



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DOTTORATO DI RICERCA IN
Sociologia

CICLO XXVI

COORDINATORE Prof. Marco Bontempi

**La professione medica nella sanità aziendalizzata: etica, identità
professionale e criteri decisionali**

Settore Scientifico Disciplinare SPS/09

Dottorando

Dott. Federico Sofritti

Tutore

Prof. Marco Bontempi

Coordinatore

Prof. Marco Bontempi

Anni 2011/2013

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUZIONE | 5 |
| CAPITOLO PRIMO. DAL PROFESSIONALISMO CLASSICO AL PROFESSIONALISMO ORGANIZZATIVO | 11 |
| 1.1 Professioni e modernità | 11 |
| 1.2 Il professionismo ottocentesco e la teoria sociologica classica: canone della prudenza e ideale di servizio | 14 |
| 1.3 Gli approcci sociologici al concetto di professione | 20 |
| 1.4 Professioni, ideologia, mercato | 26 |
| 1.5 Le origini teoriche del professionalismo come logica di divisione del lavoro | 29 |
| 1.6 L'intreccio delle logiche: professionalismo occupazionale e professionalismo organizzativo..... | 34 |
| CAPITOLO SECONDO. MEDICINA, SISTEMI SANITARI E CAPITALISMO DEL BENESSERE | 39 |
| 2.1 La professione medica..... | 39 |
| 2.2 Medicina e modernità | 44 |
| 2.3 Professioni sanitarie e stato sociale..... | 51 |
| 2.4 Sistemi sanitari occidentali e capitalismo del benessere..... | 55 |
| 2.5 La fine dell'idillio e la nuova fase del professionalismo | 58 |
| 2.6 Le sfide ai sistemi sanitari e l'imperativo di riformare | 63 |
| CAPITOLO TERZO. LE RIFORME DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO E GLI EFFETTI SULLA PROFESSIONE MEDICA | 71 |
| 3.1 Il panorama italiano: un mutamento rapido | 71 |
| 3.1.1 <i>L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale</i> | 72 |
| 3.1.2 <i>Gli anni Novanta ed il processo di aziendalizzazione</i> | 75 |
| 3.1.3 <i>Il D. Lgs. 229/99 e gli interventi più recenti</i> | 81 |
| 3.1.4 <i>Il decreto Balduzzi</i> | 85 |

| | |
|---|------------|
| 3.1.5 I Distretti e il modello del Chronic Care | 87 |
| 3.2 Politiche sanitarie e modelli organizzativi | 89 |
| 3.2.1 Aziendalizzazione, quasi-mercati e New Public Management | 89 |
| 3.2.2 Il modello gestionale: dal government alla governance | 98 |
| 3.2.3 Le tendenze recenti ed il concetto di salute sottostante | 100 |
| 3.3 Alcune linee interpretative delle riforme | 105 |
| 3.3.1 L'aspetto culturale del mutamento | 105 |
| 3.3.2 Il conflitto delle interpretazioni: due letture delle riforme | 110 |
| 3.4 Il punto di vista dell'organizzazione: Clinical Governance e valutazione delle prestazioni..... | 115 |
| 3.5 Il punto di vista della professione medica | 122 |
| 3.5.1 Le sfide alla logica professionale medica | 123 |
| 3.5.2 L'intreccio tra logiche: un profilo generale..... | 127 |
| 3.5.3 Gli esiti in termini lavorativi: le "risposte strategiche" dei medici | 131 |
| 3.5.4 Gli esiti in termini di altre sfere di vita: un nuovo professionalismo medico? | 138 |
| | |
| CAPITOLO QUARTO. UNA FIGURA IN TRANSIZIONE: DAL MEDICO TRADIZIONALE AL MEDICO AZIENDALIZZATO ... | 143 |
| 4.1 L'oggetto, gli assunti e le ipotesi | 143 |
| 4.2 I riferimenti teorici, lo strumento di rilevazione e la selezione delle dimensioni rilevanti | 147 |
| 4.3 Il contesto di studio: la sanità toscana..... | 156 |
| 4.4 Il disegno della ricerca e la scelta dei casi..... | 161 |
| 4.5 Il processo di analisi e i risultati dell'indagine | 164 |
| 4.5.1 Il livello analitico organizzativo | 164 |
| 4.5.2 Il livello analitico professionale..... | 179 |
| 4.5.3 Il livello analitico personale..... | 220 |
| 4.6 Tre idealtipi di medico specialista territoriale | 229 |
| | |
| CONCLUSIONI | 237 |
| | |
| BIBLIOGRAFIA | 243 |

