” e sui pregiudizi, sia positivi che negativi, che hanno dominato la discussione sulle Case della Salute anche dal punto di vista mediatico. Dal punto di vista metodologico, per la stesura delle domande e per l’impostazione della scala, è stato necessario ricorrere a tecniche ed insegnamenti propri della ricerca nelle scienze sociali, non avendo a disposizione strumenti validati per studiare la variabile oggetto del nostro interesse: il vissuto del MMG nelle CdS. La nostra scelta è ricaduta su tecniche volte soprattutto alla rilevazione di opinioni, intese come espressioni verbali che emergono da un atteggiamento, ovvero “una credenza di fondo non rilevabile direttamente” perché “costituita da tendenze e sentimenti, pregiudizi e nozioni preconcepite, idee, timori, apprensioni e convinzioni di una persona nei confronti di un particolare argomento” [53]. Prendendo in prestito il lessico dalla Sociologia, possiamo dire che la nostra *unità di analisi* corrispondesse al Medico di Medicina Generale, mentre l’*atteggiamento* che abbiamo deciso di rilevare è il suo vissuto all’interno delle Case della Salute. Non potendo misurare direttamente l’atteggiamento ma soltanto i suoi indicatori, ovvero le opinioni, è stato deciso di sottoporre al soggetto studiato (MMG) una serie di affermazioni e gli è stato richiesto di esprimere la sua opinione in proposito. Per quanto riguarda il formato delle domande e delle risposte, è stata utilizzata una batteria di domande a risposta chiusa, multipla, ordinata ma semanticamente autonoma³. Le risposte sono state costruite nel tentativo di rappresentare diversi scenari che potessero corrispondere alla realtà delle CdS, ordinati dalla peggiore situazione possibile alla migliore situazione auspicabile, con due opzioni intermedie (esempio nella Fig.11).

³ Per autonomia semantica si intende il grado di dipendenza, ai fini della comprensione della risposta singola, dalle letture delle altre alternative di risposta presenti. (P. Corbetta, Metodologia e tecnica della ricerca sociale, Ed Il Mulino, 1999)

30. **4. Da quando lavoro nella Casa della Salute, il rapporto con i miei pazienti... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È stato fortemente compromesso; non mi sento più un punto di riferimento fisso per loro.
- ☐ b. È cambiato; sento che ha perso parte della confidenza/intimità/reciprocità che aveva prima.
- ☐ c. Non è stato per niente intaccato, abbiamo sempre lo stesso rapporto di fiducia.
- ☐ d. È migliorato; sento di avere più risorse e strumenti da mettere a disposizione dei miei pazienti.

Figura 15- Esempio di domanda della sezione di approfondimento sulle Case della Salute

In tutto, sempre mantenendo questo scheletro di base, sono state redatte 19 domande, scelte tra la lista di temi condivisa inizialmente (per l'elenco completo delle domande si veda l'Appendice 3 "Questionario di Soddisfazione lavorativa per MMG nelle Case della Salute"). Inizialmente è stata scritta una prima bozza di ciascuna domanda, che in seguito è stata discussa in gruppo e modificata per renderla più semplice.

3. La sezione sociografica

Le domande dell'ultima sezione del questionario sono riconducibili alla categoria delle domande sociografiche di base, cioè quelle volte a "descrivere le caratteristiche di base dell'individuo [...], permanenti" tra cui ritroviamo quelle demografiche (età, sesso ad esempio) e quelle che definiscono l'individuo per un certo periodo della sua vita, definite contestuali⁴ (professione, luogo di residenza etc).

Nella scelta delle domande da inserire in questa sezione abbiamo concentrato la nostra attenzione soprattutto sulle variabili indipendenti in grado di influenzare la variabile dipendente oggetto principale del nostro interesse: la soddisfazione lavorativa nel contesto delle Case della Salute. Essenzialmente è stato deciso di raccogliere quattro insiemi di dati che variano a seconda del tipo di informazione raccolta:

⁴ Non tutti gli autori sono concordi nel definire la differenza tra proprietà sociografiche *strutturali* e *contestuali*; per un approfondimento della discussione si veda P. Corbetta (1999) *Metodologie e tecniche della ricerca sociale* p 185 Bologna, Il Mulino p.185.

1. *Caratteristiche demografiche del MMG*: ci si è chiesti, ad esempio, se l'età potesse essere da sola un determinante della soddisfazione lavorativa dei professionisti, in quanto per un MMG con una lunga esperienza alle spalle in un contesto lavorativo diverso poteva risultare più difficoltoso adattarsi ad una nuova situazione completamente diversa. Nello stesso senso vanno le domande a proposito del genere.
 - a. Età
 - b. Genere (M/F)
 - c. Titolo di studio
 - d. Da quanto tempo svolge la sua attività in convenzione?
2. *Modalità organizzative del MMG precedente all'ingresso nella CdS*: nella convinzione che una maggiore continuità rispetto alla modalità organizzativa precedente potesse essere associata ad una maggiore soddisfazione, sono state raccolte le seguenti informazioni relative alla modalità organizzativa precedente all'ingresso nella CdS:
 - a. Quale è stata la sua modalità di inserimento nella CdS?
 - b. Prima di entrare nella CdS, qual era la sua modalità organizzativa?
 - c. Prima di entrare nella CdS aveva personale di studio?
 - i. Se sì, quale?
3. *Carico di lavoro del MMG*: ci si è chiesti se la soddisfazione del professionista potesse dipendere maggiormente da fattori legati al lavoro in sé rispetto a dove e come questo potesse svolgersi. Per questo sono state poste le seguenti domande:
 - a. Svolge attività esclusiva di MMG?
 - b. Mantiene altri ambulatori oltre a quello nella CdS?
 - c. Quante ore lavora alla settimana?
 - i. Di queste, quante nella CdS?
 - d. Quanti assistiti ha in carico?
 - e. Quanti di questi hanno >65 anni?
 - f. Riceve su appuntamento?

4. *Caratteristiche della Casa della Salute e del contesto in cui è inserita*: ci si è interrogati a proposito della possibilità che, in qualche misura, anche il contesto e le dimensioni della struttura potessero aver influenzato il processo di organizzazione della Casa della Salute, rendendolo più o meno agevole.
- a. In che tipo di Casa della Salute svolge la sua attività?
[piccola/media/grande]
 - b. In che contesto svolge la sua attività? [urbano/cittadina/rurale]
 - c. Dove si trova la sua Casa della Salute? [indicare Ausl di appartenenza]
 - d. Ha una segretaria che collabora con lei? [si/no]
 - i. Se sì, questa è dipendente? [ausl/MMG]
 - e. Ha un'infermiera che collabora con lei?
 - i. Se sì questa è dipendente? [Ausl/MMG]
 - f. *(Come si chiama o dove si trova la CdS in cui lavora?) facoltativa*

4. Le modalità di rilevazione: il questionario autocompilato

4.1 Vantaggi e limiti del questionario autocompilato

Per motivi di ordine pratico, dovuti principalmente alla vasta estensione geografica della zona oggetto di studio (tutta la regione Emilia Romagna, anche nelle sue zone più remote di montagna), abbiamo preferito somministrare un questionario autocompilato online che il soggetto fosse libero di compilare in qualsiasi momento ed in completa autonomia, senza la supervisione dell'intervistatore. Questa tecnica, che corrisponde alla versione digitale del classico questionario postale pre-affrancato, presenta numerosi vantaggi che rispondevano perfettamente alle nostre esigenze: risparmi nei costi, maggiore libertà dell'intervistato nel scegliere quando rispondere alle domande (la maggior parte delle risposte, infatti, sono arrivate nel fine settimana o al di fuori dell'orario di lavoro-ore pasti e dopo le 20.00), maggiore garanzia di privacy (il sistema raccoglie i dati senza nessuna possibilità di rintracciare

indirizzo e-mail o provenienza geografica dell'intervistato), e per ultimo la possibilità di raggiungere zone molto distanti dal centro di rilevazione.

Accanto a questi aspetti vantaggiosi questa metodica di rilevazione presenta alcuni importanti limiti: per primo la bassa percentuale di risposte, cui si è tentato di ovviare mettendo in pratica una serie di accorgimenti specifici, ed inoltre il problema non trascurabile della distorsione del campione dovuta ad autoselezione (per l'analisi dei possibili *bias* di selezione si rimanda al capitolo di discussione metodologica). Per aumentare il più possibile il tasso di risposta sono state adottate le seguenti strategie:

- È stata scritta una lettera di presentazione dello studio dalla Prof M.S. Padula, per sottolineare come questa ricerca nascesse nell'ambito della Medicina Generale e fosse interessata in primo luogo ai bisogni dei MMG. (si veda Appendice 4)
- La e-mail di presentazione dello studio riportava come intestazione il logo dell'Università di Modena e Reggio Emilia, per dare maggior credito e credibilità scientifica allo studio;
- Massima semplificazione possibile delle domande del questionario;
- Utilizzo di un'interfaccia grafico compatto, chiaro ma accattivante per non appesantire la compilazione (Fig.16)
- Solleciti frequenti: il primo avvenuto tramite e-mail, il secondo telefonicamente.

Figura 16- Immagine di apertura del questionario online



4.2 La scelta del software: Piattaforma Google Drive

Dopo una breve ricerca sul mercato dei principali software disponibili per la creazione di un questionario online è stato scelto di utilizzare la piattaforma Google Drive con il suo pacchetto di servizi, in quanto presentava una serie di caratteristiche vantaggiose: la completa gratuità di tutti gli strumenti (diversamente da altri software che offrivano solo parti di funzione per poi richiederne l'implementazione a pagamento), la predisposizione al dialogo tra il programma di raccolta dati (Google Moduli) e quello di elaborazione dei dati (Google Fogli), e la grande immediatezza dell'intero sistema che ha reso il suo utilizzo estremamente semplice. Alla pagina di compilazione del questionario si accedeva tramite un link contenuto nella e-mail di presentazione dello studio.

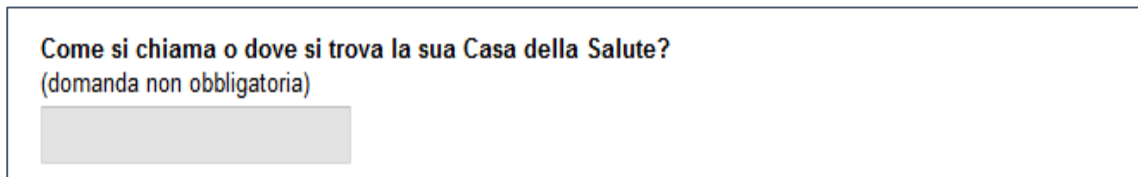
4.3 La tutela della privacy

Lo studio ha come oggetto di analisi i MMG ed in nessuna delle sue fasi coinvolge i pazienti né manipola i loro dati sensibili: per questo motivo non è stato necessario richiedere l'approvazione formale del comitato etico, anche se è stato interpellato in modo informale il *Board Aziendale di Ricerca ed Innovazione del Policlinico di Modena*, per richiedere una consulenza in merito agli accorgimenti da prendere per garantire l'anonimato dei MMG partecipanti. I provvedimenti adottati sono stati finalizzati principalmente a rispettare la privacy dei MMG coinvolti nello studio:

- Il contatto e l'elenco dei MMG è stato ottenuto tramite la consultazione della pagina web "*cercamedico*" del sistema Progetto-SOLE, che raccoglie tutti i dati (indirizzo e-mail, numero di telefono, orari di ambulatorio e indirizzo dei diversi studi) dei MMG della regione;
- Sono state costruite delle mailing list, usando l'indirizzo e-mail del Progetto Sole, specifiche per ogni distretto o Casa della Salute, in modo che tramite la lista degli indirizzi non si potesse risalire alla lista completa dei MMG coinvolti nella ricerca;
- Il software online (Google Fogli) non permette di risalire né alla posizione geografica né all'indirizzo e-mail della postazione di provenienza del

questionario compilato, rendendo assolutamente impossibile risalire all'identità del MMG;

- È stato specificato, ai fini della massima tutela della privacy, che la risposta alla domanda relativa al nome o all'ubicazione geografica della Casa della Salute di provenienza fosse facoltativa (Fig 6).



Come si chiama o dove si trova la sua Casa della Salute?
(domanda non obbligatoria)

[Greyed-out text input field]

Figura 17- Domanda relativa alla Casa della Salute di appartenenza del MMG. La risposta a questa domanda è stata volutamente indicata come facoltativa per garantire al MMG la privacy più assoluta.

4.4 Analisi dei dati

La bassa numerosità del campione non ci ha permesso di svolgere Test statistici tipici dell'analisi bivariata in quanto l'intervallo di confidenza del nostro campione non avrebbe reso generalizzabili alla popolazione di riferimento eventuali correlazioni che avrebbero potuto emergere (per l'approfondimento sulle caratteristiche e rappresentatività del campione si rimanda al Cap. Discussione metodologica). Abbiamo condotto un'analisi monovariata di tipo descrittivo sui dati preliminari raccolti dal totale di 88 questionari utilizzando il programma Windows Excel. Per costruire la mappa delle risposte è stato usato il servizio messo a disposizione da Google Maps (*Allegato 4*).

Risultati

1 Descrizione del campione

1.1 Caratteristiche sociografiche e rappresentatività del campione

La nostra popolazione di riferimento è rappresentato dal totale dei MMG che nel 2015 lavoravano nelle Case della Salute dell'Emilia Romagna: 486 professionisti, complessivamente. L'indagine che abbiamo condotto, rivolgendosi alla totalità della popolazione in esame, può essere considerata un'*indagine campionaria* o un *sondaggio*.

Il campione ottenuto è costituito da 88 MMG, di età media 57 anni e in prevalenza di sesso maschile (il rapporto M/F è di 1:3). Il più alto titolo di studio conseguito nel 55% dei casi è rappresentato dalla Laurea, segue la specializzazione con il 38%, mentre soltanto il 2% degli inchiestati ha intrapreso e completato il percorso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

1.2 Distribuzione geografica e contesto territoriale del campione

AUSL	<i>n1</i>	N1	%
Piacenza	1	88	1%
Parma	17	88	19%
Reggio Emilia	4	88	5%
Modena	10	88	11%
Bologna	20	88	23%
Imola	2	88	2%
Ferrara	7	88	8%
Romagna	27	88	31%

Figura 18 Distribuzione degli elementi del campione, ordinati da Nord a Sud, per Ausl di appartenenza.

La Fig.18 illustra la distribuzione delle risposte sul territorio regionale, e mostra che almeno il 10% dei MMG per ogni Ausl di riferimento ha partecipato all'indagine; la Ausl dove sono state ottenute il maggior numero di risposte, segnalata in verde, è l'Ausl Romagna, che è anche quella dove sono presenti più CdS di diverse dimensioni: al contrario, solo una risposta è stata raccolta da Piacenza, dove però insiste soltanto una CdS attiva e funzionante.

AUSL	<i>n</i>	N	%
Piacenza	1	8	13%
Parma	17	86	20%
Reggio Emilia	4	24	17%
Modena	10	30	33%
Bologna	20	60	33%
Imola	2	20	10%
Ferrara	7	63	11%
Romagna	27	157	17%

Figura 19: Tassi di risposta per AUSL di appartenenza, in ordine geografico da Nord a Sud.

Nella Fig. 19 è esposto, in ordine e con riferimento alle diverse Ausl, il numero assoluto dei rispondenti al questionario (*n*), il numero totale dei MMG intervistati (N), e per ultimo la percentuale di coloro che hanno risposto rispetto al totale (%). Le Ausl in cui, in termini percentuali, sono stati ottenuti i tassi di risposta più alti sono Modena e Bologna (33%) mentre il minore è stato osservato a Imola (10%).



Figura 20 Distribuzione delle risposte sul territorio regionale.

Tra gli 88 MMG che hanno risposto al questionario, 35 hanno segnalato la CdS di appartenenza (la comunicazione del dato era facoltativa per tutelare la privacy del professionista); la distribuzione delle risposte (Fig.20) rispecchia sostanzialmente quella delle CdS della Regione, con una maggiore densità nelle Ausl che effettivamente presentano una maggiore diffusione di queste strutture sul loro territorio. Il diverso colore delle icone -rosso, giallo, verde- corrisponde al livello rispettivamente crescente di soddisfazione lavorativa (per consultare l'elenco dettagliato delle CdS partecipanti e la loro relativa Soddisfazione Media, si veda *Allegato 4*).

Contesto	%
Città	11%
Cittadina	22%
Rurale	67%

Figura 21 contesto territoriale e distribuzione delle risposte.

Le CdS di appartenenza dei MMG del nostro campione (Fig. 21) si distribuiscono prevalentemente in un contesto di tipo rurale (il 67% si localizzano in paesi o frazioni), rispetto a quello cittadino (22%) o urbano (11%, dove per urbano si intende Capoluogo di Provincia o Comune di grosse dimensioni).

CAMPIONE				REGIONE E.R		
*inchiesta				*Report2015		
	n	N	%			%
				CdS	Tot	
Piccola	36	88	41%	26	67	39%
Media	36	88	41%	24	67	36%
Grande	16	88	18%	17	67	25%

Figura 22 Ripartizione del campione nelle diverse tipologie di CdS e confronto con dati della RER.

La suddivisione dei MMG del campione rispetto alla tipologia di CdS di appartenenza (Fig.22) rispecchia in parte la diffusione regionale delle stesse, descritta all'interno del Report 2015 *“Le Case della Salute in Emilia Romagna: il monitoraggio regionale”* della RER [20]: si osserva infatti una prevalenza di CdS Piccole e Medie (40%) su quelle Grandi (18%). Nel nostro campione il numero di risposte provenienti da CdS Medie è uguale a quello delle CdS di tipologia Piccola, mentre a livello regionale le CdS Piccole sono leggermente più numerose (39% contro il 36%).

Tipologia				
	PICCOLA	MEDIA	GRANDE	Tot
RURALE	32%	24%	11%	77%
CITTADINA	8%	11%	2%	21%
CITTA'	1%	6%	5%	12%
Tot	41%	41%	18%	100%

Figura 23 Distribuzione del campione per Tipologia di CdS e contesto di appartenenza.

La Fig.23 mette in relazione le diverse Tipologie di CdS con il loro contesto territoriale e viceversa: in ambito rurale prevalgono nettamente le CdS Piccole, in quello Cittadino quelle Medie, mentre in ambito urbano le Medie e le Grandi rappresentano la maggioranza.

1.3 L'attività del Medico di Medicina Generale nella Casa della Salute.

1.3.1. La popolazione di assistiti

I MMG che svolgono la propria attività presso le Case della Salute hanno in media 1350 assistiti ($ds=307,66$); di questi 1350 pazienti, in media il 38% ha più di 65 anni. Il dato interessante, evidenziato dalla Fig. 24, è che il 65% dei MMG che hanno eletto la CdS come sede del proprio ambulatorio ha un numero di assistiti superiore alla media del Nord Italia [4], che corrisponde a 1250 assistiti. Se consideriamo poi la media nazionale di 1156, il 73% dei MMG del nostro campione presenta un numero di assistiti superiore rispetto alla media nazionale.

	Numero Assistiti	
	>1250	<1250
N	57	31
%	65%	35%
MIN	1280	260
MAX	1800	1250
MEDIANA	1500	1100

Figura 24 distribuzione del campione rispetto al numero di assistiti medio del Nord Italia (ISTAT)

1.3.2 Orari di lavoro

La media di ore di lavoro settimanali riscontrata nel nostro campione coincide con quella della media nazionale e corrisponde ad un totale di 39,64 ore alla settimana ($ds=13,28$). Per quanto riguarda il contesto, la media delle ore di lavoro settimanali sembra essere più alta nelle CdS inserite in un contesto rurale rispetto a quelle urbane.

Di queste ore totali in media più della metà (58%) viene svolta all'interno della Casa della Salute.

Selezionando però solo il gruppo di MMG che mantiene altri ambulatori oltre a quello nella Casa della Salute questo dato cambia e la percentuale di MMG che svolge più della metà delle ore presso la CdS scende al 46%. Laddove il MMG mantiene altri ambulatori quindi non è sempre vero che quello nelle CdS rappresenti il suo ambulatorio principale; infatti il 54% dei MMG intervistati che ha riferito di mantenere altri ambulatori oltre a quello nella CdS svolge, in queste ultime, meno del 50% delle ore di lavoro totali. Ristringendo ulteriormente il campo di analisi ai MMG che hanno dichiarato di dedicarsi unicamente alla Medicina Generale, il dato non cambia: il 55% di questi svolge nell'ambulatorio della Casa della Salute meno del 50% del totale delle ore settimanali (Fig 25).

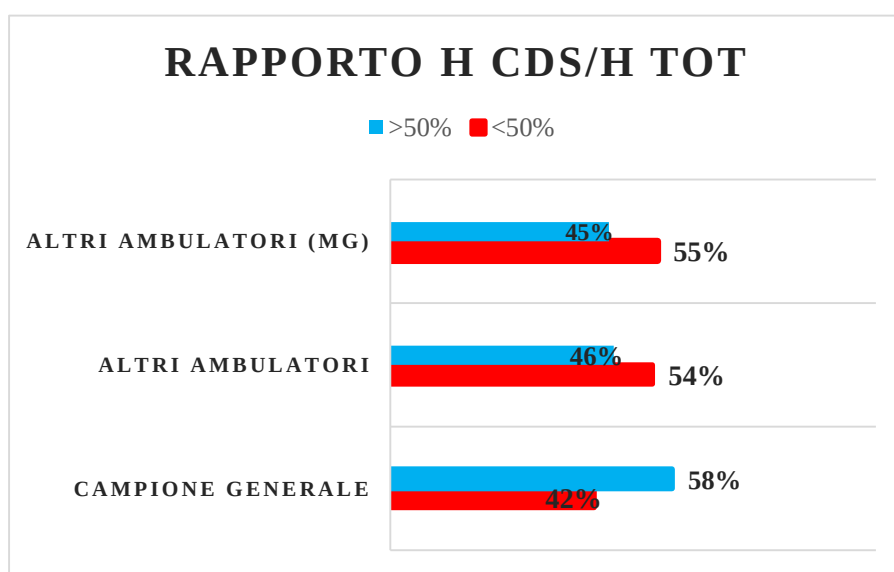


Figura 25 Suddivisione del tempo tra CdS ed altri ambulatori nei MMG che mantengono altri ambulatori. In azzurro coloro che svolgono nella CdS >50% del totale delle ore di lavoro settimanali, in rosso se il totale delle ore è <50%. (fonte: elaborazione)

1.3.3. L'attività dentro la CdS: dedizione esclusiva o mista

Non tutti i MMG intervistati svolgono la loro attività unicamente dentro la Casa della Salute: al contrario, come descritto dalla Fig.26, alla domanda “mantiene altri ambulatori oltre a quello nella Casa della Salute?” il 42% ha risposto negativamente, mentre il 30% afferma di mantenere anche altri ambulatori. Di questo 30% che svolge la sua attività anche fuori dalla CdS, il 23% si dedica esclusivamente alla Medicina Generale e il 7% svolge anche altre attività professionali.

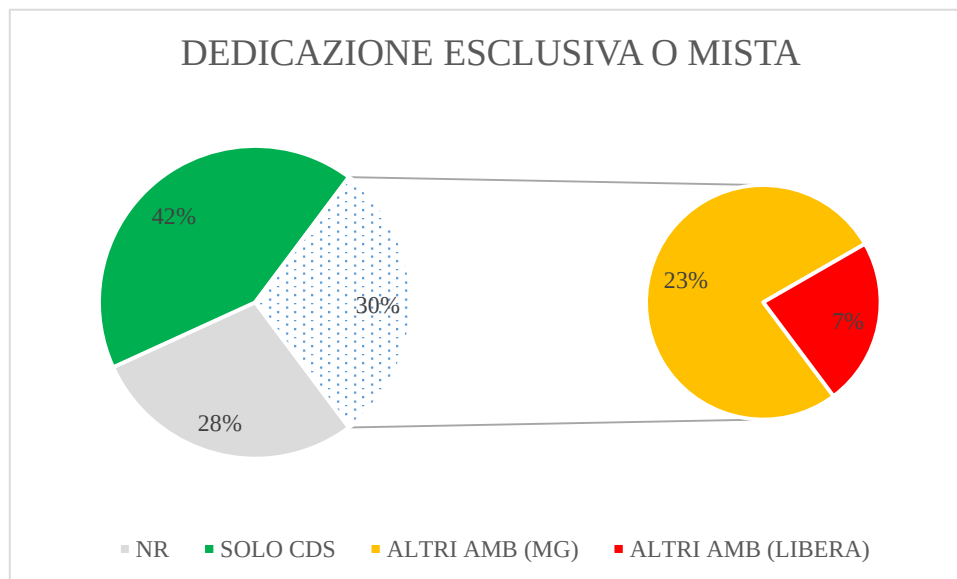


Figura 26 Suddivisione del campione a seconda della presenza o meno di altri ambulatori. (fonte: elaborazione)

1.3.4 Personale di studio ed infermieristico

Rispetto alla diffusione del personale di studio in affiancamento al MMG nelle CdS è abbiamo sottoposto a rilevazione la presenza di personale amministrativo (segreteria) e personale infermieristico. Inoltre nel questionario veniva richiesto di specificare la natura del contratto tra il personale di studio e il MMG: se vincolato tramite un rapporto di dipendenza o se messo a disposizione dall'Ausl.

