

La medicina specialistica: una panoramica europea

Costantino Cipolla, Alberto Ardisson, Alessia Manca

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

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

1 Introduzione

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

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

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

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

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

paragonando alcuni indicatori, evincere una prima comparazione internazionale.

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

Tabella 1. Alcuni Paesi dell'area OCSE a confronto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2 La Francia: una realtà ambulatoriale molto radicata

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 La Spagna: la territorializzazione con i centros de especialidades

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicina specialistica e community care

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

<p>Personale del centro di salute (Basauri):(ab. 35000)</p>	<p>Team multidisciplinare: 17 medici di famiglia 4 pediatri 20 infermiere 12 impiegati amministrativi 6 celadores (portantini) 1 telefonista 18 infermiere assistenza specialistica</p>	<p>Equipe di Salute mentale: 3 psichiatri 3 psicologi 2 assistenti sociali 2 Infermieri 1 amministrativo</p> <hr/> <p>Altri specialisti:</p> <table border="1" data-bbox="701 434 1069 812"> <tr> <td>Chirurgia Generale</td> <td>Ginecologia</td> </tr> <tr> <td>Chirurgia orale</td> <td>Dermatologia</td> </tr> <tr> <td>Traumatologia</td> <td>Otorrino Endocrinologia</td> </tr> <tr> <td>Reumatologia</td> <td>Cardiologia</td> </tr> <tr> <td>Ostetricia</td> <td>Neumologia</td> </tr> <tr> <td>Pianificazione familiare</td> <td>Neurologia</td> </tr> <tr> <td>Radiologia</td> <td>Ortopedia</td> </tr> <tr> <td>Odontologia</td> <td>Riabilitazione</td> </tr> <tr> <td>Oftalmologia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Digestivo</td> <td></td> </tr> </table>	Chirurgia Generale	Ginecologia	Chirurgia orale	Dermatologia	Traumatologia	Otorrino Endocrinologia	Reumatologia	Cardiologia	Ostetricia	Neumologia	Pianificazione familiare	Neurologia	Radiologia	Ortopedia	Odontologia	Riabilitazione	Oftalmologia		Digestivo	
Chirurgia Generale	Ginecologia																					
Chirurgia orale	Dermatologia																					
Traumatologia	Otorrino Endocrinologia																					
Reumatologia	Cardiologia																					
Ostetricia	Neumologia																					
Pianificazione familiare	Neurologia																					
Radiologia	Ortopedia																					
Odontologia	Riabilitazione																					
Oftalmologia																						
Digestivo																						
<p>Prestazioni NON TICKET</p>	<p>amministrative: appuntamenti sia con il medico di base o con i medici specialisti (previo referto del medico di base), l'elezione del medico o del pediatra (o il cambiamento), certificazione di ricette speciali, realizzazione della tessera sanitaria, sollecito delle prestazioni sociali (appuntamento con l'assistente sociale), sollecito deltrasporto sanitario, assistenza per le persone senza risorse, ossigenoterapia domiciliari, reclami e proteste, assistenza ortopedica.</p>	<p>Assistenza sanitaria medica: in consulta-laboratorio o domiciliari. ostetrica: con richiesta del medico di famiglia (non sempre) infermieristica: in consulta-laboratorio o domiciliari. specialistica: con richiesta del GP</p>																				
<p>Altre attività svolte nel centro di salute</p>	<p>Salute pubblica: ispezioni, brote epidemico di malattie infettive.. Analisi del sangue: dal lunedì al venerdì (8.00 alle 9,15) Assistenza chirurgica (minore) Continuità di cure dopo la dimissione ospedaliera. Assistenza continua 24h di pronto soccorso ambulatoriale (amministrativo, agente di sicurezza, medico e infermiera). Call center (del centro di salute). Radiografie, Ecografie, Retinografia</p>																					

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

3.5 Il sistema svedese: verso le mobile teams

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4 La specialistica italiana: brevi cenni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La rilevanza sempre maggiore assunta dalla specialistica ambulatoriale

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

5 Tra convergenze e innovazione, la medicina verso il territorio

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

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

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

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

Tabella 3. I progetti di medicina territoriale dei Paesi analizzati

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

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

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

Bibliografia

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

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

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