INTRODUZIONE

Il rapporto tra professioni ed organizzazioni costituisce uno degli ambiti principali della sociologia delle professioni. L'intreccio tra attività professionale e struttura entro cui la si esercita rappresenta un livello di analisi oltremodo interessante, che può dare conto dei mutamenti che avvengono dal punto di vista dell'organizzazione e da quello della professione: un significativo cambiamento organizzativo può produrre conseguenze sulle modalità di pensiero e di azione dei soggetti coinvolti. Lo scopo di questo lavoro è analizzare le trasformazioni della professione medica in relazione alla riconfigurazione del sistema sanitario italiano introdotta con le riforme degli ultimi decenni del Novecento.

Il settore dei servizi pubblici ha infatti conosciuto una molteplicità di mutamenti negli ultimi trent'anni: la progressiva crisi del *welfare state* universalista, innescatasi tra la fine degli anni Sessanta e gli anni Settanta negli Stati nazione occidentali, ha reso cogente una riorganizzazione di tutti i settori che forniscono prestazioni assistenziali alla cittadinanza.

Il sistema sanitario rappresenta a tal proposito un caso emblematico, poiché è stato interessato da una svolta in senso aziendalista che ha condotto ad un ripensamento dei presupposti e delle logiche di lavoro al suo interno. A partire dagli anni Ottanta, le riforme dei sistemi sanitari hanno delineato una "ristrutturazione di fondo della cornice istituzionale della sanità pubblica" [Ferrera 2006, 204] ed una svolta di carattere organizzativo. Il rinnovamento dei servizi sanitari è segnato dal processo di aziendalizzazione, che individua l'assunzione di pratiche organizzative, lavorative e discorsive proprie del modello delle imprese private.

Le dinamiche in atto coinvolgono tutte le professioni sanitarie, compresa quella medica, che ha ricoperto per decenni una posizione di "dominanza" all'interno del settore [Freidson 2002a]. L'introduzione del paradigma aziendale mette la professione medica di fronte a nuove sfide, giacché i soggetti sono chiamati a fare proprie logiche di lavoro estranee al professionalismo classico: coniugare la qualità delle prestazioni con la sostenibilità economica del sistema, operare in un ambiente di lavoro più dinamico e che esige sinergie inter-professionali, sottostare ai maggiori vincoli posti dall'organizzazione.

L'interrogativo che muove la presente ricerca riguarda gli effetti che il processo di aziendalizzazione del sistema sanitario ha prodotto sulla professione medica, in

particolare sugli specialisti territoriali (specialisti ambulatoriali e medici dirigenti a livello locale). L'obiettivo è quello di riscontrare significativi cambiamenti nell'identità professionale del medico specialista operante nelle strutture territoriali in corrispondenza con l'implementazione delle innovazioni portate dalle riforme su due Aziende Sanitarie Locali appartenenti al contesto toscano (Firenze e Pistoia).

Il punto di partenza è la definizione del concetto di professione e del percorso storico-sociale che l'ha interessata nel passaggio dalla società premoderna a quella moderna. Una professione, in senso sociologico, è “un'attività lavorativa altamente qualificata, di riconosciuta utilità sociale, svolta da individui che hanno acquisito una competenza specializzata seguendo un corso di studi lungo ed orientato precipuamente a tale scopo” [Gallino 2009, 524]. Le caratteristiche di una professione variano con il mutare del periodo storico di riferimenti, poiché interagisce con l'ambiente in cui opera: dal contesto socioculturale nel complesso alle realtà organizzative entro le quali i suoi rappresentanti agiscono.

Le professioni sono state interessate da complesse dinamiche con il passaggio dalla società preindustriale a quella industriale, cioè con il passaggio dall'eteronomia (soprattutto data dall'egemonia di istituzioni religiose) all'autonomia dell'azione all'interno di liberi mercati di prestazioni qualificate destinate ad un'ampia utenza. Questa transizione costituisce una importante chiave di lettura per comprendere le basi del professionalismo nel filone di studi classico: la definizione sociologica che prende avvio tra la fine del XIX e gli inizi del XX secolo, infatti, risente dell'idea classico-borghese di professionista, cioè il gentiluomo mosso da motivazioni altruistiche e da una marcata autonomia professionale nel rapporto, di tipo personale e fiduciario, con il cliente. Questa visione tende a slegare del tutto attività professionale ed attività commerciale o economica e permane nella teoria sociologica almeno fino allo struttural-funzionalismo di metà XX secolo.