I risultati sono illustrati nella Figura 27: il 69% degli intervistati ha un servizio di segreteria in ausilio che nella maggioranza dei casi (92%) è alle dipendenze dello stesso MMG o del Gruppo, mentre soltanto in un numero ristretto di casi (8%) è dipendente dell'Azienda Sanitaria. Il restante 30% afferma di non avere un servizio di segreteria.

Segreteria		Dipendenza	
Si	69%	MMG	92%
		AUSL	8%
No	30%		

Figura 27 Aspetti contrattuali e presenza di personale con funzione di segreteria (fonte: elaborazione).

Rispetto alla presenza di personale infermieristico la situazione è più varia: il 66% dei MMG collabora con personale infermieristico che nel 52% dei casi è dipendente Ausl mentre nel 48% è dipendente del MMG stesso o del gruppo. La percentuale di MMG che non collaborano con personale infermieristico corrisponde al 33% del totale (Fig.28).

Infermiera		Dipendenza	
Sì	66%	MMG	48%
		AUSL	52%
No	33%		

Figura 28 Aspetti contrattuali e presenza del personale infermieristico (fonte: elaborazione).

1.3.5 Organizzazione delle visite

Tra gli aspetti organizzativi indagati, oltre alla presenza di personale di studio, vi è anche le modalità di organizzazione delle visite: su appuntamento, libere o miste. Quasi la metà degli intervistati (49%) riceve su appuntamento, il 41% al contrario non prevede nessuna limitazione all'accesso (modalità *Libera*), mentre il 9% utilizza entrambe le modalità organizzative (Fig. 29).

VISITE	%
Appuntamento	49%
Libera	41%
Mista	9%
NR	1%

Figura 29 Suddivisione del campione sulla base delle sue modalità organizzative delle visite.

1.3.6 Modalità di trasferimento nella Casa della Salute

Il trasferimento dei MMG nelle CdS è avvenuto in modo molto vario a causa proprio della natura pionieristica e sperimentale di queste strutture e della variabilità dei contesti da cui si esse si sono sviluppate. Nonostante ciò abbiamo ritenuto utile individuare due categorie che rispecchiassero le due principali modalità di ingresso nella CdS: la prima, quella che vede il *trasferimento dell'intero gruppo* preesistente e quella *a chiamata*, ovvero su proposta diretta dell'Ausl al singolo MMG sulla base di liste, graduatorie o altro. A queste due categorie previste inizialmente se ne è aggiunta una terza, riportata dai medici nella compilazione del questionario, descritta come un'*aggregazione spontanea* dei professionisti al fine di costituire una CdS. Nella Figura seguente sono illustrate le singole modalità di trasferimento nella CdS e la loro diversa frequenza nel nostro campione (Fig. 30).

Altre risposte del campione sono state (5): *adeguamento*; *trasferimento da altro gruppo*; *convenzione*; *organizzatore*; *trasferimento parte del gruppo*; *scelta del gruppo*.

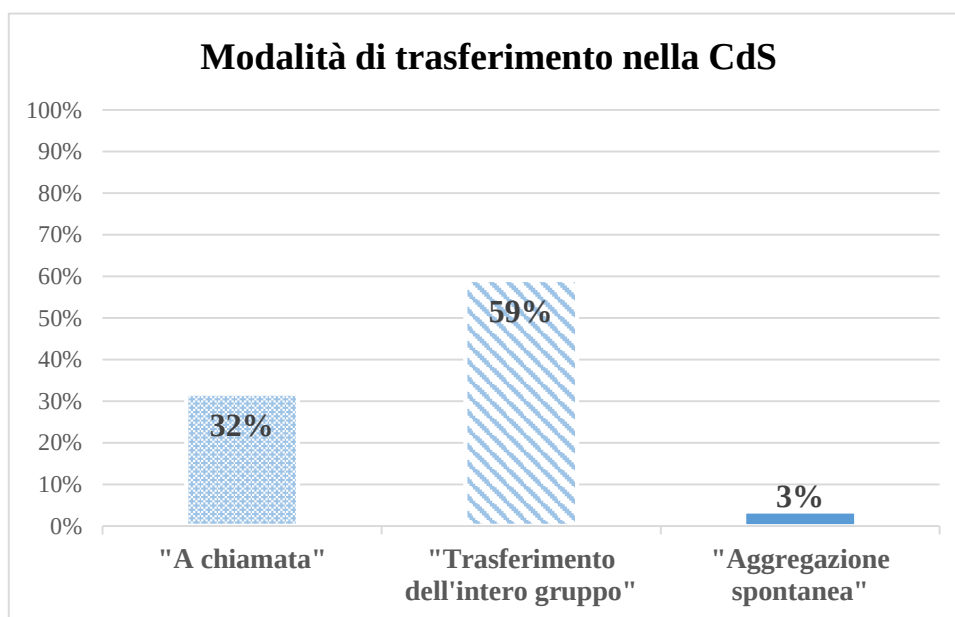


Figura 30 Modalità di trasferimento nella Casa della Salute (n=88)

1.3.7 L'attività prima della CdS: modalità organizzativa e personale di studio.

Conformemente ai risultati riguardanti il trasferimento dentro la Casa della Salute, la domanda sulla modalità organizzativa precedente all'ingresso nella CdS (Fig 31) ha mostrato una prevalenza della medicina di gruppo (47% del campione) sul lavoro come medico singolo (28%) e sull'organizzazione in rete (19%). Altre risposte rilevate nella sezione "altro", oltre alle tre opzioni previste, sono state (5): *medico ospedaliero, Medico convenzionato; Guardia medica; Medico in cooperativa; due medici non in rete.*

Organizzazione precedente	%
Medico singolo	28%
Medico in rete	19%
Medicina di gruppo	47%

Figura 31 Modalità organizzative precedenti all'ingresso nella Casa della Salute (n=88).

La maggioranza (66%) dei MMG intervistati ha riferito di non avere avuto personale in affiancamento prima dell'ingresso nella Casa della Salute (Fig 32).

Personale di studio		%
Sì	Segreteria	16%
	Infermieristica	2%
	Entrambe	16%
No		66%

Figura 32 Presenza e tipologia di personale nella sede lavorativa precedente (n=88).

In seguito al trasferimento nella Casa della Salute, il 61% di quelli che non collaboravano con personale infermieristico ha iniziato a collaborarvi, così come il 58% tra coloro che in precedenza non avevano personale di segreteria (Fig. 33). I MMG che erano affiancati da personale di studio nella quasi totalità dei casi lo hanno conservato e soltanto in due casi entrando nella CdS hanno perso la possibilità di avere collaboratori (segreteria o personale infermieristico).

	<i>PRIMA</i>	<i>DOPO</i>	%
INFERMIERA	SI (16)	SI (15)	94%
		NO (1)	6%
	NO (72)	SI (44)	61%
		NO(28)	39%
SEGRETARIA	SI (28)	SI (27)	96%
		NO (1)	4%
	NO (59)	SI (34)	58%
		NO(25)	42%
		NR (1)	2%

Figura 33 Cambiamenti nel personale di studio ed infermieristico prima e dopo l'ingresso nella CdS (n=88).

2. Il questionario di soddisfazione lavorativa Font-Roja Ita

1. Risultati complessivi

L'analisi descrittiva del *Font Roja-ITA* (Fig.34) ha rivelato che i punteggi più bassi sono stati registrati nelle dimensioni relative a *Carico di lavoro* ($1,95 \pm 0,94$) e *Stress e tensione lavorativa* ($1,89 \pm 0,88$), che rientrano quindi nella sfera dell'insoddisfazione (< 2). I punteggi più alti invece sono stati attribuiti alle dimensioni delle *Relazioni interprofessionali* ($3,14 \pm 0,91$) e *Competenze professionali* ($3,38 \pm 0,81$). Le dimensioni relative a *Opportunità di carriera*, *Monotonia lavorativa* e *Relazioni interpersonali*, nonostante la variabilità dei punteggi ottenuti si sono situate nella sfera della soddisfazione (media > 2). La Soddisfazione Media Globale è risultata intermedia ma si è situata anch'essa nella sfera della soddisfazione (SMG1= $2,69 \pm 1,05$ e SMG2= $72,51 \pm 11,95$).

	MEDIA$\pm$ds	MEDIANA	MODA
Carico di lavoro (D1)	1,95 $\pm$ 0,94	2	1
Opportunità di carriera (D2)	2,45 $\pm$ 0,87	3	2
Soddisfazione lavorativa (D3)	2,90 $\pm$ 0,90	3	3
Monotonia lavorativa (D4)	2,87 $\pm$ 1,01	3	3
Relazioni interprofessionali (D5)	3,14 $\pm$ 0,91	3	4
Competenze professionali (D6)	3,38 $\pm$ 0,81	4	4
Stress e tensione lavorativa (D7)	1,89 $\pm$ 0,88	2	1
Relazioni interpersonali (D8)	2,77 $\pm$ 1,05	3	4
SMG1 (1-4)	2,69 $\pm$ 1,05		
SMG2 (27-108)	72,51 $\pm$ 11,95		

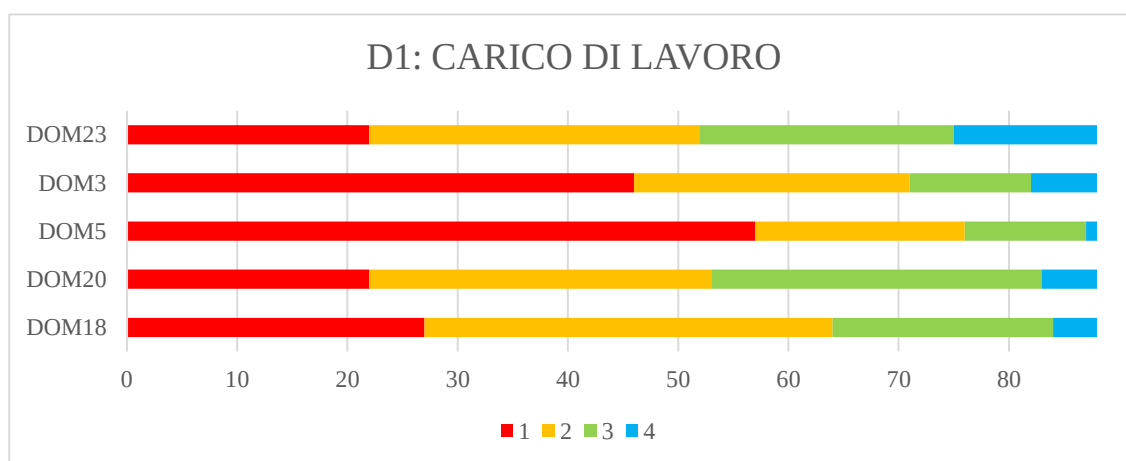
Figura 34 Analisi descrittiva (media e ds; mediana e moda) delle 8 dimensioni del questionario Font Roja-Ita.

In seguito si analizzeranno il dettaglio delle risposte relative alle singole domande del questionario Font Roja-ITA mentre per visionare l'elenco completo delle domande consultare l'*Allegato 3*.

2. Analisi dettagliata delle singole Dimensioni del questionario Font Roja-Ita

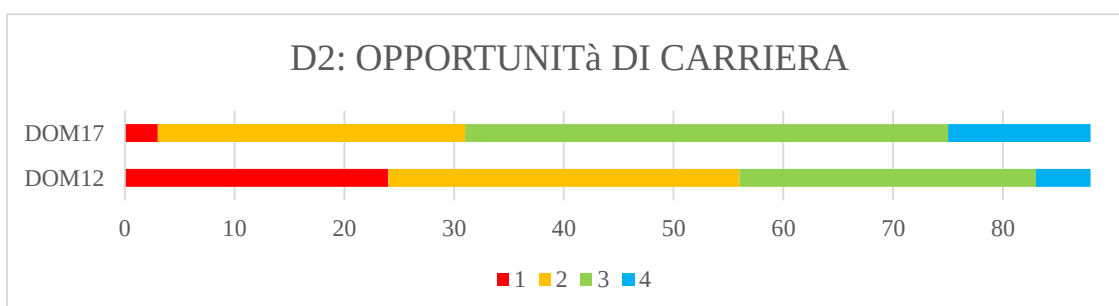
2.1 Sezione 1: *Carico di lavoro.*

L'elaborazione dei risultati della prima sezione, relativa al carico di lavoro, mostra come almeno il 25% dei MMG si dichiarino molto insoddisfatto rispetto a tutte le affermazioni a proposito del suo *carico di lavoro* e più del 50% si mostri molto o parzialmente insoddisfatto rispetto al suo carico di lavoro.



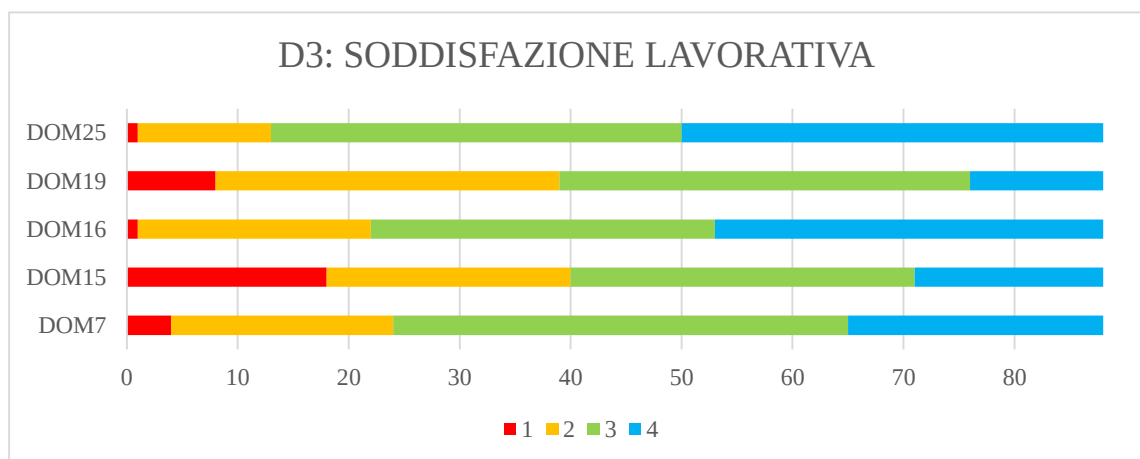
2.2 Sezione 2: *Opportunità di carriera.*

In questa sezione abbiamo osservato un atteggiamento distinto, dipendente dalla affermazione proposta: per quanto riguarda l'affermazione più generica "*Generalmente ottengo il giusto riconoscimento per il lavoro che svolgo, e ciò mi incoraggia*" (n°17) più del 50% dei MMG intervistati si dichiara parzialmente o molto in accordo, mentre riguardo all'affermazione n° 12, più specifica e diretta, "*Ho molte possibilità di crescita professionale e carriera*", le risposte sono polarizzate in senso negativo, con più del 60% degli intervistati che si dichiara insoddisfatto.



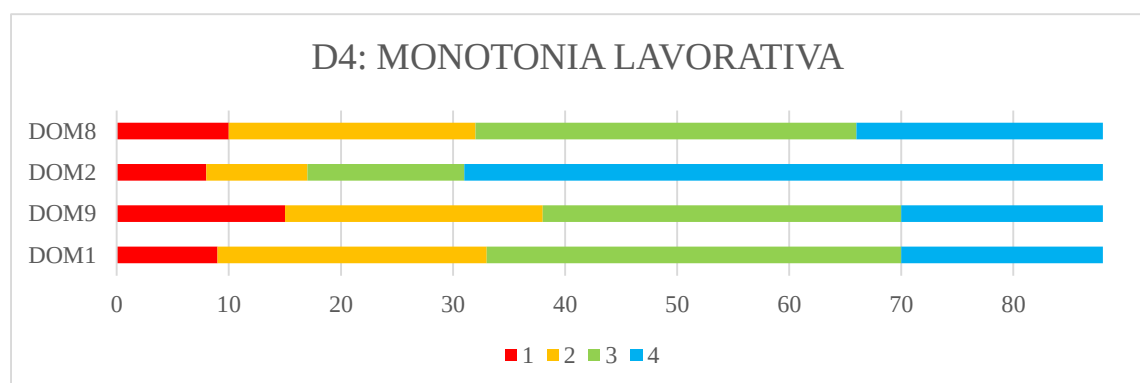
2.3 Sezione 3: Soddisfazione lavorativa.

In questa sezione, che esplora direttamente la sensazione di benessere connessa alla propria attività lavorativa, le risposte appaiono tendenzialmente positive, e almeno la metà delle risposte a tutte le affermazioni si colloca nella dimensione della soddisfazione (parziale o estrema). Tuttavia, rispetto alle altre affermazioni che appaiono abbastanza omogenee nei risultati, le risposte all'affermazione n° 15 “la retribuzione che deriva dal mio lavoro è del tutto adeguata” mostrano una distribuzione differente e bipartita: la metà degli intervistati si dichiara soddisfatta mentre l'altra insoddisfatta.



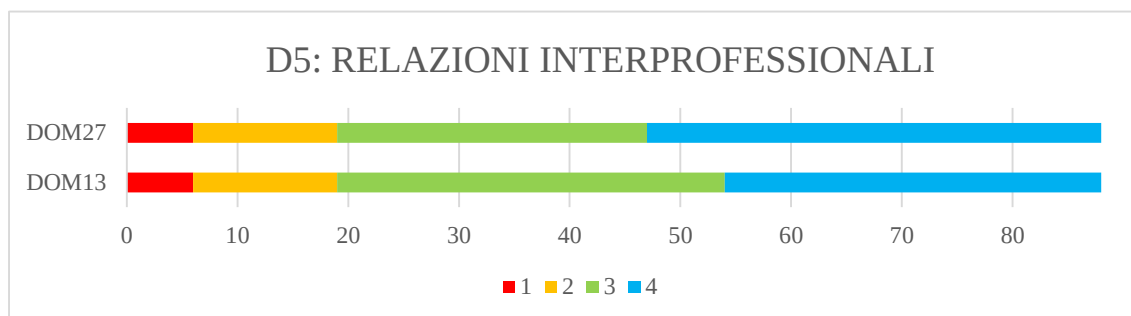
2.4 Sezione 4: Monotonia lavorativa.

Le risposte a questa sezione si collocano, con leggere sfumature rispetto alle singole risposte, nella sfera della soddisfazione rispetto alla varietà dei propri compiti ed alla responsabilità del proprio ruolo professionale; più del 50% delle risposte alle singole affermazioni sono associate ad un'alta soddisfazione.



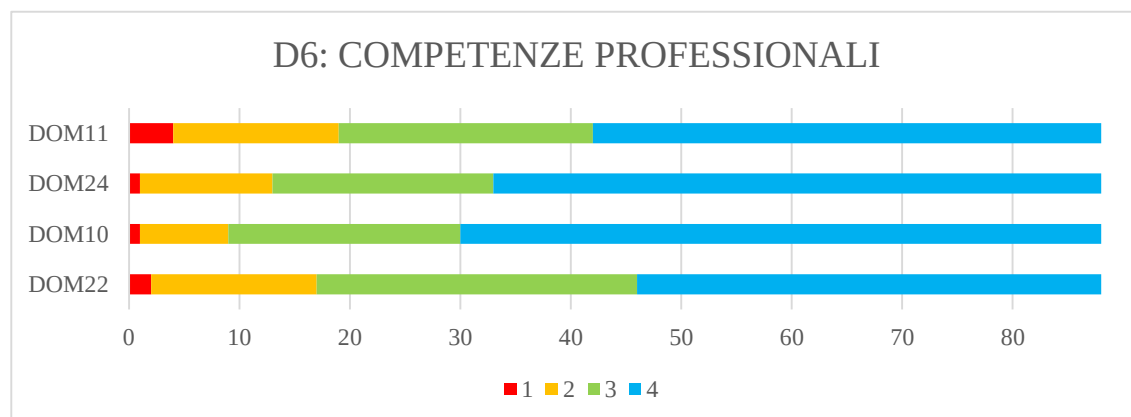
2.5 Sezione 5: *Relazioni interprofessionali.*

Il 78% delle affermazioni relative alle domande sulla soddisfazione a proposito delle relazioni interprofessionali ha avuto un esito positivo, con risposte che indicano una soddisfazione alta o intermedia.



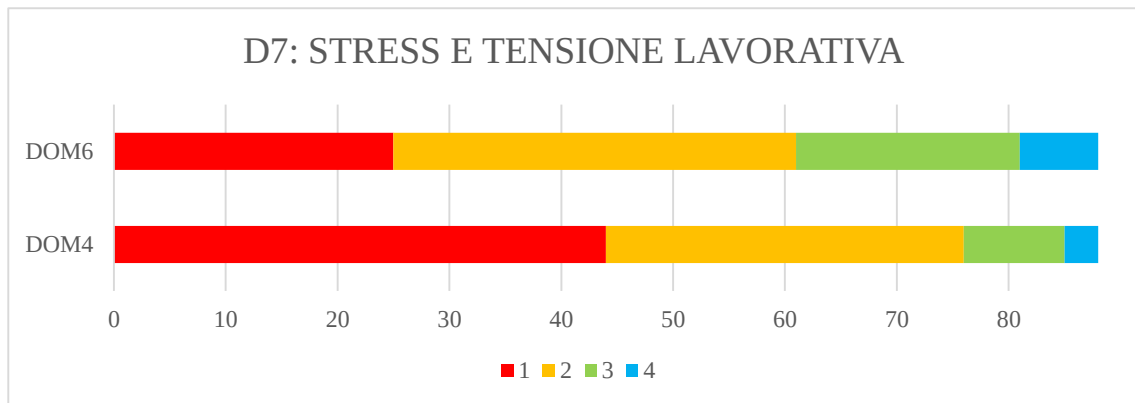
2.6 Sezione 6: *Competenze professionali.*

In tutte le affermazioni appartenenti a questa sezione le risposte negative rappresentano meno del 20% del totale. Inoltre, rispetto alle singole affermazioni, tra il 47 ed il 67% degli intervistati ha riportato un livello di soddisfazione massimo.



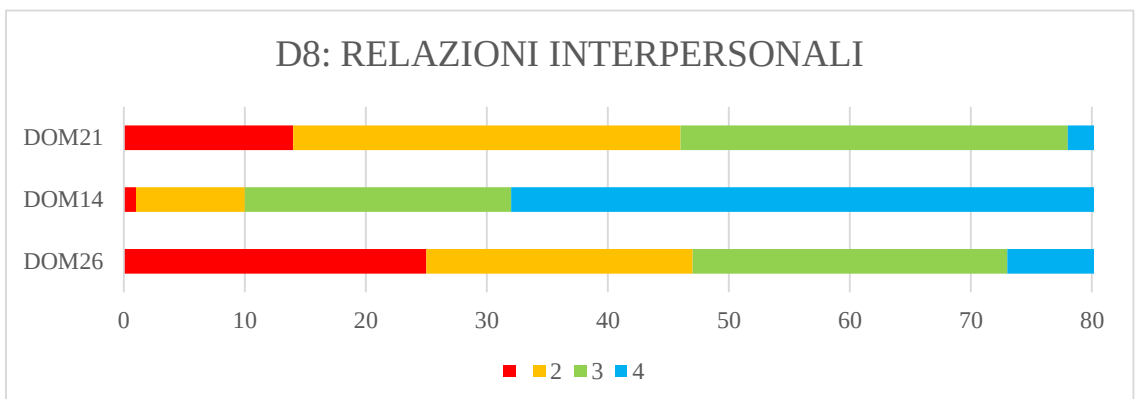
2.7 Sezione 7: Stress e tensione lavorativa.

In questa sezione prevalgono le risposte negative, che corrispondono almeno al 65% per ciascuna domanda. Nello specifico, l'86% degli intervistati si dichiara molto in accordo con l'affermazione *"spesso mi capita di pensare a questioni legate alla mia professione anche fuori dall'orario di lavoro"*.