Il dibattito attuale riprende alcune istanze del dibattito classico: l'aziendalizzazione della sanità unisce i principi del professionalismo classico (autonomia, centralità del paziente, ideale altruistico) con quelli della burocrazia (managerialismo) e del mercato (consumerismo). La pratica medica continua ad implicare attività tipicamente clinico-professionali, ma esige anche competenze di carattere organizzativo e gestionale. In tal senso, il mutamento che interessa il settore sanitario può essere letto come un intreccio di logiche di lavoro differenti: professionalismo, consumerismo, burocrazia [Freidson 2002b].

La discussione contemporanea delle categorie di “professionalismo occupazionale” e “professionalismo organizzativo” [Evetts 2009] fornisce utili strumenti concettuali per interpretare le dinamiche che interessano la relazione tra medico ed organizzazione sanitaria, all’interno della quale le riforme introducono modalità di controllo manageriale dell’operato dei professionisti e standardizzazione delle procedure. Questo approccio consente di analizzare la sanità aziendalizzata non come un campo di battaglia nel quale organizzazione e professioni lottano tra loro per ottenere la supremazia, bensì come terreno di incontro tra logiche differenti, ma non necessariamente antitetiche.

La base per sottoporre ad analisi il sistema sanitario dal punto di vista della sociologia delle professioni consiste proprio nell’evitare di considerare organizzazione e professione come realtà che si escludono reciprocamente: l’obiettivo è quello di rilevare la ridefinizione dei loro rapporti e gli eventuali tentativi di raggiungere nuovi equilibri attraverso lo studio degli specialisti ambulatoriali territoriali.

Per raggiungere l’obiettivo abbiamo approfondito la relazione tra professione medica, sistemi sanitari e *welfare state* novecentesco, che permette di definire il contesto in cui matura la necessità di riformare. Le dinamiche che hanno interessato il sistema sanitario italiano sono contestualizzabili nella transizione che ha portato dall’epoca d’oro del “capitalismo del benessere” [Esping-Andersen 2000] e della dominanza medica alla crisi del *welfare state*. Le “sfide” al sistema sanitario [Giarelli 2003] sono state affrontate dagli Stati occidentali, tra cui l’Italia, mediante interventi di riforma e processi di aziendalizzazione della sanità.

Le riforme del sistema sanitario italiano pongono la professione medica di fronte ad una serie di sfide che toccano molti degli aspetti dell’identità professionale medica, rilevati dai vari approcci sociologici che hanno affrontato il tema della medicina durante il XX secolo. Pertanto, è utile definire i presupposti della professione medica: il paradigma epistemologico sotteso alla medicina moderna, i caratteri e le dimensioni della “dominanza” che la professione è riuscita ad instaurare nei sistemi sanitari occidentali in corrispondenza con l’apogeo del *welfare state* novecentesco. Il processo che ha portato, in un periodo relativamente breve, dall’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale all’aziendalizzazione, introdotta con le riforme del 1992-93 e del 1999, ha condotto verso una gestione aziendalistica delle strutture sanitarie, segnata da una sempre più marcata tendenza a dare risalto al territorio ed alla prevenzione piuttosto che alla più costosa dimensione ospedaliera. L’ideologia neoliberista, che ha animato le

riforme, si declina a livello organizzativo nella dottrina del *New Public Management*, con particolare riferimento alla teoria della *Managed Competition* [Enthoven 1988]. Questa impostazione organizzativa produce effetti rilevanti su un triplice livello: il concetto di stato sociale e quello di salute, l'organizzazione sanitaria e gli effetti sui medici.

La ridefinizione dei rapporti tra Stato e mercato comporta un ripensamento del concetto di salute in una realtà non più retta da uno stato sociale universalista, teso a perseguire la condizione di salute come diritto universale imprescindibile. Il sistema sanitario, in precedenza area di "non mercato" per eccellenza, viene adesso regolato parzialmente da logiche di mercato: le prestazioni assistenziali assumono la forma di servizi forniti ad un paziente definito come consumatore razionale all'interno di un contesto concorrenziale o semi-concorrenziale.