2.8 Sezione 8: Relazioni interpersonali tra colleghi.

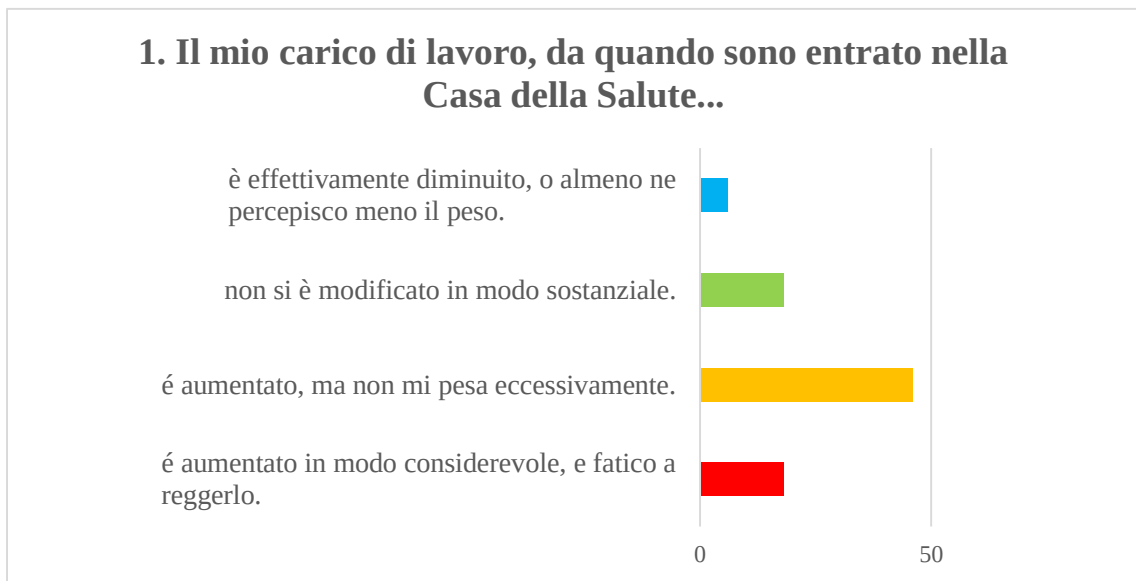
In questa sezione i risultati appaiono discordanti: da un parte quasi il 90% degli intervstati si definisce parzialmente o totalmente d'accordo con l'affermazione n° 14 *"i rapporti con i miei colleghi sono amichevoli"*, dall'altra le restanti affermazioni ottengono dei risultati contrastanti: più della metà dei MMG intervistati si dichiara in disaccordo con l'affermazione n° 26 *"Solitamente chi ha un momento libero da una mano ai colleghi, se stanno ancora lavorando"* (53%) ed afferma di non sentirsi emotivamente coinvolto dai problemi personali dei suoi collghi (52%; affermazione n° 21).



3 Le domande tematiche sulle Case della Salute: risultati.

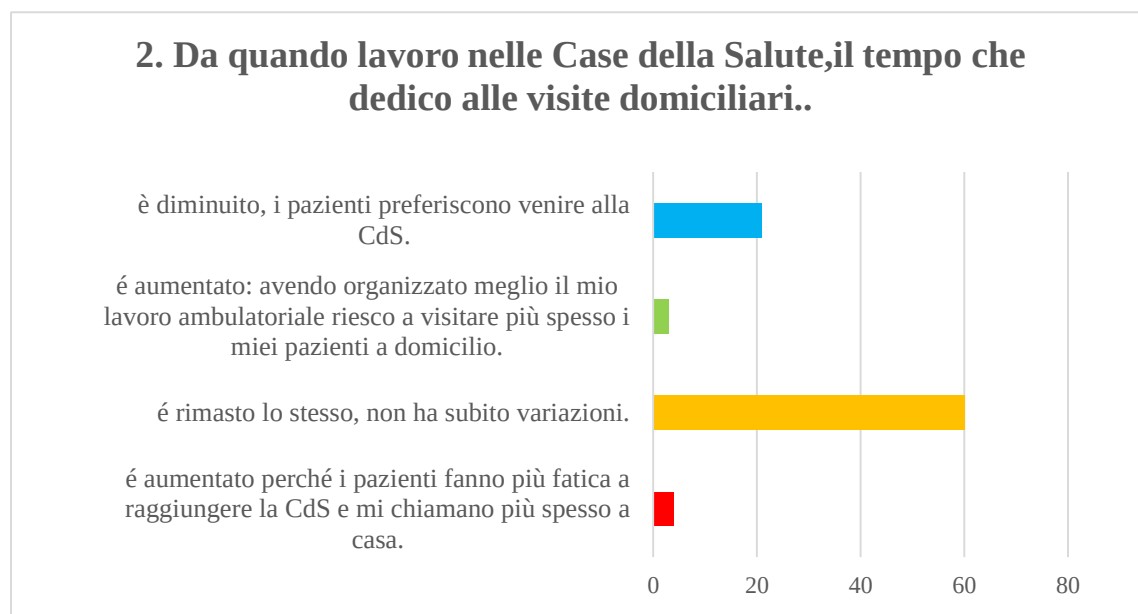
3.1 Il carico di lavoro: come è cambiato in seguito all'ingresso nella CdS?

In seguito all'ingresso nella Casa della Salute, il 72% dei MMG che hanno partecipato alla nostra inchiesta ha lamentato un aumento del carico di lavoro, che per il 20% dei medici è insostenibile, mentre per il restante 52% non costituisce un peso eccessivo. Al contrario, un 20% del campione afferma di non aver notato modificazioni nel carico di lavoro totale, mentre soltanto il 7% ne ha rilevato, o almeno percepito, una diminuzione.



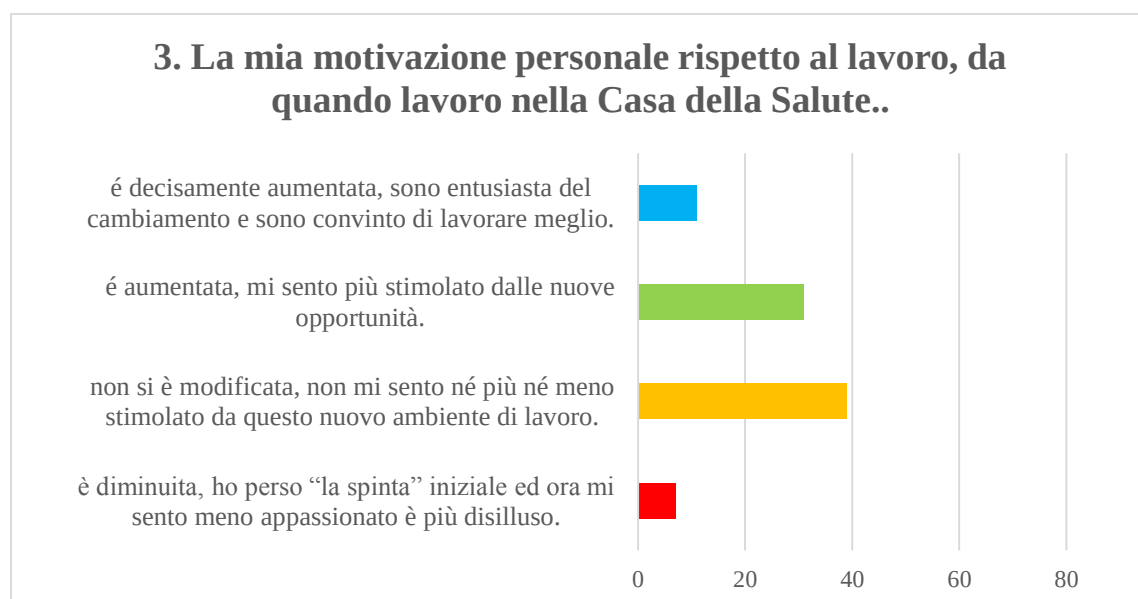
3.2 Organizzazione delle visite domiciliari:

Per il 68% dei MMG che fanno parte del nostro campione, il tempo dedicato alle visite domiciliari non ha subito nessun tipo di cambiamento con l'ingresso nelle CdS. Tra coloro che invece ne hanno rilevato una modificazione troviamo un 24% di soggetti che afferma come sia diminuito, mentre il 4% ne riferisce un aumento.



3.3 La motivazione rispetto al lavoro

Il 48% degli intervistati ha rilevato un aumento della motivazione rispetto alla propria attività professionale dovuto all'ingresso nella CdS mentre per il 35% questa non ha subito modificazioni. Al contrario, l'8% del campione ne ha rilevato una diminuzione.



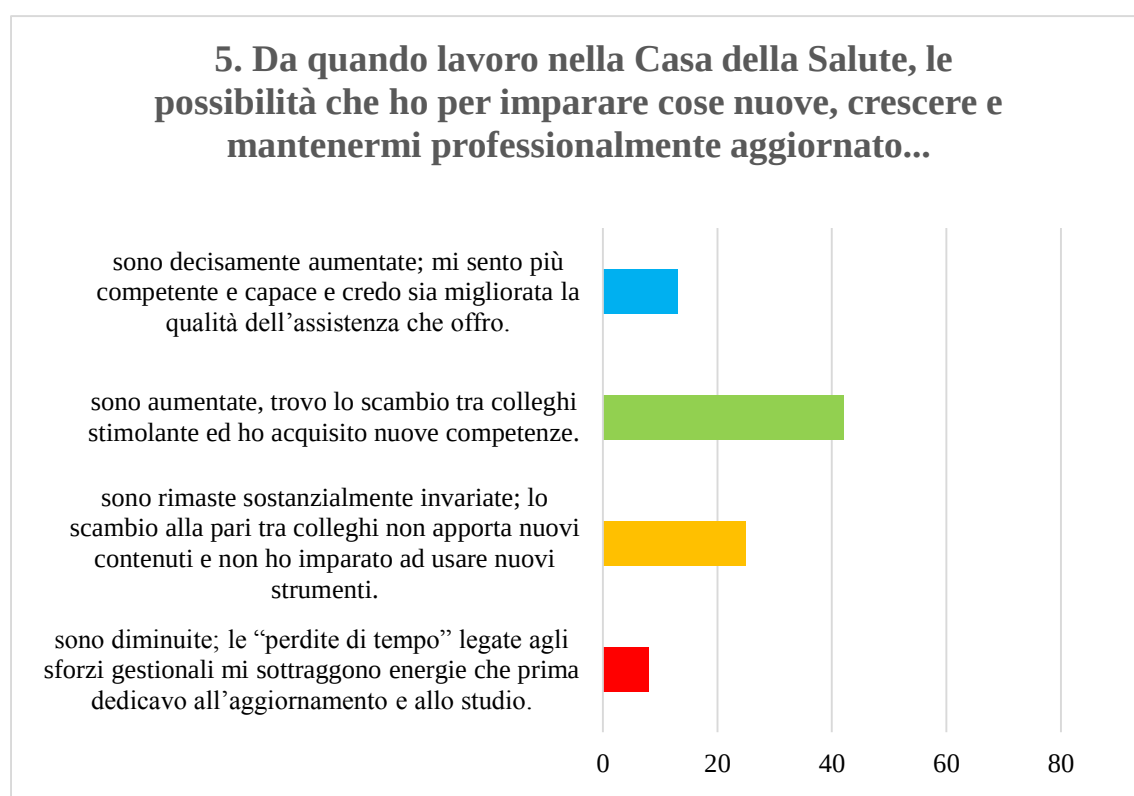
3.4 Il rapporto medico-paziente

In seguito all'ingresso nelle CdS il 55% dei MMG non ha rilevato nessun cambiamento nel rapporto di fiducia che lo lega al paziente ed il 34% degli intervistati lo trova migliorato. Al contrario, il 10% del campione ritiene che il rapporto con i propri pazienti sia "cambiato" o che abbia "perso qualcosa".



3.5 Crescita professionale ed aggiornamento

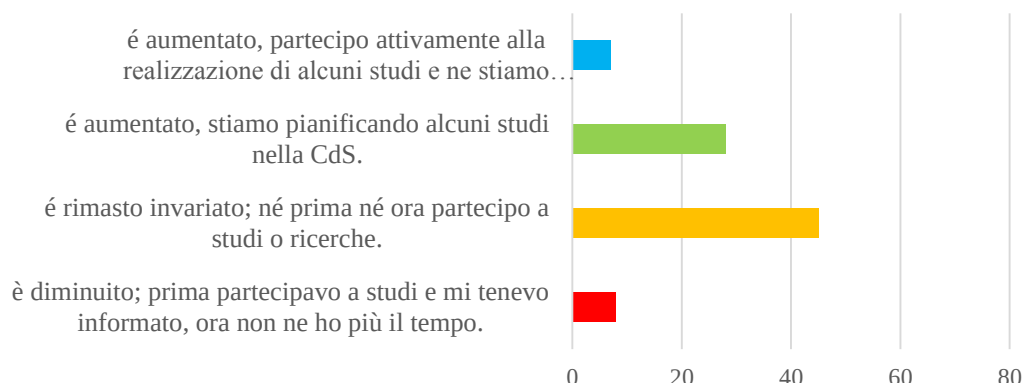
Il 62% degli intervistati ha riferito che, con l'ingresso nella Casa della Salute, le possibilità di apprendere e crescere professionalmente sono aumentate mentre per il 28% dei partecipanti queste opportunità non si sono modificate sostanzialmente. Infine, il 9% dei MMG lamenta come il tempo da dedicare a studio ed aggiornamento sia diminuito dopo il trasferimento nella CdS.



3.6. Ricerca nella Casa della Salute.

Più della metà dei MMG del nostro campione (51%) ha affermato di non dedicarsi attualmente alla ricerca nella Casa della Salute né di averlo fatto in precedenza, mentre un 9% che prima si dedicava alla ricerca ha riportato una diminuzione del tempo a disposizione per dedicarsi a studi e progetti. Il 39% del campione al contrario, entrando nella CdS ha iniziato o ha aumentato il tempo dedicato a questa attività.

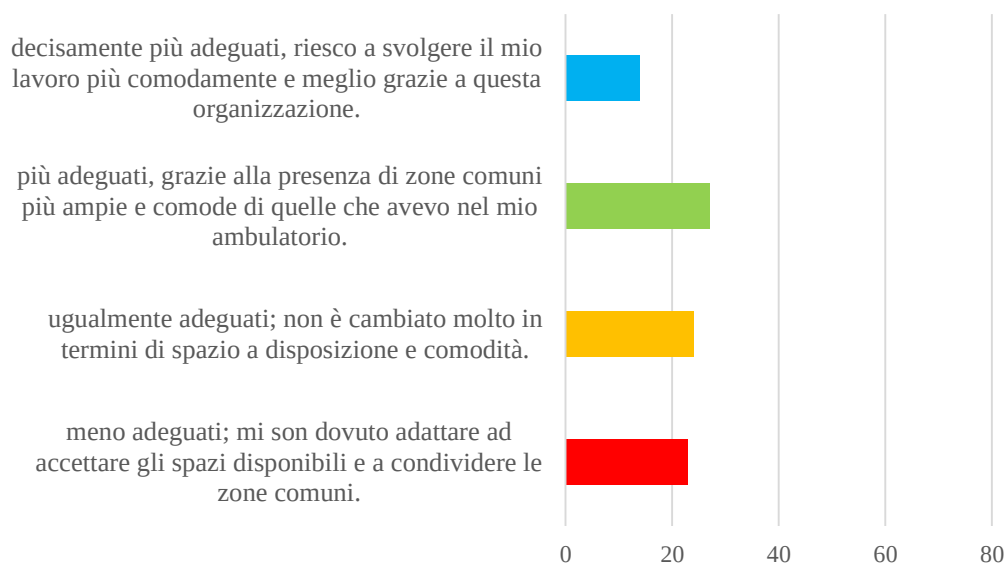
6. Da quando lavoro nella Casa della Salute, il tempo che dedico a fare ricerca nell'ambito della mia professione...



3.7. Adeguatezza degli spazi nella Casa della Salute.

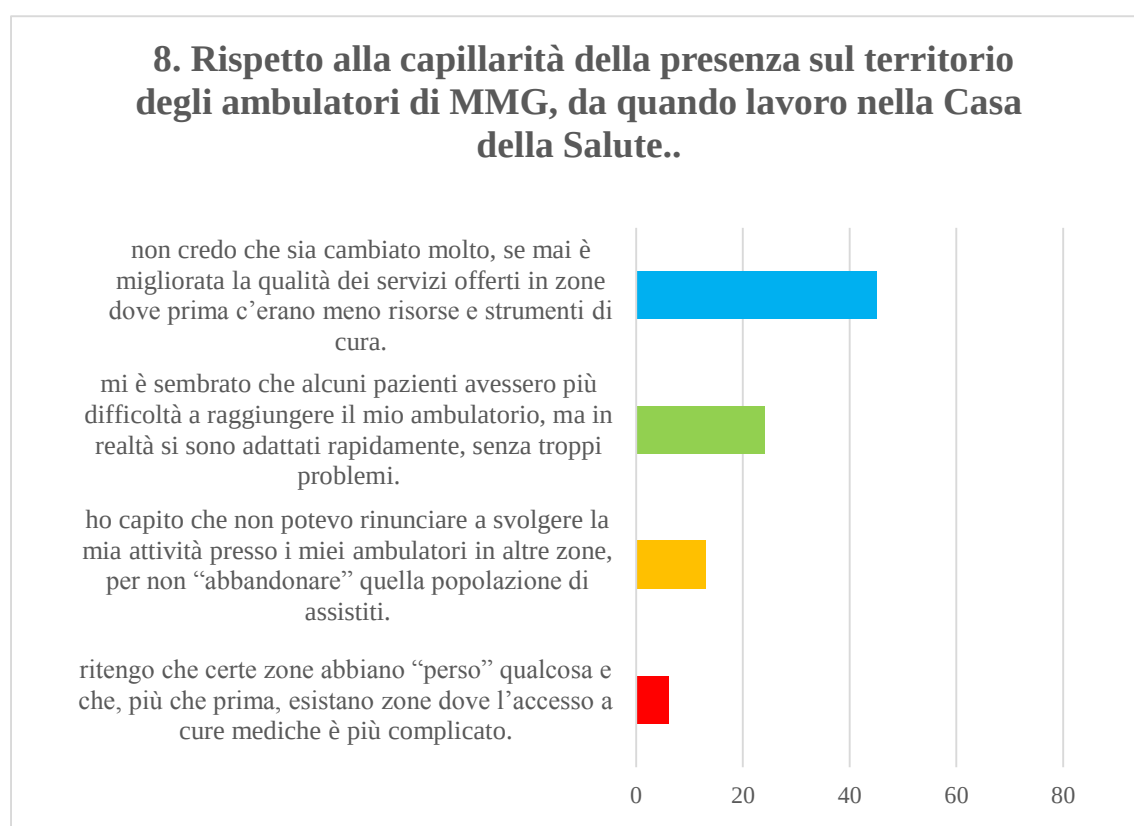
Il 47% dei MMG del campione considera gli spazi a sua disposizione nella Casa della Salute più adeguati rispetto a quelli di cui disponeva nel suo ambulatorio, mentre il 27% non ha rilevato delle differenze sostanziali. Al contrario, vi è un 26% del campione che trova gli spazi a sua disposizione meno adeguati rispetto a quelli del suo precedente ambulatorio.

7. Da quando ho trasferito il mio ambulatorio nella Casa della Salute, sento che gli spazi che ho a disposizione per svolgere la mia attività sono...



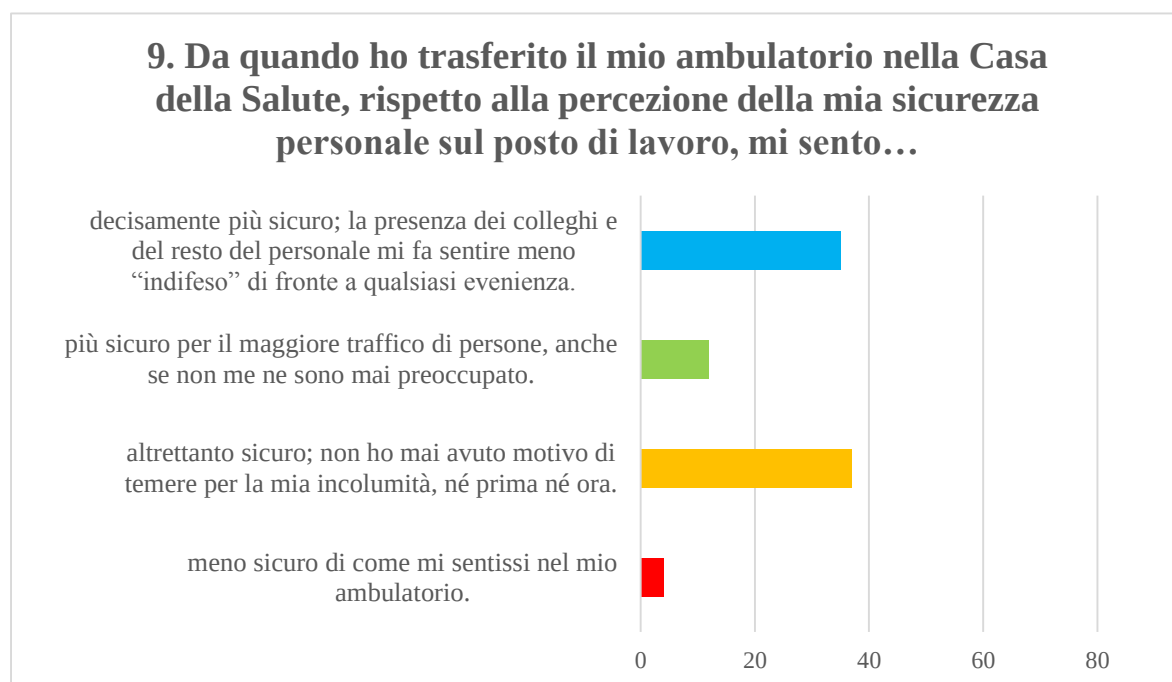
3.8. Capillarità territoriale delle Case della Salute

Il 51% degli intervistati ritiene che le Case della Salute abbiano apportato risorse e strumenti di cura di qualità migliore in zone in precedenza più carenti, senza perdere la capillare presenza sul territorio degli ambulatori dei MMG. Allo stesso modo, il 27% dei MMG ha rilevato come, dopo qualche difficoltà, i pazienti si siano adattati a raggiungere le Casa della Salute senza problemi. Al contrario, c'è un 7% dei MMG che ritiene che, con la creazione delle CdS alcune zone abbiano perso prossimità all'assistenza ed un altro 15% che, per evitare questo "abbandono", ha scelto di continuare a svolgere la sua attività presso altri ambulatori.



3.9. Sicurezza sul lavoro nella Casa della Salute.

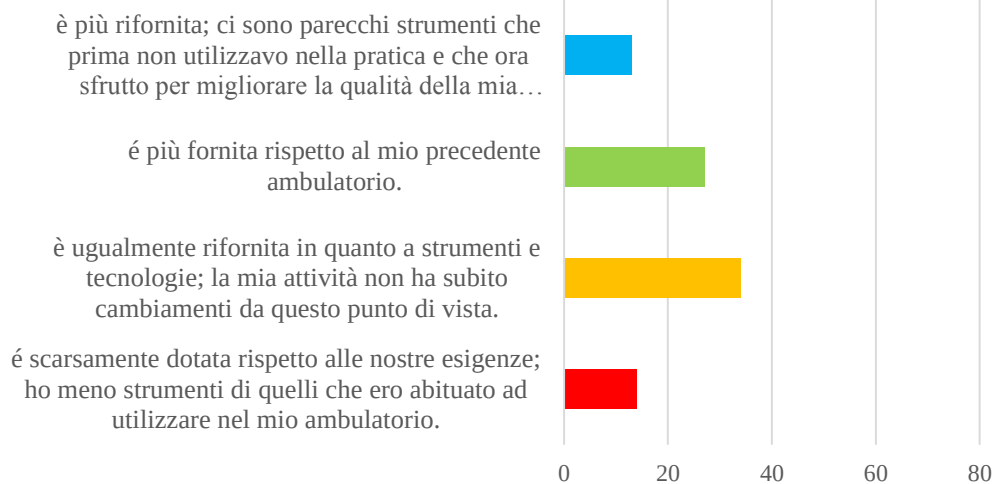
La maggior parte dei MMG intervistati (il 54%) dichiara di sentirsi più sicuro negli ambienti della Casa della Salute, mentre il 42% afferma di non essersi mai preoccupato nella propria sicurezza sul posto di lavoro e che la situazione non si sia modificata con il cambio di *setting*. Il 5% degli intervistati al contrario afferma di sentirsi meno sicuro e tutelato.



3.10 Disponibilità di strumenti e tecnologie nella Casa della Salute

Il 46% dei MMG del campione ha affermato che la Casa della Salute dove lavora è più rifornita in termini di dotazioni tecnologiche e strumentazioni diagnostiche, rispetto al precedente ambulatorio. La restante parte invece la trova ugualmente rifornita (39%) oppure scarsamente rifornita rispetto alle esigenze del personale o alla dotazione del precedente studio (16%).