Dal punto di vista dell'organizzazione, le riforme introducono nuove teorie e tecniche di gestione delle strutture sanitarie: la *Clinical Governance*, strettamente legata al paradigma del *New Public Management*, introduce il principio del monitoraggio costante dei servizi forniti e della valutazione sistematica delle prestazioni. Il riferimento teorico è individuato in un concetto di qualità poliedrico che cerca di coniugare il punto di vista dei vari attori in gioco: dirigenti, professionisti e manager. La logica di fondo è quella di unire in modo organico le necessità cliniche con quelle della gestione efficiente ed efficace dell'organizzazione. Questa finalità è perseguita mediante le quattro aree previste dalla *Clinical Governance*: medicina basata su evidenze (*Evidence Based Medicine*), gestione del rischio sanitario (*Risk Management*), gestione della malattia (*Disease Management*) e degli effetti delle nuove tecnologie (*Technology Assessment*).

Riguardo al terzo punto, la chiave di lettura è quella data dall'intreccio tra "logiche istituzionali" diverse in ambito sanitario e gli effetti che producono sulla pratica quotidiana e sulle forme mentali dei professionisti [Reay e Hinings 2009]. La riconfigurazione organizzativa si pone infatti come fattore di discontinuità rispetto alle logiche professionali precedenti e vengono recepite in modi diversi dai professionisti chiamati in causa. Questa fa entrare nella logica lavorativa nuovi modelli di azione, nuove forme mentali e nuovi criteri decisionali.

La reazione può andare dal rifiuto totale delle nuove direttive all'accettazione di queste ed alla loro inclusione nella pratica quotidiana e può variare a seconda del ruolo ricoperto nella struttura, così come da variabili socio-anagrafiche come l'età. Le analisi

effettuate in materia permettono di fare propria l'idea che non vige tanto una dialettica tra professione ed organizzazione, quanto una ridefinizione dei loro rapporti, i quali dipendono da una molteplicità di fattori; rapporti che però è necessario non leggere aprioristicamente come conflittuali.

L'analisi delle venticinque interviste semi-strutturate realizzate ai medici specialisti territoriali ha fatto emergere la complessità dei fattori e delle dinamiche in gioco. L'intreccio tra logiche differenti innesca processi eterogenei tra i professionisti: alcuni medici si oppongono con forza alle direttive organizzative, altri le recepiscono solo in parte e riescono a crearsi spazi di autonomia, mentre un terzo gruppo le accetta come parte integrante della professione medica. Viene così a delinearsi una riconfigurazione dell'*ethos* professionale medico, che esprime un'importante ridefinizione tanto della relazione medico-paziente quanto del rapporto tra struttura organizzativa e ruolo professionale.

CAPITOLO PRIMO. DAL PROFESSIONALISMO CLASSICO AL PROFESSIONALISMO ORGANIZZATIVO

Questo capitolo traccia il percorso della concettualizzazione teorica di professione e di professionalismo, partendo dal filone classico per giungere agli sviluppi più recenti. Vengono delineati *in primis* i tratti delle professioni in prospettiva dinamica, nel passaggio dall'era premoderna a quella moderna, evidenziandone le linee di continuità e quelle di rottura. Ciò è funzionale ad introdurre il concetto di professione nella sociologia classica e nello struttural-funzionalismo, che vede nei professionisti degli individui mossi da ideali altruistici e rappresentanti di un mondo alieno dalla temperie del capitalismo moderno industriale. Dopo avere definito le istanze fondamentali dei vari approcci della sociologia alla definizione delle professioni, viene messo in evidenza come l'idea classica di professione ed il concetto di professionalismo riemergano in modo significativo negli sviluppi più recenti della sociologia delle professioni, in particolare nei concetti di “professionalismo occupazionale” e “professionalismo organizzativo” [Evetts 2009; 2011b]. L'obiettivo non è quindi solo quello di ripercorrere i vari approcci relativi alla letteratura sociologica sulle professioni, ma anche di mostrare come le teorie classiche siano centrali per comprendere le tendenze di studio e di analisi più recenti. La duplice forma del professionalismo costituisce infatti un'utile chiave di lettura per nell'analisi del mutamento che ha coinvolto i sistemi sanitari occidentali, e di conseguenza anche la professione medica, a partire dagli ultimi decenni del XX secolo.