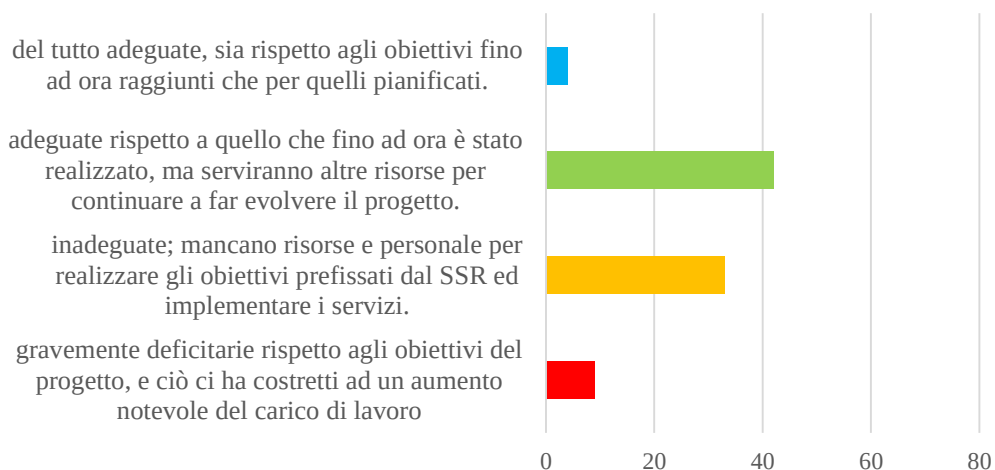
10. Rispetto alla disponibilità di strumenti e tecnologie diagnostiche (ECG, ECO, Holter pressorio etc.), la Casa della Salute dove attualmente lavoro...



3.11. Adeguatezza delle risorse stanziare per il progetto Case della Salute.

Tra i MMG intervistati, il 48% ritiene che le risorse (in termini economici e di personale) messe a disposizione per il progetto Case della Salute siano inadeguate (di questo 48% inoltre, un 10% le ritiene gravemente deficitarie e perciò responsabili del notevole aumento del carico lavorativo sui medici); al contrario, il 52% degli intervistati le giudica adeguate.

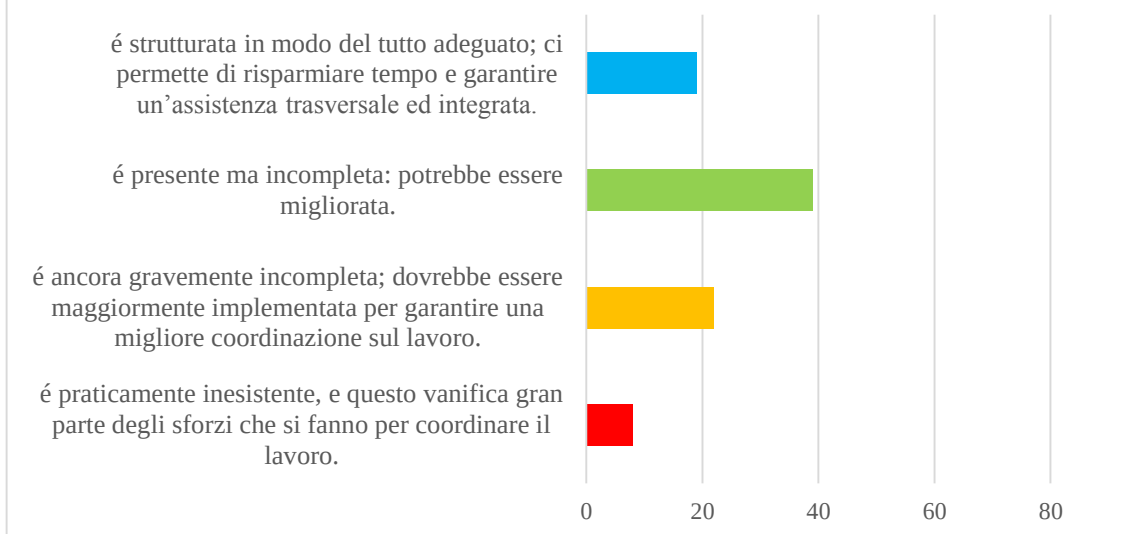
11. Credo che le risorse (economiche, di personale, strutturali) messe a disposizione per il progetto Casa della Salute siano...



3.12. Integrazione dei sistemi informatici nella Casa della Salute.

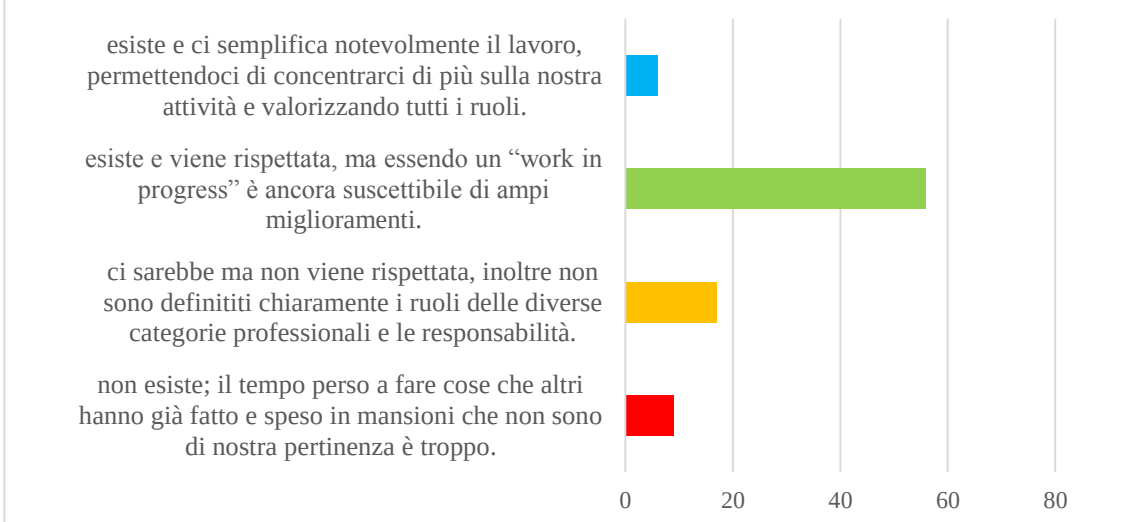
Rispetto al livello di implementazione ed integrazione dei sistemi informatici nella Casa della Salute, il 44% degli intervistati riferisce che questa integrazione esiste ma che “andrebbe migliorata” mentre il 34% sostiene che questa sia incompleta o addirittura inesistente (9%). Il 22% dei MMG coinvolti invece, afferma che il sistema informatico per l’integrazione dei servizi e dei professionisti sia strutturato in modo del tutto adeguato.

12. Nella Casa della Salute in cui lavoro, l'integrazione dei sistemi informatici dell'equipe multidisciplinare..



3.13. Suddivisione di compiti e mansioni nella Casa della Salute.

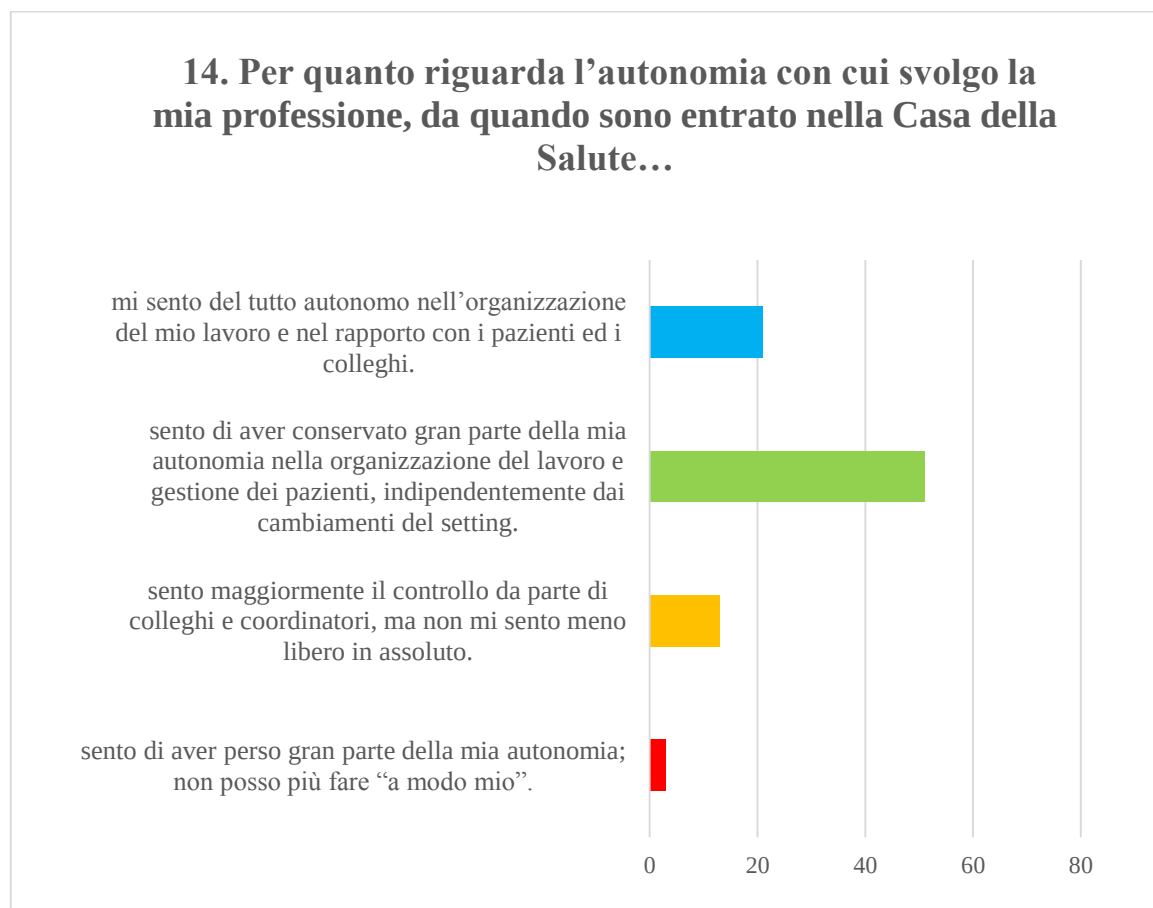
13. La suddivisione del lavoro, nella Casa della Salute...



La suddivisione del lavoro tra l'equipe multidisciplinare nella Casa della Salute, secondo la maggior parte dei MMG che fanno parte del campione (64%), esiste e viene rispettata ma *"è ancora suscettibile di ampi miglioramenti"* mentre un 7% la giudica efficiente ed utile. Nello stesso tempo però, il 29% del campione la definisce incompleta o non sufficientemente rispettata.

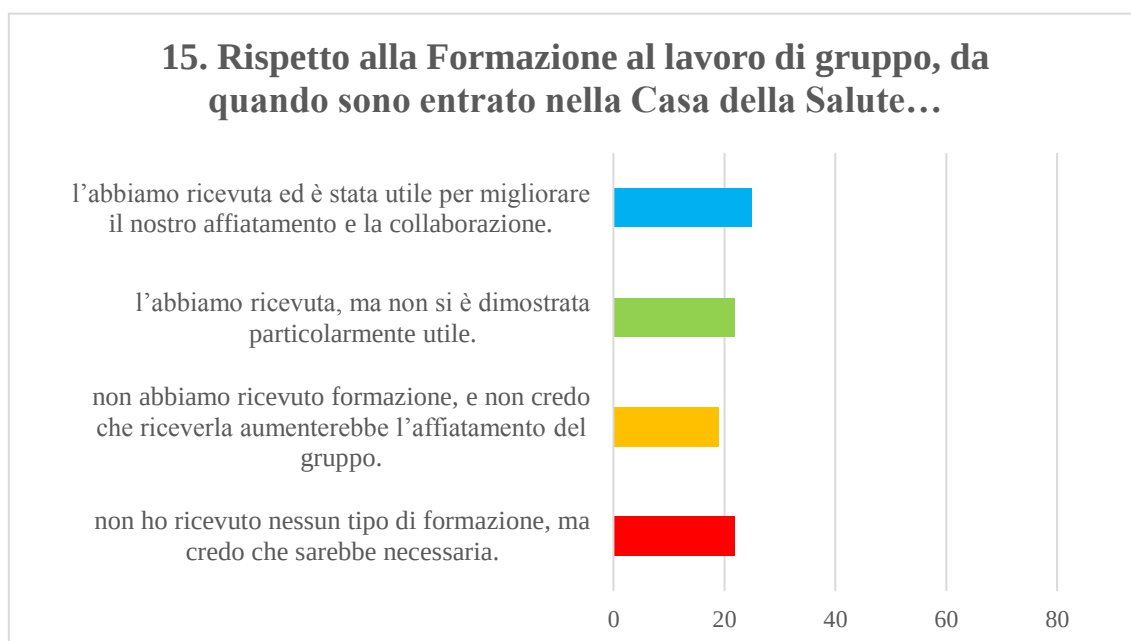
3.14. Autonomia professionale nella Casa della Salute.

L'82% del campione afferma di aver conservato la sua autonomia professionale nella Casa della Salute, indipendentemente dal cambiamento del *setting* lavorativo; al contrario, il restante 18% percepisce un sensazione di “*maggior controllo*” oppure riferisce di non poter svolgere la sua attività in piena autonomia, come era abituato a fare.



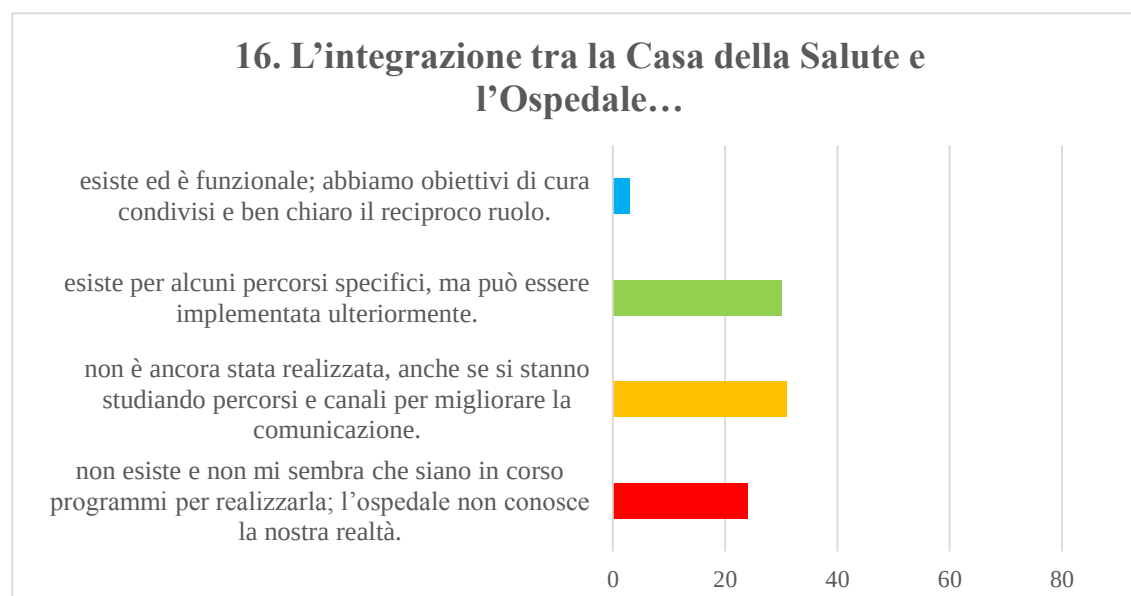
3.15. Formazione al lavoro di gruppo nella Casa della Salute.

I risultati ottenuti in questa sezione descrivono sostanzialmente 4 gruppi: tra i MMG che hanno ricevuto formazione al lavoro in squadra (53%), il 28% ritiene che questo intervento formativo sia stato utile per migliorare l'affiatamento, mentre il 25% non lo ha giudicato utile. Il restante 47% invece non ha ricevuto né organizzato nessun intervento formativo, che se nel 22% dei casi lo riterrebbe utile.



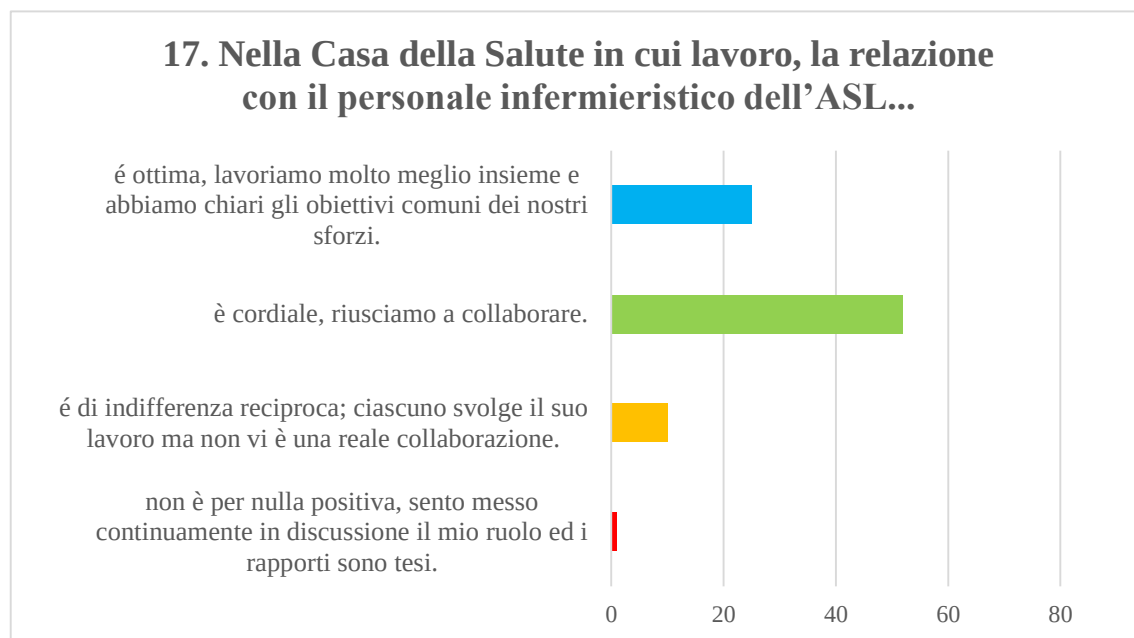
3.16. Integrazione tra Ospedale e Case della Salute.

Riguardo alla relazione e comunicazione Ospedale-territorio, il 63% degli intervistati ritiene che non esista integrazione mentre il 38% riferisce la presenza di progetti, più o meno implementati, per realizzarla.



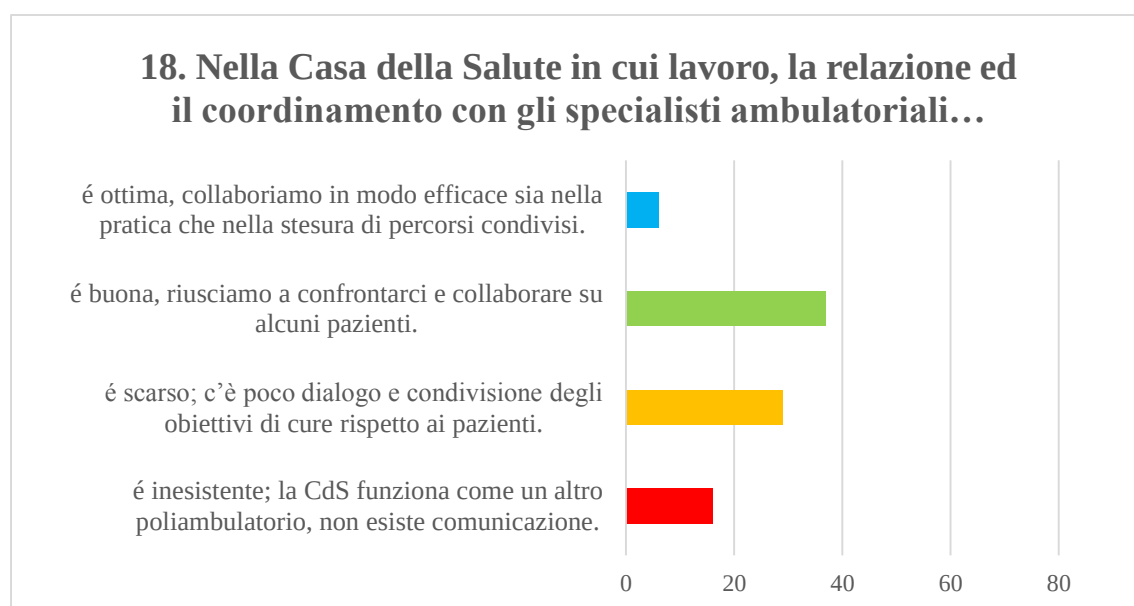
3.17. Relazione con personale infermieristico Ausl.

Rispetto alla relazione con il personale infermieristico Ausl, l'88% dei MMG intervistati considera questa relazione positiva, di collaborazione; il 12% contrariamente la giudica di "indifferenza reciproca" o "per nulla positiva".



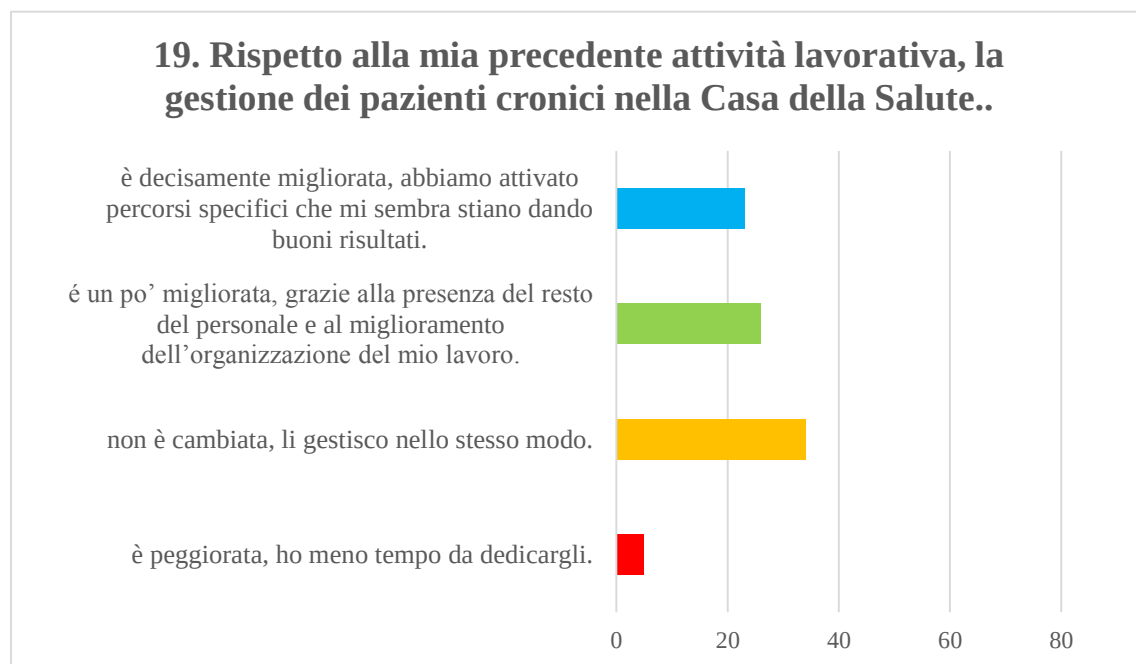
3.18. Coordinamento ed integrazione con gli specialisti ambulatoriali.

Il 51% degli intervistati giudica il coordinamento con gli specialisti ambulatoriali che operano nella Casa della Salute scarso o inesistente, mentre il 49% riferisce che esista un buon rapporto di collaborazione su specifici casi (42%) o di condivisione di percorsi di cura (7%).



3.19. Gestione del paziente cronico nella Casa della Salute.

I MMG che fanno parte del nostro campione hanno riferito di aver osservato un miglioramento leggero (30%) o consistente (26%) nella gestione dei propri pazienti affetti da patologie croniche, mentre il 34% non ha rilevato nessun cambiamento. Infine, un 6% del campione ha riscontrato una diminuzione del tempo da dedicare alla cura dei pazienti con patologie croniche, con un conseguente calo nella percezione della qualità dell'assistenza offerta.



3.20 Integrazione con i Servizi Sociali nella Casa della Salute.

Il 27% dei MMG intervistati lavora in Case della Salute dove i Servizi Sociali sono assenti. Della restante parte invece, la maggioranza (51%) riferisce come l'integrazione con questi sia "del tutto informale", mentre una parte più ridotta (13%) ritiene questa integrazione del tutto assente. Soltanto il 9% del campione infatti ritiene che l'integrazione con i servizi sociali sia presente e strutturata nel modo adeguato ai fini di rispondere ai bisogni dei cittadini.



Discussione

1. Disussione metodologica

1.1 Descrizione e rappresentatività del campione

La nostra popolazione di riferimento è rappresentata dal totale dei MMG che nel 2015 lavoravano nelle Case della Salute dell'Emilia Romagna: 486 professionisti complessivamente, secondo il censimento della Regione Emilia Romagna di Luglio 2015 [20]. L'indagine che abbiamo condotto, rivolgendosi alla totalità della popolazione in esame, può essere considerata un'*indagine campionaria* o un *sondaggio*. Per raggiungere la significatività statistica e poter generalizzare le nostre osservazioni a tutta la popolazione dei MMG delle Case della Salute, il nostro campione avrebbe dovuto avere le dimensioni di circa 200 soggetti[54], mentre siamo riusciti ad ottenerne 88 (18,1%). Le caratteristiche dei soggetti che fanno parte del campione (in quanto ad età, genere, titolo di studio, provincia e tipologia di CdS di appartenenza) sono tali da farci ritenere che sia sufficientemente rappresentativo della popolazione di riferimento e che le riflessioni, seppur di natura descrittiva, che proporremo in questa sezione possano essere estese ad una popolazione più vasta rispetto al campione in sé. Nella Figura seguente sono confrontate le caratteristiche del nostro campione rilevate dallo studio con quelle della popolazione di MMG in Italia, disponibili in letteratura [2].