1.1 Professioni e modernità

Le professioni rappresentano un elemento di notevole rilevanza per comprendere gli sviluppi della società occidentale: lo studio di esse costituisce infatti un punto di vista privilegiato per capire il passaggio dalla società preindustriale a quella moderna.

La rinnovata configurazione socio-culturale riconosce alle professioni un particolare rilievo sociale, in quanto ad esse è sottesa la capacità di soddisfare la crescente domanda di servizi qualificati in una realtà che si fa sempre più complessa e multidimensionale; su tale base si fonda l'autorità professionale.

Il professionismo solleva la questione dell'importanza della fiducia nell'ambito delle relazioni economiche nelle società moderne [Evetts 2006], dove la marcata divisione del

lavoro rende necessario che le persone si affidino a dei professionisti, siano essi avvocati, medici, idraulici o elettricisti. Ciò implica chiaramente che la fiducia, da parte dei clienti così come da parte dei professionisti stessi, sia riposta a monte nei “sistemi esperti” che costituiscono il *framework* entro il quale qualsiasi professionista si trova ad operare [Giddens 1994; Svensson 2003].

Studiosi classici delle scienze sociali come Durkheim, i coniugi Webb, Tawney, Flexner e Veblen vedevano nelle libere professioni moderne una sorta di “oasi non ancora toccata dalla logica individualistica del capitalismo” [Tousijn 1987, 13], in grado di garantire solidarietà ed integrazione sociale in un contesto dall’elevato potenziale anomico, in cui il libero mercato si imponeva come precipuo integratore della vita sociale. Il limite degli approcci classici allo studio delle professioni consiste pertanto nel considerare le professioni quasi come entità astoriche e nella loro mancata contestualizzazione all’interno dei rapporti di classe del sistema capitalistico.

In senso generale, le professioni sono “funzioni sociali specializzate messe in essere da alcune persone in risposta a bisogni specializzati di altre; esse sono, almeno nella forma pienamente sviluppata, insiemi istituzionalizzati di relazioni sociali umane” [Elias 2010, 37]. Alle origini, il termine professione presupponeva la distinzione tra lavoro di tipo intellettuale e lavoro manuale: si riferiva infatti a coloro che non esercitavano un lavoro manuale per vivere, cioè ai rappresentanti del clero, agli avvocati ed ai medici. Nel corso del Novecento, il significato del termine si amplia a tutte le attività cui è sotteso un determinato *corpus* di conoscenze scientifiche e che necessitano pertanto di una formazione accademica e di titoli abilitanti.

Sarebbe fuorviante pensare ad un senso di totale continuità tra le professioni moderne e quelle tradizionali; tale continuità è infatti in buona parte di carattere formale e chiama in causa la cultura sottesa alle professioni stesse, che comprende elementi come leggende, simboli, stereotipi, vocaboli del gergo professionale, fino alle modalità di approcciarsi ai clienti e di trattare i casi che si presentano. In breve, la cultura professionale attinge da tutto ciò che si è consolidato nel tempo come parte dell’immaginario relativo alla professione e che quindi identifica il professionista e ne consolida l’immagine.

Con l’avvento del capitalismo industriale si creano dei mercati di servizi professionali standardizzati, che coinvolgono però un numero di utenti piuttosto ristretto, composto per lo più da famiglie benestanti, le uniche che possono permettersi i costi di certe prestazioni.

Le professioni divengono propriamente moderne quando si emancipano dalle istituzioni religiose e dalla nobiltà ed indirizzano i propri servizi ad un pubblico più vasto: “la nascita delle professioni moderne è dunque collegata al principio di libero scambio che trasforma il professionista da sostanziale dipendente in autonomo artigiano” [Prandstraller 1980, 31]. Vigge uno stretto legame tra crescita delle professioni autonome e sviluppo del libero mercato, all’interno di un contesto socio-economico che ha conosciuto il tramonto del feudalesimo.