	CAMPIONE	MMG ITA
Variabile	*nostra rilevazione	*rapporto WHO2015
Età Media	57,77	87% età > 50
Rapporto M/F	3:1	>M
Titolo di studio prevalente	>Laurea	> Laurea
Media N assistiti	1350	1094
Media H lavoro/Settimana	40	39

Figura 35 Confronto tra le caratteristiche del campione e quelle della popolazione generale dei MMG italiani [2].

Per quanto riguarda la suddivisione dei Mmg rispondenti nelle diverse tipologie di CdS (Fig. 36) le caratteristiche del nostro campione rispecchiano in parte la diffusione delle stesse descritta regionale descritta all'interno del Report 2015 *“Le Case della Salute in Emilia Romagna: il monitoraggio regionale”* della RER[20]: con una prevalenza di CdS Piccole e Medie (40%) su quelle Grandi (18%). La presenza però, nel nostro campione, di risposte provenienti da CdS Medie è altrettanto numerosa rispetto a quelle provenienti dalle Piccole, mentre a livello regionale le CdS Piccole sono lievemente più numerose (39% contro il 36%).

	CAMPIONE			REGIONE E.R		
	*inchiesta			*Report2015		
	n	N	%	CdS	Tot	%
Piccola	36	88	41%	26	67	39%
Media	36	88	41%	24	67	36%
Grande	16	88	18%	17	67	25%
Totale	88		100%	67		100%

Figura 36 Ripartizione del campione nelle diverse tipologie di CdS e confronto con dati della RER[20]

Rispetto alle differenze tra il nostro campione e quello delle Case della Salute dell'Emilia Romagna in quanto a suddivisione nelle diverse Ausl e Aree vaste di appartenenza, notiamo come le differenze rilevanti stiano nella maggiore presenza percentuale dei dati provenienti dalla Provincia di Bologna (che costituisce il 23% del nostro campione mentre in questa provincia insistono soltanto il 13% delle CdS presenti in regione) e del minore peso dei dati provenienti dalla Provincia di Parma, che rappresentano soltanto il 19% del nostro campione (mentre invece la Provincia di Parma ospita il 24% delle CdS della Regione). Inoltre, è presente una maggior rappresentazione di dati provenienti dalla Provincia di Modena rispetto a quella di Reggio Emilia, il cui peso relativo all'interno del campione appare invertito rispetto ai dati regionali. (Figura 37)

	Campione *elaborazione	RER *Report 2015
Romagna	31%	28%
Parma	19%	24%
Bologna	23%	13%
Reggio Emilia	5%	12%
Modena	11%	9%
Ferrara	8%	7%
Imola	2%	3%
Piacenza	2%	3%
Totale CdS	100%	100%

Figura 37 Confronto tra la distribuzione provinciale delle Case della Salute nel campione con quella sul territorio regionale. Le Province sono ordinate in senso decrescente per numero di Case della Salute presenti. [20]

Complessivamente quindi, siamo portati a ritenere che all'interno del nostro campione il peso relativo delle risposte e considerazioni proposte dalle Ausl di Modena e Bologna sia maggiore rispetto alla realtà regionale ed al contrario quello di Reggio Emilia e Parma sia livemente inferiore. In seguito, durante la discussione dei risultati del questionario di soddisfazione lavorativa, tratteremo il peso che questo relativo squilibrio potrebbe avere nel tracciare le considerazioni generali.

Le motivazioni di questi lievi squilibri in positivo rispetto alle province di Modena e Bologna sono facilmente identificabili: la prossimità geografica, la rete diffusa di conoscenze e l'impegno in prima persona dei Direttori del Distretto e responsabili delle Cure Primarie ha costituito un fattore facilitante la raccolta di informazioni e questionari. Al contrario, rispetto ai casi di Parma e Reggio Emilia, le motivazioni alla base della scarsa adesione allo studio e quindi delle nostre difficoltà nel reperire questionari e risposte sono state diverse; nella Ausl di Parma insistono la maggior parte delle Case della Salute che hanno più di 3 anni di storia di funzionamento attivo poiché già nel giugno del 2012 le CdS attive erano 10, sul totale delle 26 programmate nel 2011 [19] [39] e che sono state oggetto di verifica ed interesse da parte di diversi istituti di ricerca, (i cui dati però sono ancora in corso di analisi e pubblicazione); la finestra temporale prevista per la compilazione del nostro questionario quindi si è trovata a coincidere con quella di un'altra ricerca del CERISMAS (Centro di ricerca afferente all'Università Cattolica di Milano), e

ciò ha provocato diffusi malumori ed un'adesione scarsa. Nel Caso di Reggio Emilia invece, la difficoltà nel reperimento di informazioni e contatti sulle Case della Salute nel sito internet della Ausl e la riferita scarsa diffusione dell'utilizzo del Sistema SOLE hanno comportato una ricaduta negativa in termini di efficacia dei contatti e di questionari raccolti.

1.2 Analisi delle risposte provenienti dalle stesse Case della Salute

Come abbiamo specificato nella sezione materiali e metodi, la dichiarazione della Casa di Salute di appartenenza è stata impostata come facoltativa al fine di tutelare la privacy del medico. Nonostante questo 33 Mmg hanno deciso di pubblicare il nome della Casa della Salute di appartenenza. La figura qui sotto propone alcune interessanti riflessioni: per prima cosa, i dati provenienti dalle stesse Case della Salute (nello specifico 3 da Crevalcore, 3 da Santarcangelo di Romagna e 2 da Parma Centro) mostrano una certa tendenza alla somiglianza ed in secondo luogo le risposte che attestano una bassa soddisfazione generale sono, in questo sotto-campione, più frequenti rispetto a quelle del campione totale.



Figura 38 Localizzazione geografica tramite puntatore delle risposte ricevute e segnalazione (in nero) delle Case della Salute con più di un questionario compilato. (fonte: elaborazione con Google Maps)

Il fatto che i questionari provenienti dalla stessa Casa della Salute abbiano ottenuto punteggi simili di Soddisfazione Media Generale sembrano suggerire che il contesto lavorativo ha il potere di incidere sulla soddisfazione lavorativa, al di là della variabilità delle caratteristiche individuali di personalità e dalle caratteristiche intrinseche del lavoro di MMG.

In questo sotto-campione si osserva un'alta prevalenza di punteggi che testimoniano una bassa soddisfazione, questa potrebbe anche essere letta come una volontà da parte dell'intervistato di denunciare la situazione di malessere lavorativo o deficit organizzativo della CdS. Per verificare questa ipotesi bisognerebbe, in futuro, raccogliere testimonianze tramite la tecnica del Focus Group.

1.3 Analisi degli errori

I risultati del questionario di soddisfazione lavorativa e quelli del sondaggio sulle CdS hanno mostrato una grande varietà negli stili di risposta e nei punteggi complessivi ottenuti. I possibili *bias di selezione* del campione che abbiamo ipotizzato ed i provvedimenti messi in atto per ridurli sono schematizzati nella tabella che segue:

<i>Possibile bias</i>	<i>Effetto di distorsione</i>	<i>Provvedimenti intrapresi</i>
Somministrazione online del questionario ed arruolamento tramite posta elettronica	Selezionare una popolazione di Mmg tecnologicamente più avanzata e più incline alla novità ed alle forme organizzative integrate. (+soddisfazione)	Il secondo contatto è avvenuto telefonicamente ed è stata offerta assistenza alla compilazione del questionario online
La ricerca dei contatti delle CdS ed Mmg è avvenuta online o tramite il centralino del Dipartimento di Cure Primarie	Le CdS che hanno informazioni più aggiornate potrebbero essere quelle meglio organizzate. (+soddisfazione)	La ricerca è stata effettuata prima per CdS poi per ogni MMG è stato effettuato almeno un tentativo di contatto telefonico (tramite la pagina web “cercamedico” di SOLE)
Partecipazione volontaria	I MMG più disillusi o affetti da <i>burnout</i> sono meno motivati a partecipare. (+soddisfazione)	È stato dato particolare rilievo al fatto che si trattasse di un’indagine indipendente e interna alla Medicina Generale
Argomento controverso ed al centro di dibattito	Possibile effetto di polarizzazione e strumentalizzazione delle risposte (+ soddisfazione e -soddisfazione)	ed è stato garantito l’anonimato della risposta.

Figura 39 Schema riassuntivo delle possibili sorgenti di bias, del loro effetto di distorsione sul dato analizzato e dei provvedimenti intrapresi per ridurne gli effetti di distorsione (fonte: elaborazione propria)

Alla luce di queste considerazioni e della ridotta numerosità del campione, non è possibile escludere possibili bias di selezione in senso positivo (selezione di MMG più complianti con il progetto), ma ci auguriamo che gli sforzi eseguiti per ridurre gli effetti abbiano minimizzato la loro influenza sui risultati ottenuti.

1.4 Difficoltà nel coinvolgimento dei medici.

Per valutare la numerosità del nostro campione alla luce delle difficoltà incontrate nella raccolta dei questionari, l'abbiamo confrontato con due recenti indagini sulla riorganizzazione di strutture sanitarie (sia ospedaliere che sul territorio) condotte sul territorio nazionale da parte di istituzioni pubbliche e private ed abbiamo messo a confronto le modalità di scelta del campione e le percentuali di rispondenti ottenute. Nel caso dello studio pilota condotto da AGENAS sull'empowerment dei professionisti dell'Area sanitaria è evidente che il setting ristretto del reparto ospedaliero, la limitata numerosità dell'Universo di riferimento e l'estensione del coinvolgimento a tutto il personale del reparto ha permesso di ottenere una maggiore partecipazione[7]. Nell'indagine condotta dalla fondazione ISTUD al contrario, nonostante l'altissima numerosità della popolazione oggetto di sondaggio il campione dei rispondenti è risultato molto limitato. [7, 16]

Variabile	AGENAS [7]	ISTUD[16]	Job satisfacion
Tipo di campione	Campionamento di opportunità	Reclutamento su base volontaria	Campione rappresentativo
Universo	1. (128) 2. (155)	Numero non determinabile	MMG delle CdS della RER (486)
Rispondenti	1. 103 2. 155	128	88
Setting	Reparto Ospedaliero	Molteplici	Casa della Salute
Metodo di rilevazione	Questionario cartaceo somministrato da ricercatore e focus group	Questionario online	Questionario online (reclutamento via e-mail poi telefonico)
Professionisti coinvolti	Tutti i lavoratori del reparto	Professionisti della salute	Medici di Medicina Generale delle CdS
Elaborazione dati	Statistica descrittiva (analisi monovariata)	Statistica descrittiva (analisi monovariata)	Statistica descrittiva (analisi monovariata)

Figura 40 Riassunto della Metodologia di indagine di due studi che recentemente hanno analizzato la soddisfazione lavorativa di personale medico dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali sul territorio nazionale [7, 16]

Come suggeriscono i manuali di metodologia per la ricerca sociale, la metodica del questionario online (evoluzione del questionario postale preaffrancato) con adesione su base volontaria produce tassi di risposta più bassi rispetto a metodologie di indagine che prevedono la presenza di un intervistatore, ma è nettamente più economico.[53]

Un altro elemento che può avere inciso sulle ottime percentuali di risposta ottenute dallo studio di AGENAS può essere stato il setting chiuso del reparto ospedaliero ed il coinvolgimento di tutto il personale del reparto, sanitario e non.

I fattori che hanno inciso particolarmente sulle nostre possibilità di raccolta dei questionari sono elencati nella tabella seguente e potrebbero rispecchiare opportunità e criticità insite nel disegno e programmazione del sistema delle Case della Salute in Emilia Romagna. In particolare, la difficoltà del reperimento di informazioni relative alle CdS è stata rilevata anche dall'indagine condotta da Sumai-Assoprof, così come la diffusione “a macchie di leopardo” dell'utilizzo dei Sistemi Informativi.[17]

Fattori di facilitazione	Fattori di impedimento
✓ Reperibilità di informazioni e contatti sul sito Ausl;	✗ Irriperibilità di informazioni e contatti sul sito internet Ausl
✓ Presenza centralino/numero di telefono unico della CdS per l'orientamento tra i servizi;	✗ Assenza di centralino o numero telefonico unico
✓ Chiarezza sulla responsabilità delle CdS (Distretto o Dipartimento di Cure Primarie)	✗ Non chiara la committenza sulla CdS
✓ Rete di conoscenze tra MMG;	✗ Assenza di referenti della CdS nel suo complesso
✓ Presenza di referente MMG;	✗ MMG non organizzati in gruppo
✓ Presenza di personale di segreteria nella Medicina di Gruppo/CdS;	✗ Assenza di personale di segreteria
✓ Attivazione e consultazione quotidiana del server e-mail del Progetto SOLE;	✗ Non utilizzo del server e-mail del sistema SOLE
✓ Possibilità di colloquio telefonico	✗ Sovrapposizione con altri studi e ricerche
	✗ Esaurimento emozionale del MMG o sovraccarico lavorativo

Figura 41: Sintesi degli elementi che hanno influenzato positivamente e negativamente la raccolta dei questionari (fonte: elaborazione)

Nello specifico, analizzando i singoli fattori limitanti ed alla luce della ricerca condotta “sul campo”, si evidenziano alcune considerazioni che, pur esulando dagli obiettivi della nostra ricerca riteniamo possano essere interessanti:

- ✗ **Reperibilità e correttezza delle informazioni disponibili sulle CdS:** innanzi tutto esiste una grande disomogeneità nella reperibilità delle informazioni sui siti internet delle diverse Ausl di appartenenza delle Case della Salute ed in alcuni casi addirittura non è stato possibile reperire nessuna informazione su ubicazione, contatti telefonici, medicina di gruppo presente e servizi per il cittadino disponibili nelle Case della Salute. Nonostante quanto dichiarato dalla Regione[20] sullo sforzo comunicativo intrapreso dalla maggior parte delle CdS, resta ancora molto lavoro di comunicazione da fare per favorire l'accessibilità dei servizi. Tanto più che uno dei punti chiave della CdS dovrebbe appunto essere il garantire un punto di “accesso all'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale in un luogo visibile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento”. Nell'evoluzione delle società è sempre più necessario garantire, accanto alla presenza fisica, anche la correttezza ed

accessibilità delle informazioni online, dal momento che Internet rappresenta già la principale sorgente di informazioni per una fascia della popolazione che è destinata ad allargarsi sempre di più[55].

- ✱ **Committenza delle CdS:** nel corso dello svolgimento della ricerca abbiamo a più riprese rilevato come, soprattutto in alcune Ausl, il distretto non fosse a conoscenza delle attività svolte nella CdS o non si sia mostrato disponibile o preparato a fornire informazioni in proposito mentre gli aspetti organizzativi/informativi sembravano maggiormente curati dal Dipartimento di Cure Primarie. In alcuni casi abbiamo addirittura riscontrato come i due centralini di Distretto e DCP si “rimbalzassero” la responsabilità di fornire informazioni in proposito. Questo collide con la definizione stessa di Casa della Salute proposta dalla regione (DGR 291/2010, p.6) come “presidio del Distretto, la cui gestione complessiva è affidata al Dipartimento di Cure Primarie che cura le interfacce con gli altri dipartimenti” e risulta auspicabile quindi che vengano definite con più chiarezza committenza, responsabilità e relazioni delle CdS rispetto al sistema di cure territoriali.
- ✱ **Gestione ed aspetti organizzativi della CdS:** durante la ricerca abbiamo rilevato che, quando ci è stato fornito o si è reso possibile prendere contatti con un referente organizzativo o dell’intera Casa della Salute o della medicina di gruppo che vi risiede la raccolta dei dati si è dimostrata molto più agevole. Questo ci porta a sostenere che venga definito con precisione chi siano i referenti per le CdS e come raggiungerli.
- ✱ **Disomogeneità nella diffusione del Sistema SOLE:** nonostante esuli dagli scopi della presente ricerca una trattazione delle problematiche legate alla disomogeneità della diffusione ed implementazione dei servizi e tecnologie di informazione e comunicazione (TIC), anche nel corso di questa indagine abbiamo avuto occasione di rilevare come esista una grande variabilità nei sistemi informativi usati negli ambulatori dei MMG delle diverse Ausl e, per motivi di cui non contestiamo la legittimità, la diffusione ed attivazione del sistema SOLE appare alquanto discontinua.

2. Discussione dei risultati

2.1 Confronto con studi analoghi condotti in Spagna tra il 1995-2005

Abbiamo deciso di condurre un approfondimento bibliografico sul tema della ricerca sulla soddisfazione lavorativa in Spagna negli anni successivi all'applicazione delle Riforma Sanitaria del 1984. La riorganizzazione delle Cure Primarie che è in corso in Italia da almeno 10 anni ma che ora sta vivendo un nuovo impulso dovuto all'introduzione delle UCCP/ Case della Salute ricalca in parte alcuni passi fondamentali di quanto avvenuto in Spagna a partire dal 1984. Nel periodo tra gli anni '90 ed il 2000 infatti, in Spagna, l'attenzione alla *Job satisfaction* è stata molto alta: ne sono testimoni sia il grande numero di studi svolti sull'argomento (in un contesto, quello della Medicina Generale, dove la ricerca non è così frequente), sia l'alto tasso di adesione registrato nel corso delle diverse ricerche [41, 42, 44, 56]. Questo lasso temporale corrisponde ai decenni durante i quali si è riorganizzato l'intero sistema (con tempi e modalità molto variabili nelle diverse Province Autonome). L'interesse per il tema è nato dal fatto che si pensava che la soddisfazione lavorativa dei professionisti potesse costituire un valido indicatore, rapido e di facile misurazione, degli effetti della riforma sulla qualità dell'assistenza offerta[44]. Anche il nostro interesse per questo tema quindi nasce dalla consapevolezza che la conoscenza della soddisfazione lavorativa del professionista può costituire un metodo che permette di identificare in modo rapido problemi ed opportunità di miglioramento che si ripercuotano sulla qualità del servizio prestato[44].

Il nostro studio ha applicato per la prima volta in Italia il questionario Font Roja nel contesto delle Case della Salute che, per certi aspetti, riprendono il modello dei *Centros de Salud* o *Centros de Atencion Primaria* spagnoli (vedi Appendice 4: *confronto tra Modelli di Cure Primarie in Italia e Spagna*); per questo motivo proponiamo, nella tabella che segue, una sintesi comparata dei risultati rispetto alle diverse dimensioni della soddisfazione lavorativa.

Dal punto di vista metodologico però, occorre specificare che, differentemente da quando avvenuto nel caso della nostra ricerca, nella totalità degli studi presi in esame il numero dei questionari raccolti è stato maggiore al 70% ed il campione è risultato essere sempre rappresentativo rispetto alla popolazione di riferimento; i fattori metodologici, comuni alla maggior parte degli studi presi in esame, che possono aver concorso al conseguimento di questo risultato sono[41, 42, 44, 56]:

- Somministrazione del questionario a gruppi da parte di un intervistatore preparato (3 studi)
- Coinvolgimento diretto di personale del Distretto (*Zona basica de Salud*) o DCP (*Dirección de Atención Primaria*). (4 studi)
- Minore estensione geografica delle zone oggetto di indagine (4 studi).
- Possibilità di ricevere un feedback istantaneo sul punteggio realizzato nel questionario di soddisfazione lavorativa (1 studio)

La tabella che segue mette a confronto i risultati dei diversi studi che hanno misurato la soddisfazione lavorativa del personale Medico nel contesto delle Cure Primarie (*Atención primaria*) in Spagna applicando il questionario Font Roja tra il 1995 ed il 2005 con quelli da noi ottenuti. Va inoltre sottolineato che gli studi di Fernandez San Martin *et al* sono un confronto temporale sulla stessa popolazione di professionisti nel 1995[56] e nel 2000. Lo studio di Lomeña Villalobos *et al* del 2004 invece, nonostante applichi il questionario Font Roja nel contesto delle Cure Primarie, non è stato inserito nella tabella che segue poiché l'articolo non riportava i risultati delle singole dimensioni. L'oggetto di analisi in quel caso sono stati i professionisti della sanità territoriale del Distretto de la Axarquía (Málaga) che hanno mostrato punteggi di soddisfazione mediamente più alti rispetto agli altri studi. [43]

	Fernandez San Martin et al, 1995 [56]	Fernandez San Martin et al, 2000 [42]	Sobrequés et al 2003 [44]	Mmg nelle Case della Salute in ER
<i>Likert</i>	1-5	1-5	1-5	1-4
Carico di lavoro (D1)	2,43	2,36	2,26	1,95±0,94
Opportunità di carriera (D2)	2,42	2,40	2,75	2,45±0,87
Soddisfazione lavorativa (D3)	3,11	3,24	3,79	2,90±0,90
Monotonia lavorativa (D4)	3,36	3,29	3	2,87±1,01
Relazioni interprofessionali (D5)	3,37	3,62	3,42	3,14±0,91
Competenze professionali (D6)	3,90	3,95	3,22	3,38±0,81
Stress e tensione lavorativa (D7)	2,29	2,05	2,42	1,89±0,88
Relazioni interpersonali (D8)	3,29	3,22	3,90	2,77±1,05

Come si evince dalla tabella precedente, le dimensioni che hanno mostrato punteggi più bassi (“Stress e tensione lavorativa” e “carico di lavoro”) nel nostro campione sono le stesse osservate nello studio dei professionisti medici di un Distretto Sanitario dell’Area di Madrid [42] ed a quelli di un collettivo di 93 Centros de Salud della Provincia di Barcellona (Sobreques et al, 2003). Per quando riguarda le dimensioni che, al contrario, hanno ottenuto un punteggio più alto nel nostro campione (“Competenze professionali” e “ relazioni professionali”) anche in questo caso è interessante notare come si sovrappongano con lo studio di Fernandez San martin et al, 2000. Inoltre il confronto

temporale tra il campione del 1995 e quello del 2000 svolto sull'Area di Madrid sembra mostrare un relativo peggioramento dei punteggi relativi a “carico di lavoro” e “stress dovuto al lavoro”; dato che appare in linea con altri lavori condotti sul tema degli effetti delle Riforme delle Cure Primarie sulla soddisfazione lavorativa dei Medici di Famiglia [57, 58].

La soddisfazione lavorativa dei Medici di Famiglia in Spagna quindi non sembra aver risentito positivamente dei cambiamenti introdotti dalla Riforma delle Cure Primarie [44]. Addirittura, alcuni studi sostengono che certe dimensioni della soddisfazione lavorativa, nello specifico il carico di lavoro, la tensione lavorativa e le opportunità di carriera abbiano continuato a peggiorare nonostante le riforme organizzative intraprese [57, 59]. Probabilmente, come suggerito da Sobrequés *et al* [44], altri fattori, che hanno influenzato profondamente il mondo contemporaneo, potrebbero aver contribuito a rendere la job satisfaction “impermeabile” al cambiamento nonostante il riassetto organizzativo. Sembrano essere particolarmente rilevanti: i tagli e le restrizioni nel settore sanitario, la sempre crescente burocratizzazione, il moltiplicarsi delle linee guida come strumento di controllo ed il disequilibrio tra le aspettative del paziente, sempre più alte, e le possibilità reali della medicina. Ricerche come quelle condotte in Spagna e Regno Unito, in un momento di grande trasformazione delle Cure Primarie in Italia, andrebbero promosse anche in Italia, viceversa nel nostro paese le indagini che abbiano come oggetto l'attività dei MMG o comunque del team multidisciplinare delle cure primarie sono molto rare.

2.2 Aspetti negativi: carico lavorativo e stress e tensione dovuti al lavoro

Nel campione oggetto del nostro studio le dimensioni relative al “carico di lavoro” ed allo “stress e tensione dovuto al lavoro” sono quelle in cui abbiamo riscontrato i risultati peggiori nella soddisfazione dei MMG intervistati. Questo dato conferma quanto riportato da altri studi italiani sul carico di lavoro del MMG, frequentemente percepito come insostenibile [60]. Nonostante si possa argomentare che “la medicina è una professione intrinsecamente stressante a causa dei lunghi turni di lavoro, degli incalzanti quesiti clinici, dilemmi etici, pazienti difficili e conflitti tra le esigenze di pazienti e medici”[61] è necessario che venga posta grande attenzione nei confronti della salute dei professionisti, in quanto è ormai evidente come un carico di lavoro eccessivo possa condurre ad una scarsa soddisfazione lavorativa ed un aumento di rischio di sviluppare burnout: fattori che si sono mostrati entrambi in grado di compromettere le cure offerte dal professionista [35].

Riguardo al carico di lavoro del MMG nelle Case della Salute, l’unico dato che è abbiamo rilevato per quantificare il suo carico assistenziale è stato quello relativo alle ore di lavoro settimanali, la cui media (39,61) è risultata coincidere con quella nazionale [2, 62].

In linea con un altro studio realizzato in Germania da Goetz *et al* nel 2013 però, la media

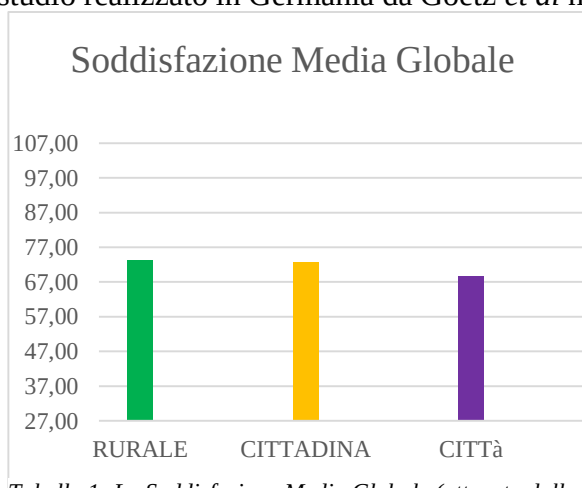


Tabella 1: La Soddisfazione Media Globale (ottenuta dalla somma semplice delle risposte ai singoli Items del questionario) in relazione al contesto in cui insiste la Casa della Salute

delle ore di lavoro settimanali nel campione proveniente dal contesto rurale è risultata essere più alta rispetto a quella del contesto urbano [60]. In questo caso però, diversamente da quanto atteso, l’aumentato carico di lavoro non sembra nuocere alla soddisfazione globale dei professionisti, che al contrario è apparsa lievemente più alta nel

setting rurale e di paese rispetto alla città. È necessario specificare che questa differenza, all'interno del nostro campione, potrebbe essere spiegata anche dalla bassa prevalenza di Case della Salute nel contesto urbano rispetto a quelle rurali sia nel nostro campione che in generale in Emilia Romagna.

Le motivazioni di questa differenza di soddisfazione generale tra zone rurali ed urbane potrebbero essere riportabili alla maggiore importanza ed il maggiore prestigio sociale del MMG in zone rurali caratterizzate da scarse risorse sanitarie, al costo della vita minore che potrebbe spiegare una maggiore soddisfazione rispetto al proprio stipendio e, più in generale, alla percezione diffusa dei MMG di sentirsi più utili o riconosciuti dai propri pazienti.

Un altro aspetto che abbiamo voluto rilevare nella nostra indagine è stato il cambiamento nel carico di lavoro in seguito all'ingresso nella Casa della Salute; la ricerca sul campo condotta prima della redazione delle domande tematiche ci aveva restituito l'impressione diffusa che il carico lavorativo per i MMG fosse aumentato. I dati del sondaggio hanno confermato le nostre ipotesi: il 72% dei MMG che hanno partecipato alla nostra inchiesta ha riferito un aumento del carico di lavoro in seguito all'ingresso nelle Case della Salute, che per il 20% dei medici è "insostenibile", mentre per il restante 52% non "costituisce un peso eccessivo". Al contrario, il 20% del campione afferma di non aver notato modificazioni nel carico di lavoro totale, mentre soltanto il 7% ne ha riferito una riduzione. Questo dato è stato riferito dalla maggior parte dei medici, indipendentemente dal loro livello di soddisfazione generale e costituisce quindi un problema che dovrà essere ulteriormente oggetto di studio ed analisi. Nell'analisi del carico lavorativo inoltre, è importante non limitarsi a misurare parametri fissi come il numero di ore settimanali, il numero di contatti giornalieri e la durata media di una visita, poiché non sempre costituiscono una misura affidabile del carico lavorativo complessivo reale. Infatti, secondo quanto osservato da uno studio condotto nell'Area Sud dell'ASL di Bologna [63] che ha avuto come oggetto i MMG ed ha analizzato il loro utilizzo del tempo, le attività assistenziali "tipiche" del MMG costituiscono soltanto una parte dell'impegno quotidiano. I risultati di questa analisi hanno mostrato che il carico settimanale assistenziale dei MMG con oltre mille pazienti corrisponde a circa 41 ore settimanali, comprendenti attività ambulatoriale, attività domiciliari ordinarie ed ADI; a queste ore però vanno aggiunte quelle dedicate ai contatti professionali, alle pratiche burocratiche,

all'aggiornamento non obbligatorio, alle attività organizzative ed alla ricerca e quindi alla fine dei conti il carico lavorativo orario settimanale sembra essere molto più alto rispetto alle media nazionale dichiarata (40 ore).

Nelle Case della Salute soprattutto, è lecito ipotizzare che l'aumento del carico lavorativo vissuto dai professionisti si riferisca proprio a queste ultime dimensioni “non assistenziali” dell'attività professionale: gli sforzi organizzativi per il coordinamento, l'integrazione con altre figure professionali, l'essere oggetto di studio in quanto struttura innovativa, la creazione di progetti per la cronicità e molti altri fattori potrebbero aver contribuito ad aumentare il carico lavorativo dei MMG.

Per quanto riguarda la dimensione della “*tensione e stress dovuto al lavoro*”, i MMG intervistati hanno espresso risposte prevalentemente negative (65%). Nello specifico, l'86% degli intervistati si è dichiarato molto in accordo con l'affermazione “*spesso mi capita di pensare a questioni legate alla mia professione anche fuori dall'orario di lavoro*” e più di $\frac{3}{4}$ degli intervistati hanno riferito che il lavoro incida negativamente sul loro stato d'animo e di salute. Questo dato, come quello dell'aumento del carico lavorativo, sembra confermare un *trend* osservabile in tutto il mondo occidentale di progressivo esaurimento e burn-out dei medici in generale, ed in particolare di una diffusa percezione di esaurimento emotivo dovuto al lavoro che colpisce soprattutto la Medicina Generale [32, 64].

Per riuscire a capire quindi quanta parte di questo aumento del carico di lavoro e di percezione di stress e tensione sia ascrivibile all'ingresso nelle Case della Salute e quanta invece si inserisca in un quadro più generale bisognerà intraprendere altre ricerche che si focalizzino con una prospettiva comparativa sulle diverse popolazioni: quella dei medici ancora “fuori” e quella dei medici dentro alle Case della Salute.

2.3 Aspetti positivi: competenze professionali e relazioni interprofessionali.

È stato interessante rilevare come nel nostro campione le dimensioni della soddisfazione che sono state maggiormente valutate come soddisfacenti siano state le *competenze professionali* e le *relazioni interprofessionali*: l'espansione delle capacità diagnostiche e terapeutiche del MMG e la sua integrazione all'interno del team multidisciplinare

rapprresentano infatti alcuni tra i punti chiave alla base del progetto “ Case della Salute” [19].

2.3.1 *Le competenze professionali nelle Case della Salute*

Nela sfera delle competenze professionali le risposte al nostro sondaggio hanno mostrato un panorama piuttosto positivo, che potrebbe in parte aver contribuito agli alti punteggi ottenuti in questa sfera della soddisfazione:

- ✓ Le **occasioni di crescita ed aggiornamento professionale** risultano aumentate per il 62% dei MMG intervistati, soprattutto grazie allo scambio di conoscenze tra colleghi.
- ✓ Nel 46% dei casi la Casa della Salute è **più rifornita in quanto a strumenti e tecnologie diagnostiche** rispetto all’ambulatorio precedente, mentre soltanto nel 16% dei casi è meno rifornita.
- ✓ La **motivazione per il lavoro** è aumentata per il 48% dei medici coinvolti, mentre soltanto il 17% del campione si è dichiarato più disilluso e meno motivato rispetto a quando ha deciso di entrare nella Casa della Salute.

Dalle stesse indagini preliminari condotte per la stesura delle domande tematiche (e raccolti negli atti del congresso per il Workshop SIMG[40]) e dalla raccolta di materiale sulle Case della Salute erano già emersi questi aspetti del nuovo lavoro del MMG: “*forte motivazione*” ed “*aggiornamento ed innovazione*“ erano state tra le risposte più frequentemente fornite dai MMG interrogati circa gli aspetti positivi del proprio lavoro nelle Case della Salute.

Alcuni esempi di applicazione di queste nuove opportunità diagnostiche e terapeutiche per i MMG riscontrati durante la ricerca sul campo sono:

- ✓ L’esecuzione di Holter pressori da parte dei Mmg della CdS di Parma Centro, Busseto e Collecchio.
- ✓ Il servizio di Telemedicina per la trasmissione e refertazione di ECG della CdS di Pievepelago
- ✓ ECG (Cardio-line), Eco-Doppler e Spirometro presenti nella CdS di Collecchio.
- ✓ Servizio di telemedicina per la refertazione e trasmissione di ECG e Ecografie generaliste per una *second opinion* presso la CdS di Busseto.

Tuttavia la diffusione di questi strumenti e tecnologie nelle diverse Case della Salute appare ancora abbastanza disomogenea; in diversi casi inoltre la strumentazione disponibile era stata acquisita dai componenti del gruppo di MMG in precedenza rispetto all'entrata a far parte della CdS. Rispetto a questo tema risulterebbe utile approfondire ulteriormente alcuni aspetti circa: la proprietà degli strumenti, le condizioni contrattuali stipulate tra CdS e Ausl per la delega nell'esecuzione di alcuni esami e rilevare con attenzione alcune tendenze alla "induzione" da parte dell'Ospedale verso la CdS, rilevate in diversi contesti (*fonte*: ricerca sul campo e schede informative delle CdS sintetizzate negli atti del Workshop [40]).

2.3.2 Le relazioni interprofessionali nella Casa della Salute.

Le relazioni tra i diversi membri del team multidisciplinare delle Case della Salute costituisce sicuramente uno degli aspetti più interessanti di questo modello organizzativo delle Cure Primarie. Come è già stato illustrato nella sezione introduttiva l'integrazione ed il coordinamento tra le diverse figure professionali sia sanitarie che sociali dovrebbe costituire uno dei punti cardine della riorganizzazione delle Cure Primarie[65, 66]. Inoltre le relazioni interpersonali ed il lavoro di gruppo, secondo diversi studi, sono fattori in grado di influenzare positivamente la soddisfazione lavorativa dei Medici [62].

Durante i Focus Group condotti tra i MMG dentro e fuori dalle CdS infatti erano emersi atteggiamenti molto positivi riguardo alla possibilità di lavorare in team, ma anche timori per la possibile perdita del ruolo del MMG come punto di riferimento unico per il paziente. Questi timori si concentravano principalmente sulle possibili sovrapposizioni di ruolo tra MMG e infermieri nella Casa della Salute.

A proposito di questo dibattito, i risultati della nostra indagine mostrano un quadro di relazioni prevalentemente positive:

- ✓ Il 78% dei MMG intervistati si dichiara d'accordo con l'affermazione "I rapporti con i miei coordinatori/responsabili sono cordiali";
- ✓ Il 78% dei MMG intervistati nega che nella sua Casa della Salute ci sia "un clima di tensione tra le diverse categorie professionali";
- ✓ Nel 88% dei casi la relazione con il personale infermieristico viene giudicata come positiva;

- ✓ Il 64% degli intervistati riferisce che nella Casa della Salute la suddivisione del lavoro esiste e viene rispettata (anche se soltanto il 6% del campione ritiene che semplifichi il lavoro).
- ✓ Più dell'80% dei MMG afferma di aver mantenuto la propria autonomia professionale;
- ✓ I medici hanno mantenuto il rapporto di fiducia che li lega ai propri pazienti nel 90% dei casi.

Altri aspetti della coordinazione e dell'integrazione all'interno del gruppo sono apparsi più controversi e meno strutturati e dovrebbero costituire oggetto di attenzione per chi regola ed organizza le attività nelle Case della Salute:

- ➡ Più della metà dei MMG intervistati afferma che il coordinamento con gli specialisti ambulatoriali è scarso o inesistente (dato che conferma l'analisi effettuata da Sumai-Assoprof [17]);
- ➡ Solo il 9% dei medici ritiene che vi sia una reale integrazione con i Servizi Sociali;
- ➡ Circa la metà degli intervistati ha ricevuto una formazione specifica sul lavoro di gruppo;
- ➡ Soltanto il 28% dei MMG ha giudicato utile la formazione al lavoro di gruppo ricevuta;

Conclusioni riassuntive

L'analisi critica dei quesiti posti negli 88 questionari raccolti ci consente di definire sinteticamente, sulla base della frequenza delle risposte (positive e negative) aspetti positivi e non dell'esperienza dei MMG che operano nelle case della salute:

Aspetti positivi riportati dai professionisti	Significati pratici
Rapporto con i pazienti	Nonostante la molteplicità degli attori coinvolti, non è stato intaccato il rapporto di fiducia che lega il paziente al proprio Medico di Famiglia.
Conservazione dell'autonomia professionale	Il MMG nella Casa della Salute mantiene pienamente la sua autonomia nell'organizzazione del lavoro e nella gestione dei pazienti, nonostante i cambiamenti del <i>setting</i> e la presenza di colleghi e collaboratori.
Crescita professionale ed aggiornamento	Lavorare nelle Case della Salute facilita lo scambio di conoscenze tra colleghi e stimola l'acquisizione di nuove competenze e perciò aumenta le occasioni di crescita professionale per il MMG.
Presenza sul territorio	La presenza delle Case della Salute non sottrae risorse ai territori e non si vuole sostituire alla presenza capillare degli ambulatori dei MMG, se mai migliora l'offerta sanitaria nelle zone più carenti grazie all'integrazione di più professionisti e servizi.

Sicurezza sul lavoro	La Casa della Salute rappresenta anche un luogo di lavoro dove il MMG può svolgere la sua professione in maggiore sicurezza.
Risorse stanziare per il progetto	Le risorse economiche e di personale stanziare sino ad ora dalla Regione per il finanziamento del progetto Case della Salute sono ritenute generalmente adeguate. Per continuare a fare evolvere il modello e garantire l'implementazione di tutti i servizi pianificati però serviranno ulteriori investimenti.
Suddivisione di compiti e mansioni	L'organizzazione del lavoro nella Casa della Salute è presente e viene rispettata, ma resta ancora molto da fare affinché questa sia in grado di facilitare il lavoro e valorizzare i diversi ruoli professionali.
Relazione con personale infermieristico	I rapporti tra i MMG ed il personale infermieristico nella Casa della Salute sono cordiali e c'è collaborazione.
Gestione del paziente cronico	I MMG ritengono che nella Casa della Salute la gestione dei pazienti cronici sia migliorata grazie alla presenza del resto del team e dei colleghi, all'organizzazione del lavoro e all'attivazione di percorsi specifici

Integrazione dei sistemi informatici	L'integrazione tra tutti i membri del team della casa della Salute dal punto di vista informatico esiste, anche se potrebbe essere ulteriormente implementata per consentire una maggiore elasticità negli scambi.
---	--

Alcuni punti descrivono invece una situazione di stabilità e continuità rispetto alla modalità organizzativa precedente all'ingresso nella CdS, oppure un contesto in evoluzione:

Aspetti neutri riportati dai professionisti	Significati pratici
Visite domiciliari	Il tempo dedicato alle visite domiciliari non è cambiato, anche se alcuni MMG hanno notato un leggero calo nel numero delle visite domiciliari dovuto al fatto che i pazienti preferiscono recarsi presso la Casa della Salute
Formazione al lavoro di gruppo	I percorsi formativi sul <i>team work</i> ed i loro effetti non sempre sono stati recepiti nel modo adeguato.
Relazioni tra colleghi	Le relazioni con i colleghi nella Casa della Salute sono amichevoli, anche se non sempre c'è un vero clima di collaborazione ed aiuto reciproco.

Motivazione	Nonostante i cambiamenti organizzativi e gli scambi professionali la motivazione professionale dei MMG non è stata influenzata in modo rilevante dall'ingresso nella Casa della Salute.
Adeguatezza degli spazi	Gli spazi a disposizione dei MMG nelle Case della Salute non sono migliori rispetto a quelli degli ambulatori precedenti.
Risorsa stanziata per il progetto	Le risorse economiche e di personale stanziate sino ad ora dalla Regione per il progetto Case della Salute sono ritenute generalmente adeguate; per continuare a fare evolvere il modello però e garantire copertura finanziaria all'implementazione di tutti i servizi pianificati serviranno ulteriori investimenti.

Altri aspetti al contrario sono apparsi meno favorevoli o in contraddizione rispetto alla *mission* delle Case della Salute:

Aspetti negativi riportati dai professionisti	Significati pratici
Carico di lavoro	Nonostante la presenza di collaboratori e colleghi, la suddivisione del lavoro e gli sforzi organizzativi il carico di lavoro sui MMG è ulteriormente aumentato. Il livello di stress e tensione è sempre alto e non è migliorato entrando nelle Case della Salute.

Ricerca	In questa fase del progetto i MMG non sono ancora protagonisti attivi di ricerche e progetti condotti nelle Case della Salute.
Disponibilità di strumenti e tecnologie	La disponibilità di strumentazioni e tecnologie nelle Case della Salute è ancora molto disomogenea e dipende ancora in gran parte dalla libera iniziativa dei MMG. Non esiste un equipaggiamento minimo ed alcune Case della Salute sono sfornite rispetto alle aspettative del personale.
Integrazione Ospedale-Casa della Salute	La comunicazione ed i percorsi attivati per la comunicazione tra Casa della Salute ed Ospedale risultano ancora insufficienti.
Coordinamento con specialisti ambulatoriali	Il coordinamento tra MMG e specialisti ambulatoriali nelle Case della Salute è spesso scarso o inesistente. Trovarsi sotto lo stesso tetto può favorire uno scambio di informazioni informale ma i rapporti andrebbero strutturati in modo più solido.
Integrazione con i servizi sociali	L'integrazione socio-sanitaria nella Casa della Salute non è ancora stata realizzata: i servizi sociali spesso sono assenti e, quando sono presenti, collaborano con i MMG in modo del tutto informale.

Reperibilità di informazioni e contatti sulle Case della Salute	Le informazioni per il cittadino circa ubicazione, orari e contatti telefonici della Casa della Salute non sempre sono disponibili. È necessario garantire, accanto alla presenza fisica, anche l'accessibilità e completezza delle informazioni online.
--	--

Gestione ed aspetti organizzativi della	Non è sempre chiara né facilmente reperibile la figura del responsabile organizzativo delle Case della Salute. È auspicabile che venga definito con precisione chi sono i referenti e come raggiungerli
--	---

Prospettive di ricerca future

Riteniamo che allargare il campione di intervistati e procedere con ulteriori analisi possa risultare utile sia per tutti i professionisti del settore sanitario che desiderino costruirsi un'opinione circa questo modello di assistenza territoriale, sia per i dirigenti regionali interessati a individuare le criticità e definire soluzioni organizzative. Per questo motivo abbiamo immaginato diverse possibilità di evoluzione del progetto di ricerca:

- ✓ Terminare la raccolta dati per raggiungere la quota di 200 questionari: questi numeri ci permetterebbero di svolgere analisi statistiche più sofisticate per individuare quali variabili indipendenti (demografiche, organizzative) sono in grado di influenzare maggiormente la soddisfazione lavorativa (variabile dipendente).
- ✓ Raccogliere le voci più critiche ed organizzare “Focus Group” nelle Case della Salute di appartenenza per discutere le ragioni di questo malessere lavorativo.
- ✓ Ridurre il campione alla sola Provincia di Modena ed ampliare il gruppo dei professionisti coinvolti nella rilevazione della *Job Satisfaction* a tutti i membri del team multidisciplinare per studiarne differenze e somiglianze. Riducendo il campione al solo territorio provinciale potremmo più facilmente recarci nelle singole CdS e somministrare il questionario anche in forma cartacea.
- ✓ Analizzare il sotto-campione proveniente dalla provincia di Modena e costruire dei campioni simili (in quanto numero, età, genere, contesto di appartenenza) di MMG organizzati in forma associata (medicina di gruppo, di rete ed ambulatorio privato) per studiarne le differenze in termini di soddisfazione lavorativa.
- ✓ Ripetere la somministrazione del questionario a distanza di tempo per studiare i cambiamenti nel livello di soddisfazione lavorativa dei MMG coinvolti: è lecito credere infatti che, trattandosi di modalità organizzative innovative e di recente costruzione, in questi prossimi anni subiranno notevoli interventi di riorganizzazione ed implementazioni dei servizi che potranno avere un impatto sul benessere lavorativo.

Bibliografia e Sitografia

1. *Improving Chronic Illness Care. The Chronic Care Model*. Available from:
<http://www.improvingchroniccare.org>
2. Kringos, D.S., et al., *Building primary care in a changing Europe*. 2015: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies.
3. Organization, W.H., *The European health report 2012: charting the way to well-being*. 2013.
4. ISTAT, *Italia in cifre*. 2015, ISTAT-Istituto Nazionale di Statistica: Roma.
5. Nolte, E. and C. Knai, *Assessing chronic disease management in European health systems*.
statistica, M.d.S.-D.G.d.S.I.e.S.S.-U.d. Assistenza domiciliare agli anziani- ADI anno 2010 e trend 2005-2010. 2012; Available from:
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?id=5.
7. AGENAS, *“Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*. 2009: Roma.
8. WHO, *Impact of economic crises on mental health*. 2011.
9. WHO, *“Health policy responses to the financial crisis in Europe”* 2012.
10. Roos, M., et al., *Motivation for career choice and job satisfaction of GP trainees and newly qualified GPs across Europe: a seven countries cross-sectional survey*. Educ Prim Care, 2014. **25**(4): p. 202-10.
11. AFRITE, et al., *L’impact du regroupement pluriprofessionnel sur l’offre de soins: Objectifs et méthode de l’évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l’expérimentation des nouveaux modes de rémunération*. 2013, Paris, FRANCE: IRDES. 6.
12. Fortunato, E., *Gli infermieri stranieri in Italia: quanti sono, da dove vengono e come sono distribuiti*. L’infermiere, 2012. **1**: p. 9-14.
13. WHO. *“WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnels”*. 2010; Available from: www.who.int/hrh/migration.
14. Kringos, D.S., et al., *Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending*. Health Aff (Millwood), 2013. **32**(4): p. 686-94.
15. Agenas, R.C. and E.-R. Marche, *Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane*.
16. Istud, F., *Le cure primarie in Italia: verso quali orizzonti di cura ed assistenza*. 2013, Report.

17. G., M.A.D.M.G.S.I.S.I.G.T., *Presentazione del project work*, in *La medicina specialistica verso la community care*. 2015: Venezia.
18. Cacciapuoti Imma, B.A., Donadini Andrea, Carradori Tiziano, *L'assistenza primaria in Emilia Romagna*, in *Cure Primarie H24. Chronic Care Model e Medicina d'iniziativa*. 2014: Roma.
19. Romagna, R.E., *La programmazione delle "Case della Salute" nella Regione Emilia Romagna- Report 2011*. 2011.
20. Crucetti, C.P., L.; Brambilla, A., *Le "Case della Salute" in Emilia Romagna: il monitoraggio regionale*. 2015, Assessorato Politiche per la Salute- Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione Servizio Assistenza Territoriale: Bologna.
21. Locke, E.A., *The nature and causes of job satisfaction*. Handbook of industrial and organizational psychology ed. M.D. Dunnette. 1976, Chicago: Rand McNally.
22. Taylor, F., *Principles of scientific management*. 1911, New York: Harper and Brothers.
23. Herzberg, F., *Work and the Nature of Man*. 1966, Cleveland: World Publishing Company.
24. Ewen, R.B., et al., *An empirical test of the Herzberg two-factor theory*. J Appl Psychol, 1966. **50**(6): p. 544-50.
25. Hackman, J.R. and G.R. Oldham, *Development of job diagnostic survey*. Journal of Applied Psychology, 1975. **60**: p. 159-170.
26. Staw, B.M.R., Jerry, *Stability in the midst of change: A dispositional approach to job attitudes*. Journal of Applied Psychology, 1985. **70**(3): p. 469-480.
27. Arvey, R.D.B., Thomas J.; Segal, Nancy L.; Abraham, Lauren M. , *Job satisfaction: Environmental and genetic components*. . Journal of Applied Psychology, Apr 1989. **74**(2): p. 187-192.
28. van Saane N, S.J., Verbeek JH, Frings-Dresen MH., *Reliability and validity of instruments measuring job satisfaction—a systematic review*. Occupational Medicine 2003. **May**; **53**(3): p. 191-200.
29. Shanafelt, T.D., et al., *Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014*. Mayo Clinic Proceedings. **90**(12): p. 1600-1613.
30. Jeffrey S. Rain, I.M.L., and Dirk D. Steiner *A Current Look at the Job Satisfaction/Life Satisfaction Relationship: Review and Future Considerations* Human Relations, 1991. **44**: p. 287-307.
31. Makin, P.J., U. Rout, and C.L. Cooper, *Job satisfaction and occupational stress among general practitioners — a pilot study*. The Journal of the Royal College of General Practitioners, 1988. **38**(312): p. 303-306.