Le professioni introducono altresì un principio di “ordine occupazionale nella divisione del lavoro, opposto alla fluidità del libero mercato e alle frammentate e formali gerarchie dell’ordinamento amministrativo” [Sarfatti-Larson 1998, 87]: negli Stati nazionali continentali esse furono spinte ad organizzarsi dalla struttura professionale che le pubbliche amministrazioni stavano assumendo, mentre nei paesi anglosassoni emersero come forme associative.

Vi è un’istanza dialettica all’origine dei mercati professionali: da un lato essi sono chiusi e protetti per mantenere il senso premoderno del mestiere, dall’altro lo sono per creare e rafforzare il “moderno ideale di servizio”. Come metterà poi in luce l’orientamento critico della sociologia delle professioni dagli anni Settanta in poi, questo processo rappresenta una strategia precisa per mantenere privilegi in termini di status di fronte alla “grande trasformazione”, che stava facendo assurgere i principi del libero mercato a principale meccanismo di regolazione delle relazioni economiche [Polanyi 1974]. Il controllo professionale del lavoro nasce, in tal senso, dalla volontà di vedersi riconosciuta una certa protezione rispetto alla concorrenza del libero mercato.

La socializzazione alle professioni nella modernità ha effetti di carattere “nomico”, in quanto socializza i professionisti ad un discorso comune di tipo scientifico, creando un dogmatismo ufficiale della disciplina, forgiando una certa personalità ed una specifica identità professionale. L’organizzazione professionale del lavoro è finalizzata ad evitare che i professionisti soffrano dell’alienazione che affligge i lavoratori del settore industriale, facendo risaltare il valore intrinseco dell’occupazione; quest’ultimo genera rispetto da parte dei clienti e si fa promotrice di un collegamento strutturale tra i propri centri di formazione.

La professione *qua talis* diviene pertanto il riferimento della classe media nella realizzazione delle aspirazioni di mobilità sociale dei suoi componenti, in quanto incarna “uno status sociale sicuro, carriere organizzate e prevedibili, uno stile di vita

caratteristico della classe media, i vantaggi della meritocrazia” [Sarfatti-Larson 1998, 96].

1.2 Il professionismo ottocentesco e la teoria sociologica classica: canone della prudenza e ideale di servizio

All’inizio del XIX secolo le professioni colte gestirono la transizione verso la modernità industriale riproponendo le istanze basilari del canone professionale preindustriale: disinteresse, ossia capacità di non perseguire fini egoistici, comportamento virtuoso (passione per il bene pubblico) ed incompatibilità con gli altri mestieri, ritenuti vili e degradanti. Fu proprio tale impostazione che influenzò le teorie sociologiche delle professioni dalle origini fino alla teoria funzionalista degli anni Cinquanta e Sessanta.

Le professioni ottocentesche si fecero portatrici di un orientamento verso il bene della collettività e di una precisa identità di servizio nei confronti della comunità: tali principi ne legittimarono l’immagine nella richiesta di riconoscimento ufficiale portata all’attenzione dello stato e condusse a quella sorta di “patto costituzionale” che sarà uno dei *leitmotiv* del cammino storico delle professioni occidentali. L’ideale di servizio costituì insomma il fondamento per le rivendicazioni che avevano a che fare con lo status professionale. Ciò spostò in secondo piano l’idea del professionista tendente a perseguire il proprio interesse economico all’interno del libero mercato:

La struttura dei mercati professionali ottocenteschi, poco sviluppati dal punto di vista della domanda e dell’offerta, creò una situazione di equilibrio che favorì l’espansione delle professioni sul piano pubblico e la riproduzione di un modello ideale di professionista, la cui identità e fonte di gratificazione era il mestiere e la posizione sociale, piuttosto che il reddito [Malatesta 2006, 350-1].

Il professionismo alle origini dell’era moderna assunse un numero limitato di forme all’interno di un mercato delle prestazioni, che fecero sì che esso coincidesse con le professioni indipendenti. In questa fase il professionista era una sorta di “imprenditore della conoscenza” [Prandstraller 1988, 55], che incarnava l’ideale illuminista di individuo autonomo che esercita la ragione di cui è dotato. Questo soggetto era mosso da un’ideale di libertà che trae la propria origine nel sapere.