32. Peckham, C. *Medscape Lifestyle Report 2016: Bias and Burnout*. 2016; Available from: <http://www.medscape.com/features/slideshow/lifestyle/2016>.
33. Hombergh, P., et al., *High workload and job stress are associated with lower practice performance in general practice: an observational study in 239 general practices in the Netherlands*. BMC Health Services Research, 2009. **9**(1): p. 1-8.
34. Linn, L.S., et al., *Physician and Patient Satisfaction as Factors Related to the Organization of Internal Medicine Group Practices*. Medical Care, 1985. **23**(10): p. 1171-1178.
35. Scheepers, R.A., et al., *A Systematic Review of the Impact of Physicians' Occupational Well-Being on the Quality of Patient Care*. Int J Behav Med, 2015. **22**(6): p. 683-98.
36. Melville, A., *Job satisfaction in general practice: implications for prescribing*. Soc Sci Med Med Psychol Med Sociol, 1980. **14a**(6): p. 495-9.
37. Wallace, J.E., J.B. Lemaire, and W.A. Ghali, *Physician wellness: a missing quality indicator*. Lancet, 2009. **374**(9702): p. 1714-21.
38. Research, E.-I.f.H.a.C. *Questionnaires: selecting, translating and validating*. EMGO Quality Handbook 2010; Available from: <http://www.emgo.nl/kc/selecting-measurement-instruments-questionnaires/>.
39. Romagna, R.E., *La pianificazione delle "Case della Salute" nelle Regione Emilia-Romagna- Report 2013*. 2013.
40. Romagna, S.E. *I Medici di Medicina Generale nelle Case della Salute: dove c'è casa c'è salute? Come renderlo possibile*. in *Workshop SIMG Regionale "I Medici di Medicina Generale nelle Case della Salute: dove c'è casa c'è salute? Come renderlo possibile"*. 2015. Parma, Modena.
41. Ermín, R. and A. Gonzalo, *Nivel de satisfacción laboral y síndrome de desgaste profesional en médicos familiares*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc, 2006. **44**(6): p. 535-540.
42. Fernández San Martín, M.I., et al., *Satisfacción laboral de los profesionales de atención primaria del área 10 del Insalud de Madrid*. Revista Española de Salud Pública, 2000. **74**(2): p. 00-00.
43. Lomena Villalobos J.A., C.V.F.M., Nuevo Toro G., Rosas Soria D., Berrocal Gamez A., Garcia Molina F., *Burnout y satisfaccion laboral en Atención Primaria*. Medicina de Familia, 2004. **5**: p. 147-155.
44. Sobrequés, J., et al., *La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria*. Atención primaria, 2003. **31**(4): p. 227-233.
45. Aranaz, J., *Cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario*. Todo hospital, 1988(52): p. 63-68.

46. House, J.S., et al., *Occupational stress and health among men and women in the Tecumseh Community Health Study*. Journal of health and social behavior, 1986: p. 62-77.
47. Beaton, D.E., et al., *Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures*. Spine, 2000. **25**(24): p. 3186-3191.
48. Guillemin, F., C. Bombardier, and D. Beaton, *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*. Journal of clinical epidemiology, 1993. **46**(12): p. 1417-1432.
49. Moors, G., *Exploring the effect of a middle response category on response style in attitude measurement*. Quality & Quantity, 2008. **42**(6): p. 779-794.
50. Justin, J. "Are the neutral and undecided options given in a likert-type scale different?". Available from:
https://www.researchgate.net/post/Are_the_neutral_and_undecided_options_given_in_a_likert-type_scale_different.
51. Leung, W.-C., *How to design a questionnaire*. student BMJ, 2001. **9**(11): p. 187-189.
52. "Laboratorio italo-brasiliano di formazione, ricerca e pratiche in salute collettiva", CSI, Editor. 2015.
53. Corbetta, P., *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. 1999.
54. Corbetta, P., G. Gasperoni, and M. Pisati, *Statistica per la ricerca sociale*. 2001: Il mulino.
55. Organization, W.H., *Safety and Security on the Internet: Challenges and Advances in Member States: Based on the Findings of the Second Global Survey on EHealth*. 2011: World Health Organization.
56. San Martín, M.I.F., et al., *Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid*. Revista Española de Salud Pública, 1995. **69**(6): p. 487-497.
57. Sibbald, B., et al., *GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future?* Family practice, 2000. **17**(5): p. 364-371.
58. Mira Solves, J., et al., *Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema público de salud*. Atención primaria, 1994. **14**(10): p. 1135-1140.
59. Cooper, C.L., U. Rout, and B. Faragher, *Mental health, job satisfaction, and job stress among general practitioners*. BMJ, 1989. **298**(6670): p. 366-370.
60. Goetz, K., et al., *The influence of workload and health behavior on job satisfaction of general practitioners*. Fam Med, 2013. **45**(2): p. 95-101.
61. Baird, N., et al., *Physician, heal thyself. Developing a hospital-based physician well-being committee*. Canadian Family Physician, 1995. **41**: p. 259-263.

62. Van Ham, I., et al., *Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review*. The European journal of general practice, 2006. **12**(4): p. 174-180.
63. TOSETTI, C., et al., *SODDISFAZIONE PROFESSIONALE E UTILIZZO DEL TEMPO IN MEDICINA GENERALE*.
64. Padula, M., et al., *Il burn-out nei Medici di Medicina Generale di Modena. Prevalenza e variabili correlate*. Rivista SIMG, 2007. **1**: p. 3-9.
65. Hofmarcher, M.M., H. Oxley, and E. Rusticelli, *Improved health system performance through better care coordination*. 2007.
66. Kringos, D., et al., *The strength of primary care in Europe: an international comparative study*. British Journal of General Practice, 2013. **63**(616): p. e742-e750.

Allegati

Allegato 1

Report sulla realtà delle Case della Salute: il censimento delle CdS esistenti. Ottobre 2014.

Report sulla realtà delle Case della Salute: il censimento delle CdS esistenti. Ottobre 2014.

(A.Serafini)

La nascita delle Case della Salute costituisce sicuramente un argomento di notevole interesse ed importanza all'interno del panorama della MMG in Emilia-Romagna, ed in Italia più in generale, e proprio per questo la SIMG ha inteso condurre un'indagine tra i MMG che lavorano ed operano al suo interno e ne sono protagonisti, con l'obiettivo di studiare il fenomeno dall'interno ed ascoltare le voci degli operatori in modo diretto. È stato inviato a tutti i responsabili delle CdS esistenti, censite nel Report della Regione ER 2014 («Le “Case della Salute” funzionanti in Emilia-Romagna: A CHE PUNTO SIAMO; L'attuazione delle Case della Salute: il monitoraggio regionale, i programmi integrati di intervento» Regione Emilia-Romagna, 2014), un questionario comprendente diverse sezioni:



Cari colleghi

vi chiedo come professionisti direttamente coinvolti nella attività nella CdS (come MMG o come infermiere) la compilazione di una scheda informativa per poter raccogliere informazioni uniformi sulle caratteristiche di base delle CdS delle varie province della ER, in cui ci sia

1. NOME della CDS e Data di nascita
2. Sede di...
3. tipologia
4. Proprietà dei Locali (di chi sono ? dell'ASL, del Comune...dei MMG?) http://youtu.be/DoaltgVrIKA
5. Orari di attività: 8-20...7 giorni su 7, oppure 5/7 e GM nei festivi
6. n.assistiti afferenti
7. Operatori che esercitano in CdS (MMG, infermieri, MCA, specialisti, medici tirocinanti...).
8. n.di ciascun operatore MMG, di infermieri, di segretarie
9. Cosa si fa - o Tipologie di attività all'interno della Casa - o Svolte da chi - o Tipologia di attività svolte nelle case dei pazienti (assistenza domiciliare) cosa e da chi e con chi - o Integrazione effettiva con l'ospedale
10. Esiste una cartella informatizzata integrata con gli infermieri
11. Coordinatore/i - o chi è - o cosa fa
12. formazione dedicata ai professionisti e al personale, prima e durante l'attività nella CdS
13. Cosa si è valutato fino ad ora - o indicatori ci sono già risultati? Link dove reperire materiale - o questionari di soddisfazione ai pazienti - o questionari di soddisfazione agli operatori
14. Punti di forza
15. punti di debolezza
16. cosa manca, di cui si sente il bisogno dopo avere iniziato l'esperienza
15. altro....

Maria Stella Padula

TABELLA sintetica dei risultati parziali:

1° Parte

AREA			Risultati del Censimento
S T R U T T U R A	Tipologia*		26 Piccole; 18 Medie; 13 grandi
	Data di fondazione*		< 2 anni
	Numero di assistiti afferenti*		nel 84% dei casi <30.000
	Proprietà dei locali		ASL>Comune>Privati
	Orari di apertura	Piccole	>8.00-20.00 5 su 7 gg <7 su 7 con CA/GM
		Medie-Grandi	8.00-20.00 5 su 7 gg + MCA, GM, OsC, H12 nei festivi
P E R S O N A L E	Personale fisso	medico	MMG
		non-medico	Infermieri, Pers amministrativo
	Personale variabile	medico	PLS
		non-medico	Ostetrica, Assistente sociale
	Specialisti ambulatoriali	alta presenza (>50%)	Oculista, Cardio, Gineco, Psich, Igiene, Psico
		bassa presenza (<50%)	Neurops inf; Derma; Dietol; Diabet; Fisia; ORL; Orto; Onco; Pneumo; Med. Interna; Neuro; Nefro; Endocrino; Chir; Odonto; Allergo; Reumato
	Tirocinanti		>Presenti in via informale
A T T I V I T à	Informazione/accoglienza		TUTTE le CdS
	Ambulatori MMG		
	Ambulatori Infermieristici (gestione integrata)		
	Gestione Pz Cronico		
	Attività preventive		
	Ambulatori specialistici		Attive nella > parte delle CdS
	Servizi Sociali		
	Ambulatori PLS		
	CUP		
	Punto Prelievi		
	Punto Volontariato		Solo CdS Medie o Grandi
	Punto ritiro diretto farmaci		
	Cup		
	CSM		
	Consultorio Familiare		
	Igiene Pubblica		
	Ambulatori Screening		
	Medicina dello Sport		
	Palestra		
G E S T I O N E	Coordinatore	Ruolo	
		Funzioni	Organizzazione interna CdS; Gestione relazioni CdS-ASL; organizzazione turni; Coord progetti cronicità; Audit e riunioni periodiche;
S T U D I	Preseza/assenza		Presenti con alta frequenza
	Tipologia		Questionari di gradimento pop> operatori; Valutazione percorsi cronicità
	Stato di avanzamento		In corso> programmati> terminati
	Disponibilità risultati (quando ultimati)		Sì, sui siti delle ASL di appartenenza

2° Parte

B O N U S	GRADIMENTO POPOLAZIONE;		Ordinati per frequenza
	FORTE MOTIVAZIONE;		
	«CHRONIC CARE MODEL»		
	PRESA IN CARICO GLOBALE		
	RICONOSCIBILITA' DELLA STRUTTURA;		
	LAVORO IN TEAM		
	INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		
	AGGIORNAMENTO ed INNOVAZIONE		
M A L U S	MANCANZA DI RISORSE E PERSONALE/ SOSTENIBILITA' \$		Ordinati per frequenza
	MANCANZA INTEGRAZIONE INFORMATICA		
	AUMENTO DEL CARICO DI LAVORO PER MMG		
	DEFICIT INTEGRAZIONE CdS/OSPEDALI:		

LEGENDA:

MMG: Medico di Medicina Generale

PLS: Pediatra di Libera Scelta

INF: Infermiere

CdS: Casa della Salute

GM: Guardia Medica

MCA: Medico di Continuità Assistenziale

DCP: Dipartimento di Cure Primarie

CSM: Centro di Salute Mentale

NCP: Nucleo di Cure Primarie

OsC: Ospedale di Comunità

Le case della Salute che, ad oggi, hanno risposto alla rilevazione sono:

- **PARMA**

Parma Centro (G) 41.985;

San Secondo (G), 16.779;

Busseto "Claudio Carosino" (M), 11.370;

Collecchio (M) 14.349;

Felino (P), 10.911;

"CdS Montanara" (P) 8700;

- **MODENA**

"Del Sorbara-Dott. Roberto Bertoli", Bomporto (P);

"Manuela Lorenzetti" Sede operativa di Novi e "Manuela Lorenzetti" Sede operativa di Rovereto (frazione Novi); (P); 11.042;

"Valli Dolo Dragone Secchia" Montefiorino (P); 10.535;

- **BOLOGNA**

Porretta Terme e Vergato, Vergato (M); 18.000

Medicina, (P); 22.146

- **FERRARA**

"Terre e Fiumi", Copparo (G); 36.000

- **RAVENNA**

"Isotta Gervasi", Cervia; (M); 1300

Brisighella (P); 7.796

- **FORLÌ**

Modigliana "Valle Tramazzo", Modigliana (G); 5.990

Forlimpopoli Bertinoro, (G); 24.444

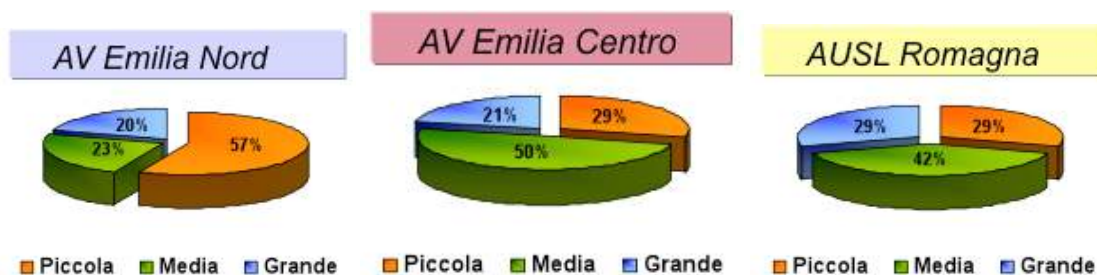
I dati elaborati sono stati distinti ed organizzati come segue:

1. *Area della struttura*: all'interno di quest'area erano richieste informazioni di carattere generale finalizzate all'inquadramento sia territoriale che temporale della struttura (indirizzo, comune di appartenenza, numero di assistiti afferenti al centro, proprietà delle sedi, caratteristiche delle strutture, tipologia di CdS);
2. *Area del personale*: da chi è costituito il personale delle CdS? Quanti MMG, PLS, specialisti ambulatoriali, infermieri, personale amministrativo etc operano nelle CdS in Emilia Romagna?
3. *Area delle attività*: E' stata richiesta al MMG una breve descrizione, anche per punti, delle attività che svolge nella CdS, solo o in collaborazione con il resto del personale;
4. *Area di gestione*: intendeva indagare le caratteristiche dell'organizzazione della CdS, soprattutto in riferimento all'esistenza ed alla funzione della figura di un coordinatore.
5. *Area studi*: in questa sezione sono state rivolte domande relative alla presenza, al tipo ed allo stato di avanzamento di eventuali studi in corso, ed infine alla reperibilità dei risultati;
6. *Area delle buone pratiche e criticità*: Quest'ultima è da considerarsi la più importante, poiché intende verificare lo stato di realizzazione raccogliendo le opinioni in modo diretto - sia critiche che entusiastiche - dei MMG che già operano all'interno delle CdS, e costituisce, insieme alle relazioni sui Focus Group realizzati negli ultimi mesi, una punto di partenza interessante per studiare le criticità emerse i questi primi anni di vita delle CdS anche nell'ottica di un ampliamento del numero di queste.

I questionari sono stati realizzati nel mese di Agosto ed inviati la prima settimana di settembre, durante le giornate del Workshop per questo motivo soltanto una parte di essi era stata compilata e restituita (ad oggi soltanto 17 delle 57 CdS censite dalla regione hanno compilato il questionario); sicuramente ciò ha costituito un grosso limite per l'elaborazione di questi da un punto di vista statistico. Senza dubbio però le criticità e gli aspetti positivi emersi nella compilazione di questi questionari costituiscono un dato interessante, da leggersi in associazione al Report redatto dalla Regione ER di quest'ultimo anno.

1. Area struttura:

In conformità con i dati presentati nel Report della Regione, anche nel nostro campione abbiamo osservato una prevalenza di CdS definite di piccole dimensioni, mentre per quanto riguarda la distribuzione in Regione l'Area che ha fornito più schede è stata Area Nord mentre la Provincia più rappresentata è stata Parma. I locali occupati dalle CdS sono di proprietà dell'ASL o del Comune e, per quanto riguarda la data di fondazione, più di metà delle CdS esiste da meno di due anni nonostante molte derivino da esperienze pre-esistenti e gruppi consolidati.



Riguardo gli orari di apertura questi variano a seconda delle dimensioni della CdS: quelle piccole garantiscono un'apertura 8.00-20.00 cinque giorni alla settimana: quindi nella maggior parte di esse non sono ancora attivi programmi di integrazione con il servizio di Guardia medica nel fine settimana. Le CdS di medie e grandi dimensioni al contrario, oltre a garantire l'orario feriale 8.00-20.00, nella maggior parte dei casi hanno attivato rapporti di integrazione con diversi servizi (Medico di Continuità Assistenziale, Guardia medica, Ospedale di Comunità, organizzazione H12) che permettono di assicurare l'apertura al pubblico, in caso di urgenza, di alcuni servizi anche nei giorni festivi. Esiste una grande variabilità quindi nelle modalità grazie alle quali le Cds riescono ad offrire questa copertura di orario e molti MMG che lavorano al loro interno hanno espresso la necessità che la Regione possa proporre dei percorsi standardizzati di integrazione dei servizi, prendendo come modello alcuni esempi di buone pratiche presenti sul territorio.

2. Area Personale:

In tutte le CdS sono presenti a tempo pieno MMG, infermieri e personale amministrativo, che costituiscono il nucleo di base necessario per la fondazione di una CdS. Nella maggior parte delle CdS operano inoltre il Pediatra di Comunità, l'Assistente Sociale, l'Ostetrica che si confermano essere le figure che con maggior frequenza integrano la squadra base.

Per quanto riguarda gli specialisti ambulatoriali, le specialità più rappresentate sono Oculistica, Cardiologia, Ginecologia, Igiene, Psichiatria, e Psicologia; questi professionisti, che in tutti i casi in esame sono dipendenti del SSN, sono presenti con frequenza anche nelle CdS Piccole, possono essere disponibili in modo fisso o sporadico, quando le dimensioni della struttura lo permettono hanno spesso ambulatori dedicati, e collaborano con i MMG nella gestione del Paziente Cronico; quest'ultimo aspetto soprattutto emerge come un punto di forza e di alto gradimento per il paziente, anche se in alcuni casi sono state evidenziate problematiche nella integrazione tra le diverse figure.

Altri Specialisti ambulatoriali, in ordine di frequenza appartengono alle seguenti specialità: Neuropsichiatria infantile, Dermatologia, Dietologia, Diabetologia, Fisiatria, ORL, Ortopedia, Oncologia, Pneumologia, Medicina Interna, Neurologia, Nefrologia, Endocrinologia, Chirurgia,

Odontoiatria, Allergologia e Reumatologia. Oltre a questi sono presenti altre figure professionali non mediche come: Logopedisti; Educatori; Fisioterapisti; Veterinari.

3. Area Attività:

Dalle schede ricevute appare evidente e viene confermata una grande variabilità nell'offerta di queste strutture, che rispecchia la diversità delle esperienze da cui queste si sono sviluppate e che costituisce una ricchezza nell'ottica dello studio di un «modello» per la realizzazione di nuove CdS in futuro, al fine di fare tesoro delle buone pratiche, idee innovative e soluzioni che sono state trovate nelle diverse realtà.

Vi sono alcune attività, presenti in tutte le strutture, che caratterizzano il lavoro del MMG nelle Cds ovvero la presenza di uno sportello o segretaria che fornisca informazioni al paziente, l'organizzazione di ambulatori di MMG coordinati tra loro in modo da garantire una copertura oraria maggiore rispetto a quella del medico singolo, ed infine la possibilità di offrire servizi quali ambulatorio infermieristico, ambulatori o percorsi dedicati alla gestione del paziente cronico e specifiche iniziative di prevenzione. Nella quasi totalità delle CdS poi lavorano a fianco dei MMG anche PLS, specialisti ambulatoriali ed assistenti sociali. A seconda delle dimensioni e della tipologia di CdS possono essere presenti anche servizi aggiuntivi, che sono ad esempio: CSM, punto prelievi, punto di ritiro farmaci, CUP, centro diurno, punto del volontariato, consultorio familiare, ambulatori di screening ed igiene pubblica, medicina dello sport e palestra.

Come già detto in precedenza, c'è variabilità anche nelle modalità di interconnessione ed integrazione tra i servizi (sia all'interno dell'ambito sanitario, che con i Servizi Sociali) offerti al Cittadino, che sono sicuramente destinate ad evolvere e cambiare nel prossimo futuro. Ciò viene avvalorato dal fatto che, al momento della somministrazione del questionario, in quasi la totalità delle CdS erano in corso sperimentazioni in proposito, alla ricerca di soluzioni più funzionali. Questo si conferma essere un nodo cruciale dal punto di vista gestionale per il funzionamento della CdS e la sostenibilità del lavoro del MMG. Nonostante infatti questa moltiplicazione e accentrimento dei servizi offerti sia di sicuro gradimento per il paziente/cittadino, alcune CdS hanno lamentato difficoltà nel processo di collaborazione tra le diverse attività/servizi presenti all'interno della struttura.

4. Area Gestione

La struttura organizzativa della CdS, come già detto in precedenza, costituisce uno degli aspetti più variabili della sua identità. Il ruolo di Coordinatore della CdS può essere ricoperto a seconda dei casi da un infermiere, un MMG, personale amministrativo oppure possono essere presenti diversi coordinatori (medico e infermieristico, ad esempio) che collaborano tra loro con responsabilità diverse, costituendo una sorta di “comitato di coordinamento della CdS”. In alcuni casi abbiamo un coordinatore medico della CdS che corrisponde al coordinatore del NCP che lavora al suo interno.

5. Area Studi:

Uno degli aspetti più interessanti ed innovativi del lavoro del MMG all'interno di queste strutture è sicuramente la possibilità di condurre studi ed indagini, svolgere quindi attività di ricerca all'interno delle Cure Primarie. Questa tendenza è confermata nei dati a nostra disposizione, dai quali emerge che le CdS che hanno studi in corso di realizzazione sono la maggior parte.

Gli aspetti oggetto di studi sono diversi, prevalentemente si tratta di questionari di gradimento che vengono proposti a pazienti ed operatori ma un altro aspetto fortemente studiato è la gestione del paziente cronico, prevalentemente indagando i risultati ottenuti nella gestione integrata del Pz. Diabetico (Percorso Diabete, controllo del BMI). Non sono in corso né sono previsti al contrario studi sugli effetti a breve- lungo termine di questi interventi di riorganizzazione della medicina di base in termini di salute della popolazione e analisi delle prescrizioni.

I risultati sono disponibili soltanto in un numero limitato di casi (CdS di dimensioni medie o grandi con più di due anni di attività), ma laddove presenti ed elaborati, i dati ottenuti sono disponibili per la consultazione sui siti delle rispettive ASL di appartenenza.

La maggior parte delle CdS, in conclusione, dichiarano di essere nella fase di raccolta ed elaborazione dei dati.

6. Area delle buone pratiche/criticità:

Nella quasi totalità dei Report pervenuti, il lavoro del MMG all'interno delle CdS viene valutato come un'esperienza complessivamente positiva, nonostante siano emersi numerosi aspetti problematici. Un elemento ricorrente è la percezione generalizzata di un forte gradimento della popolazione degli assistiti per questo nuovo setting di lavoro, dato che è stato confermato dai risultati degli studi delle CdS che hanno proposto questionari di gradimento ed elaborato i dati ottenuti.

Tra gli altri aspetti strutturali ed organizzativi che sono stati apprezzati sia dai MMG che dai pazienti c'è la forte riconoscibilità della struttura nel contesto territoriale, che sempre più viene identificata come un punto di riferimento per l'erogazione di servizi socio-sanitari, ma anche per la vita della comunità in alcuni casi.

L'integrazione dei servizi socio-sanitari, presente nelle diverse forme all'interno delle strutture, rappresenta senza dubbio uno degli aspetti più difficili da attuare, soprattutto in mancanza di linee di indirizzo chiare su come essa dovrebbe concretizzarsi, ma costituisce anche uno degli aspetti più innovativi ed apprezzati, la cui presenza sembra essere una delle priorità fondamentali nel ruolo delle CdS. Per quanto riguarda la presa in carico del paziente, questa appare, all'interno della CdS, sempre più globale e centrata sulle necessità del paziente e della sua famiglia, che probabilmente costituisce uno dei motivi di maggior gradimento da parte dell'utente, ma a questa corrisponde anche un aumentato carico di lavoro per il MMG all'interno delle strutture, come emerge in più occasioni nei questionari ricevuti.

La gestione del paziente cronico risulta migliorata, grazie alla presenza nelle CdS di diverse figure professionali che possono collaborare nella creazione di percorsi dedicati alla gestione di questi pazienti, ed anche questo aspetto costituisce anche oggetto di studio in numerosi casi; si renderà necessaria quindi in seguito un'analisi e riflessione sui risultati ottenuti. A proposito del lavoro del MMG nella CdS nello specifico appare chiaro come, di fronte ad un carico di lavoro globale che nella maggioranza dei casi viene riferito come incrementato, abbiamo un aumento dell'entusiasmo e della motivazione per le possibilità offerte da questa nuova organizzazione.

Il lavoro di squadra è stato oggetto di esteso dibattito all'interno dei gruppi di lavoro. Nei casi in cui risulta armonioso viene visto come uno dei principali punti di forza per il MMG, al contrario quando emergono delle difficoltà, queste hanno compromesso fortemente lo svolgimento delle attività ed il clima di integrazione necessario per il buon funzionamento della CdS. Il lavoro di gruppo si presenta quindi come un elemento di solidità quando vi sia un impegno costante ed un forte senso di appartenenza, che nella maggior parte dei casi deriva da un passato condiviso, e in assenza di questo si rendono necessari notevoli sforzi per la sua costruzione.

Sulla gestione dell'integrazione tra le diverse figure professionali, in più di un Report è stato evidenziato come, al fine di sfruttare al massimo le possibilità date da questa integrazione, si renda necessaria una riflessione sui propri ruoli e sulle modalità di organizzazione del lavoro condiviso. La possibilità per il MMG di acquisire nuove competenze nell'utilizzo di nuove strumentazioni, e le possibilità di scambi e confronti professionali che possono nascere grazie anche alle collaborazioni all'interno del gruppo di MMG e con specialisti ambulatoriali è un altro aspetto che rientra tra i punti di forza del lavoro dentro le CdS.

Gli elementi di criticità sottolineati dalla maggior parte delle CdS sono legati, in primis, alla sostenibilità finanziaria delle strutture, che lamentano una mancanza di personale e di risorse per fronteggiare ad un aumento del carico di lavoro e di servizi offerti. Inoltre la mancanza di una

vera integrazione informatica all'interno della CdS e tra CdS e Ospedali costituisce una criticità nella definizione anche del rapporto Ospedale-CdS, che appare incompleta e costituisce un ulteriore elemento di debolezza.

Allegato 2

Lettera di presentazione



Dott. Maria Stella Padula

Medico di Medicina Generale

Specialista in Neurologia

Professore a c. di Medicina Generale
presso l'Università di Modena e R.E.

Studio: viale G. Moreali, 11 tel. 059 373762

Abitaz: via M. Allegretti, 61 tel. 059 365408

Gentile collega,

chiedo la tua collaborazione con la compilazione di un questionario per l'analisi della "job satisfaction" dei MMG che operano nelle Case della Salute della nostra Regione.

Si tratta di uno studio sperimentale per una Tesi in Medicina Generale e Cure Primarie, per la Laurea in Medicina e Chirurgia della studentessa Alice Serafini.

Lo studio, ispirato dai focus group condotti in preparazione al Workshop regionale SIMG del 3-4 ottobre 2014

(http://www.simg.it/documenti/aree_cliniche/universita/allegati/ATTI_Workshop_CdS.pdf)

è realizzato in modo indipendente, in seno alla Medicina Generale, e si pone come obiettivo proprio quello di "dare voce" direttamente ai MMG che lavorano in questi contesti e realizzare una fotografia realistica della situazione in tutto il territorio regionale.

Il questionario si propone

- di misurare in maniera quantitativa/qualitativa la soddisfazione e motivazione lavorativa dei 391 (secondo gli ultimi Report della RER) MMG che lavorano nelle CdS della Regione
- di metterla in relazione con una serie di altri parametri rilevati dallo stesso questionario, che si presume siano in grado di influenzarla.

È importante conoscere la soddisfazione dei MMG che stanno svolgendo una professione cambiata, in nuovi assetti organizzativi ancora in via definizione, per renderci protagonisti del dibattito in corso.

È necessario ottenere le risposte di un grande numero di MMG, attraverso la compilazione del questionario online, per assicurare una adeguata copertura e uniformità delle rilevazioni su tutte le Asl e garantire allo studio significatività statistica.

Alla conclusione dello studio, i risultati del questionario ti saranno presentati in un Workshop regionale, che offrirà l'occasione per discussione e proposte, per un cambiamento favorevole ai MMG e alla miglior cura e gestione delle problematiche dei nostri pazienti.

Ti ringrazio anticipatamente per l'impegno e il tempo che vorrai dedicare a compilare il questionario

Cordiali saluti,

Modena, 20 ottobre 2015

Maria Stella Padula

Allegato 3

Questionario di soddisfazione lavorativa Font Roja-Ita

I MMG dentro le Case della Salute: inchiesta di soddisfazione lavorativa

Gentile Collega,

sono una studentessa al sesto anno di Medicina dell'Università di Modena e Reggio Emilia: il questionario che stai per compilare costituisce la base dello studio che sto realizzando per la mia Tesi di laurea.

Lo studio ha come obiettivo primario quello di indagare la soddisfazione professionale dei Medici di Medicina Generale che lavorano nelle Case della Salute realizzate sul territorio regionale.

La soddisfazione sul lavoro del personale sanitario infatti è ritenuto essere uno dei principali fattori che influenzano la qualità delle cure offerte. Le Case della Salute costituiscono un'importante novità nell'assetto delle Cure Primarie ed uno degli aspetti più innovativi è sicuramente il cambiamento nel setting lavorativo del MMG; capire dunque se questo cambiamento ha prodotto un incremento della soddisfazione professionale è l'obiettivo della mia tesi.

Per qualsiasi altra informazione in merito al questionario stesso, alla metodologia di analisi dei dati o al loro trattamento e tutela rimango a disposizione per fornire chiarimenti all'indirizzo soddisfazioneimmq@gmail.com oppure salicerafini@gmail.com

Dopo la discussione della Tesi, mi impegno a farvi avere una sintesi dei dati raccolti, pensando che questo possa interessare i Medici coinvolti nella ricerca.

Buona compilazione,
e Grazie!

*Campo obbligatorio

I Parte: Questionario "Font Roja-IT"

Gentile Collega,

ti proponiamo ora una versione in italiano del "Font Roja" spagnolo; è un questionario inizialmente nato per misurare e quantificare la soddisfazione lavorativa del personale sanitario in ambiente ospedaliero, in seguito adattato alle Cure Primarie. Abbiamo deciso di tradurlo ed adattarlo al contesto italiano perché crediamo che, oltre ad essere breve e maneggevole, sia appropriato per studiare i cambiamenti attualmente in corso nell'assetto delle Cure Primarie.

Ti ringraziamo per il tempo e l'attenzione che vorrai dedicare alla compilazione.

Alice Serafini

ISTRUZIONI: Si tratta di una scala di Lickert da 1 a 4: decidi quanto ti trovi in accordo con l'affermazione espressa nel testo e seleziona la casella corrispondente.

1. **Il mio attuale lavoro presso la Casa della Salute si ripete uguale ogni giorno: non cambia mai. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

2. **Ritengo di avere poche responsabilità sul mio posto di lavoro nella Casa della Salute. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

3. **Alla fine di un'ordinaria giornata lavorativa, mi capita spesso di essere molto stanco. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

4. **Spesso mi capita di pensare a questioni legate alla mia professione anche al di fuori dell'orario di lavoro. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

5. **Raramente mi è toccato impegnarmi al massimo, sia come energie che competenze, per svolgere il mio lavoro. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

6. **Molto raramente il mio lavoro incide negativamente sulla mia salute, il mio stato d'animo o le mie ore di sonno. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

7. **Mi sento molto soddisfatto del lavoro che svolgo. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

8. **Nell'organizzazione del lavoro ho poca indipendenza, rispetto al mio ruolo o categoria professionale. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

9. **Le opportunità che ho per fare cose nuove sono poche. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

10. **Ho scarso interesse per le cose che realizzo sul lavoro. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

11. **Ho l'impressione che non "valga la pena" fare quello che sto facendo. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

12. **Ho molte possibilità di crescita professionale e di carriera. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

13. **La relazione con i miei responsabili è molto cordiale. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

14. I rapporti con i miei colleghi sono amichevoli. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

15. La retribuzione che deriva dal mio lavoro è del tutto adeguata. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

16. Sono convinto che il mio ruolo nell'equipe sia quello che mi spetta, in relazione alle mie capacità e competenze. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

17. Generalmente, ottengo il giusto riconoscimento per il lavoro che svolgo, e ciò mi incoraggia. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

18. Spesso ho la sensazione che mi manchi il tempo per svolgere il mio lavoro. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

19. Sono sicuro di sapere che cosa i miei responsabili si aspettano da me in ambito lavorativo. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

20. **Credo che il mio carico di lavoro sia eccessivo, non riesco a far fronte a tutto ciò che dovrei fare. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

21. **Di solito mi sento coinvolto dai problemi personali dei miei colleghi. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

22. **Frequentemente ho la sensazione di non avere le competenze necessarie per svolgere il mio lavoro. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

23. **Spesso ho la sensazione di non avere gli strumenti sufficienti per fare bene il mio lavoro. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

24. **Frequentemente la competizione e la paura di non essere all'altezza dei colleghi sul lavoro mi causa stress e tensione. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

25. **In generale, il rapporto con i pazienti mi gratifica. ***

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

26. Solitamente chi ha un momento libero da una mano ai colleghi, se stanno ancora lavorando. *

Contrassegna solo un ovale.

	1	2	3	4	
Per nulla d'accordo:	☐	☐	☐	☐	Totalmente d'accordo

Il Parte: Focus Case della Salute

Gentile Collega,

Gli argomenti oggetto di queste domande sono stati scelti sulla base delle discussioni emerse durante il Workshop SIMG 2014 ("I Medici di Medicina Generale nelle Case della Salute") e dalla lettura di editoriali ed articoli sul tema.

Le risposte che abbiamo creato cercano volutamente di semplificare e polarizzare le opinioni, in ordine crescente di gradimento e soddisfazione; siamo certi pertanto che nessuna di esse potrebbe corrispondere esattamente alla tua posizione in proposito, ma ti chiediamo ugualmente di scegliere quella che le si avvicina maggiormente.

Buon proseguimento!

Alice Serafini

27. 1. Il mio carico di lavoro, da quando sono entrato nella Casa della Salute... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È aumentato in modo considerevole, e fatico a reggerlo.
- ☐ b. È aumentato, ma non mi pesa eccessivamente.
- ☐ c. Non si è modificato in modo sostanziale.
- ☐ d. È effettivamente diminuito, o almeno ne percepisco meno il peso.

28. 2. Da quando lavoro nelle Case della Salute, il tempo che dedico alle visite domiciliari.. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È Aumentato perché i pazienti fanno più fatica a raggiungere la CdS e mi chiamano più spesso a casa.
- ☐ b. È rimasto lo stesso, non ha subito variazioni.
- ☐ c. È Aumentato; avendo organizzato meglio il mio lavoro ambulatoriale riesco a visitare più spesso i miei pazienti a domicilio.
- ☐ d. È diminuito, i pazienti preferiscono venire alla CdS.

29. **3. La mia motivazione personale rispetto al mio lavoro, da quando lavoro nella Casa della Salute.. ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È diminuita, ho perso "la spinta" iniziale ed ora mi sento meno appassionato e più disilluso.
- ☐ b. Non si è modificata, non mi sento né più né meno stimolato da questo nuovo ambiente di lavoro.
- ☐ c. È aumentata, mi sento più stimolato dalle nuove opportunità.
- ☐ d. È decisamente aumentata, sono entusiasta del cambiamento e sono convinto di lavorare meglio.

30. **4. Da quando lavoro nella Casa della Salute, il rapporto con i miei pazienti... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È stato fortemente compromesso; non mi sento più un punto di riferimento fisso per loro.
- ☐ b. È cambiato; sento che ha perso parte della confidenza/intimità/reciprocità che aveva prima.
- ☐ c. Non è stato per niente intaccato, abbiamo sempre lo stesso rapporto di fiducia.
- ☐ d. È migliorato; sento di avere più risorse e strumenti da mettere a disposizione dei miei pazienti.

31. **5. Da quando lavoro nella Casa della Salute, le possibilità che ho per imparare cose nuove, crescere e mantenermi professionalmente aggiornato... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Sono diminuite; le "perdite di tempo" legate agli sforzi gestionali mi sottraggono energie che prima dedicavo all'aggiornamento e allo studio.
- ☐ b. Sono rimaste sostanzialmente invariate; lo scambio alla pari tra colleghi non apporta nuovi contenuti e non ho imparato ad usare nuovi strumenti.
- ☐ c. Sono aumentate, trovo lo scambio tra colleghi stimolante ed ho acquisito nuove competenze.
- ☐ d. Sono decisamente aumentate; mi sento più competente e capace, e credo sia migliorata la qualità dell'assistenza che offro.

32. **6. Da quando lavoro nella Casa della Salute, il tempo che dedico a fare ricerca nell'ambito della mia professione... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È diminuito; prima partecipavo a studi e mi tenevo informato, ora non ne ho più il tempo.
- ☐ b. È rimasto invariato; né prima né ora partecipo a studi o ricerche.
- ☐ c. È aumentato, stiamo pianificando alcuni studi nella CdS.
- ☐ d. È aumentato, partecipo attivamente alla realizzazione di alcuni studi e ne stiamo pianificando altri.

33. 7. Da quando ho trasferito il mio ambulatorio nella Casa della Salute, sento che gli spazi che ho a disposizione per svolgere la mia attività sono... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Meno adeguati; mi son dovuto adattare ad accettare gli spazi disponibili e a condividere le zone comuni.
- ☐ b. Ugualmente adeguati; non è cambiato molto in termini di spazio a disposizione e comodità.
- ☐ c. Più adeguati, grazie alla presenza di zone comuni più ampie e comode di quelle che avevo nel mio ambulatorio.
- ☐ d. Decisamente più adeguati, riesco a svolgere il mio lavoro più comodamente e meglio grazie a questa organizzazione.

34. 8. Rispetto alla capillarità della presenza sul territorio degli ambulatori di MMG, da quando lavoro nella Casa della Salute... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Ritengo che certe zone abbiano "perso" qualcosa e che, più che prima, esistano zone dove l'accesso a cure mediche è più complicato.
- ☐ b. Ho capito che non potevo rinunciare a svolgere la mia attività presso i miei ambulatori in altre zone, per non "abbandonare" quella popolazione di assistiti.
- ☐ c. Mi è sembrato che alcuni pazienti avessero più difficoltà a raggiungere il mio ambulatorio, ma in realtà si sono adattati rapidamente, senza troppi problemi.
- ☐ d. Non credo che sia cambiato molto, se mai è migliorata la qualità dei servizi offerti in zone dove prima non c'erano meno risorse e strumenti di cura.

35. 9. Da quando ho trasferito il mio ambulatorio nella Casa della Salute, rispetto alla percezione della mia sicurezza personale sul posto di lavoro, mi sento... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Meno sicuro di come mi sentissi nel mio ambulatorio.
- ☐ b. Altrettanto sicuro; non ho mai avuto motivo di temere per la mia incolumità, né prima né ora.
- ☐ c. Più sicuro per il maggiore traffico di persone, anche se non me ne sono mai preoccupato.
- ☐ d. Decisamente più sicuro; la presenza dei colleghi e del resto del personale mi fa sentire meno "indifeso" di fronte a qualsiasi evenienza.

36. 10. Rispetto alla disponibilità di strumenti e tecnologie diagnostiche (ECG, ECO, Holter pressorio etc.), la Casa della Salute dove attualmente lavoro... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È scarsamente dotata rispetto alle nostre esigenze; ho meno strumenti di quelli che ero abituato ad utilizzare nel mio ambulatorio.
- ☐ b. È ugualmente rifornita in quanto a strumenti e tecnologie; la mia attività non ha subito cambiamenti da questo punto di vista.
- ☐ c. È più fornita rispetto al mio precedente ambulatorio.
- ☐ d. È più rifornita; ci sono parecchi strumenti che prima non utilizzavo nella pratica e che ora sfrutto per migliorare la qualità della mia assistenza.

37. **11. Credo che le risorse (economiche, di personale, strutturali) messe a disposizione per il "progetto Casa della Salute" siano... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Gravemente deficitarie rispetto agli obiettivi del progetto, e ciò ci ha costretti ad un aumento notevole del carico di lavoro
- ☐ b. Inadeguate; mancano risorse e personale per realizzare gli obiettivi prefissati dal SSR ed implementare i servizi.
- ☐ c. Adeguate rispetto a quello che fino ad ora è stato realizzato, ma serviranno altre risorse per continuare a far evolvere il progetto.
- ☐ d. Del tutto adeguate, sia rispetto agli obiettivi fino ad ora raggiunti che per quelli pianificati.

38. **12. Nella Casa della Salute in cui lavoro, l'integrazione dei sistemi informatici dell'equipe multidisciplinare (tra MMG, con gli infermieri etc.) ... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È praticamente inesistente, e questo vanifica gran parte degli sforzi che si fanno per coordinare il lavoro.
- ☐ b. È ancora gravemente incompleta; dovrebbe essere maggiormente implementata per garantire una migliore coordinazione sul lavoro.
- ☐ c. È presente ma incompleta: potrebbe essere migliorata.
- ☐ d. È strutturata in modo del tutto adeguato; ci permette di risparmiare tempo e garantire un'assistenza trasversale ed integrata.

39. **13. La suddivisione del lavoro, nella Casa della Salute... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Non esiste; il tempo perso a fare cose che altri hanno già fatto e speso in mansioni che non sono di nostra pertinenza è troppo.
- ☐ b. Ci sarebbe ma non viene rispettata, inoltre non sono definiti chiaramente i ruoli delle diverse categorie professionali e le responsabilità.
- ☐ c. Esiste e viene rispettata, ma essendo un "work in progress" è ancora suscettibile di ampi miglioramenti.
- ☐ d. Esiste e ci semplifica notevolmente il lavoro, permettendoci di concentrarci di più sulla nostra attività e valorizzando tutti i ruoli.

40. **14. Per quanto riguarda l'autonomia con cui svolgo la mia professione, da quando sono entrato nella Casa della Salute... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Sento di aver perso gran parte della mia autonomia; non posso più fare "a modo mio".
- ☐ b. Sento maggiormente il controllo da parte di colleghi e coordinatori, ma non mi sento meno libero in assoluto.
- ☐ c. Sento di aver conservato gran parte della mia autonomia nella organizzazione del lavoro e gestione dei pazienti, indipendentemente dai cambiamenti del setting.
- ☐ d. Mi sento del tutto autonomo nell'organizzazione del mio lavoro e nel rapporto con i pazienti ed i colleghi.

41. **15. Rispetto alla Formazione al lavoro di gruppo (team building), da quando sono entrato nella Casa della Salute... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Non ho ricevuto nessun tipo di formazione, ma credo che sarebbe necessaria.
- ☐ b. Non abbiamo ricevuto formazione, e non credo che riceverla aumenterebbe l'affiatamento del gruppo.
- ☐ c. L'abbiamo ricevuta, ma non si è dimostrata particolarmente utile.
- ☐ d. L'abbiamo ricevuta ed è stata utile per migliorare il nostro affiatamento e la collaborazione.

42. **16. L'integrazione tra la Casa della Salute e l'Ospedale... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Non esiste e non mi sembra che siano in corso programmi per realizzarla; l'ospedale non conosce la nostra realtà.
- ☐ b. Non è ancora stata realizzata, anche se si stanno studiando percorsi e canali per migliorare la comunicazione.
- ☐ c. Esiste per alcuni percorsi specifici, ma può essere implementata ulteriormente.
- ☐ d. Esiste ed è funzionale; abbiamo obiettivi di cura condivisi e ben chiaro il reciproco ruolo.

43. **17. Nella Casa della Salute in cui lavoro, la relazione con il personale infermieristico dell'ASL... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Non è per nulla positiva, sento messo continuamente in discussione il mio ruolo ed i rapporti sono tesi.
- ☐ b. È di indifferenza reciproca; ciascuno svolge il suo lavoro ma non vi è una reale collaborazione.
- ☐ c. È cordiale, riusciamo a collaborare.
- ☐ d. È ottima, lavoriamo molto meglio insieme e abbiamo chiari gli obiettivi comuni dei nostri sforzi.

44. **18. Nella Casa della Salute in cui lavoro, la relazione ed il coordinamento con gli specialisti ambulatoriali... ***

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È inesistente; la CdS funziona come un altro poliambulatorio, non esiste comunicazione.
- ☐ b. È scarso; c'è poco dialogo e condivisione degli obiettivi di cure rispetto ai pazienti.
- ☐ c. È buona, riusciamo a confrontarci e collaborare su alcuni pazienti.
- ☐ d. È ottima, collaboriamo in modo efficace sia nella pratica che nella stesura di percorsi condivisi.

45. 20. L'integrazione con i Servizi Sociali, nella Casa della Salute... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. Non c'è; non ci sono i Servizi Sociali.
- ☐ b. Non c'è integrazione, perché anche se siamo "sotto lo stesso tetto" ognuno lavora in maniera autonoma.
- ☐ c. È del tutto informale; a volte chiediamo consiglio o collaboriamo rispetto a singole situazioni ma non c'è vera integrazione.
- ☐ d. Esiste ed esistono percorsi strutturati che ci permettono di offrire risposte più concrete ai nostri pazienti.

46. 19. Rispetto alla mia precedente attività lavorativa, la mia gestione dei pazienti cronici nella Casa della Salute... *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ a. È peggiorata, ho meno tempo da dedicargli.
- ☐ b. Non è cambiata, li gestisco nello stesso modo.
- ☐ c. È un po' migliorata, grazie alla presenza del resto del personale e al miglioramento dell'organizzazione del mio lavoro.
- ☐ d. È decisamente migliorata, abbiamo attivato percorsi specifici che mi sembrano dando buoni risultati.

III Parte: Sezione demografica

Gentile collega,

sei quasi arrivato al termine del questionario.

In quest'ultima sezione ti verranno chieste alcune informazioni sul tuo profilo personale e professionale, che crediamo possano correlarsi con il tuo livello di soddisfazione nella Casa della Salute.

Le risposte saranno raccolte in forma del tutto anonima, senza alcuna possibilità di risalire all'identità del MMG compilante. L'indicazione della Casa della Salute di riferimento è facoltativa, mentre è obbligatoria la selezione della Asl.

Ti ringraziamo per il tempo dedicato al nostro studio, e per ringraziarti non appena disponibili ed elaborati ti invieremo i risultati della nostra ricerca.

GRAZIE

Alice Serafini

47. Titolo di studio *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Laurea
- ☐ Specializzazione
- ☐ Master
- ☐ Altro: _____

48. Età? *

49. **Sesso ***

Contrassegna solo un ovale.

☐ F

☐ M

50. **Svolge attività esclusiva di Medico di Medicina Generale? ***

Contrassegna solo un ovale.

☐ Sì

☐ No

51. **Mantiene altri ambulatori oltre a quello nella CdS? ***

Contrassegna solo un ovale.

☐ Sì

☐ No

52. **Quante ore settimanali lavora? ***

.....

53. **Di queste ore, quante ne svolge nella Casa della Salute? ***

.....

54. **Da quanto tempo svolge l'attività attuale in convenzione? (anni, mesi) ***

.....

55. **Quanti assistiti ha in carico? ***

.....

56. **Quanti di questi hanno un età > 65 aa?**

.....

57. **In che tipo di Casa della Salute svolge la sua attività? ***

Contrassegna solo un ovale.

☐ Piccola

☐ Media

☐ Grande

58. In quale contesto svolge la sua attività? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Città
- ☐ Cittadina
- ☐ Paese/ Contesto rurale

59. Dove si trova la sua Casa della Salute? *

(selezionare la AUSL di appartenenza)

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Piacenza
- ☐ Parma
- ☐ Reggio Emilia
- ☐ Modena
- ☐ Bologna
- ☐ Imola
- ☐ Ferrara
- ☐ Romagna

60. Come si chiama la Casa della Salute in cui lavora?

(domanda non obbligatoria)

.....

61. Prima di entrare a far parte della Casa della Salute, quale era la sua modalità organizzativa? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Medico singolo
- ☐ Medicina di rete
- ☐ Medicina di gruppo
- ☐ Medico in Cooperativa
- ☐ Altro:

62. Qual è stata la sua modalità di inserimento nella Casa della Salute? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ A chiamata
- ☐ Trasferimento dell'intero gruppo
- ☐ Altro:

63. Ha un'infermiera che collabora con lei?

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Sì
☐ No
☐ Altro: _____

64. Se sì, questa è dipendente.. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ AUSL o della Casa della Salute
☐ del MMG o del gruppo

65. Ha una segretaria che collabora con lei? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Sì
☐ No

66. Se sì, questa è dipendente.. *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ AUSL o della Casa della Salute
☐ del MMG o del gruppo

67. Prima di entrare nella Casa della Salute, aveva già personale di studio? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Sì
☐ No

68. Se sì, quale? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Infermiera
☐ Segretaria
☐ Infermiera+segretaria

69. Riceve su appuntamento? *

Contrassegna solo un ovale.

- ☐ Sì
☐ No
☐ Altro: _____

Allegato 4

Localizzazione geografica delle risposte ricevute

"La Job satisfaction del MMG nelle Case della Salute": mappa delle risposte.