Nel periodo compreso tra la metà degli anni Venti e gli anni Ottanta del XIX secolo si formarono, soprattutto in Gran Bretagna e negli U.S.A., le prime associazioni

professionali, figlie della società civile e quindi di una spontanea aggregazione di interessi particolaristici. La pratica professionale implicava un rapporto diretto con il cliente, gestito dalle regole economiche del mercato, seppure temperato da norme etiche e deontologiche che impedivano speculazioni ed abusi da parte dei professionisti: questo è il contesto in cui si collocano le teorie di Spencer, dei Webb, di Tawney e di Durkheim.

Per questa ragione T. H. Marshall, parzialmente influenzato dall'approccio classico in un periodo storico successivo, vede addirittura nelle professioni un vero e proprio correttivo della logica dell'economia capitalistica: esse costituirebbero uno strumento per risolvere molte delle problematiche poste dalle società democratiche. Lo stesso struttural-funzionalismo parsonsiano, così come l'approccio per attributi (*trait-approach*) di Greenwood, riflettono i caratteri del professionismo del XIX secolo e risentono della definizione di professionista proposta in questo periodo.

L'immagine del professionista nel passaggio dalla società preindustriale a quella moderno-industriale affondava le proprie radici in fattori di carattere socio-economico e culturale: "l'ideal-tipo del professionista gentiluomo era un individuo educato, che frequentava la buona società ed era capace di mantenere quel giusto equilibrio tra onore e utile, tipico del 'canone della prudenza' dell'antico regime" [Malatesta 2006, 351]. Questa figura si collocava per così dire a cavallo tra l'*ancien régime* e la società moderna, in quanto pensato come dedito all'esercizio dell'altruismo ed estraneo alla logica del perseguimento del proprio interesse personale: tale immagine fece sì che molti rappresentanti delle professioni entrassero in politica, in quanto considerati soggetti ideali per il perseguimento del bene comune dello Stato. Nella società premoderna, l'essere gentiluomo designava l'appartenenza ad uno strato sociale superiore, mentre nel Novecento questo termine viene riferito al mantenimento di un certo tipo di condotta e ha perduto la connotazione sociale del passato [Elias 2010].

L'idea di disinteresse per il commercio e per gli affari accompagnò la rappresentazione culturale del professionista lungo tutto il XIX secolo e convogliò la visione delle scienze sociali almeno fino allo sviluppo della corrente critica interazionista degli anni Settanta: "le professioni erano quei modi di guadagnarsi la vita che risultavano meno nocivi, perché non ottudevano la mente, come il lavoro manuale, né corrompevano l'anima, come il commercio" [Marshall 1976, 99-100].

Durkheim contrapponeva l'anomia diffusa della società moderna, dominata dall'assenza di norme del mercato libero, al *nomos* creato dai gruppi sociali. In questa

visione, i protagonisti del libero mercato sono individui isolati tra loro, ognuno dei quali persegue il proprio interesse all'interno di un contesto che non lascia spazio a riferimenti e norme comuni; il gruppo è invece l'unica entità capace di porsi come autorità morale e di creare riferimenti normativi vincolanti per l'individuo. Il gruppo professionale non solo non fa eccezione, ma anzi si pone come uno dei riferimenti fondamentali per l'individuo nella società moderna: questo costituisce infatti una soggettività sociale solida, in cui lo scambio diretto e regolare tra i suoi membri rende possibile la diffusione di nuove idee ed opinioni. I raggruppamenti professionali sono dunque entità coese, organizzate, nomiche.

Durkheim opera una netta distinzione tra il gruppo professionale *qua talis* e la sfera economica, ossia l'industria ed il commercio, dominate dal mercato e pertanto dall'assenza di regole morali. Infatti la disorganizzazione che contraddistingue le "professioni economiche" fa sì che non sussista alcuna morale professionale, se non in via quantomeno rudimentale. Ciò è motivato dal fatto che i rapporti tra gli individui che vi operano sono regolati unicamente dalla concorrenza, di conseguenza sono strettamente individualistici. Questa sfera di attività è retta dall'economicismo, il quale rende possibile che essa sia sottratta in gran parte o del tutto a freni di tipo morale.

La professione rappresenta dunque una realtà "altra" rispetto alla temperie del capitalismo moderno; l'unica oasi che riesce a strutturare comportamenti ed azioni di tipo morale, in quanto capace di imporre agli esseri umani disciplina morale e limitazioni, in virtù della propria natura di realtà che sovrasta e domina l'individuo.

L'approccio durkheimiano ben sintetizza la visione classica delle professioni, ossia quella compresa tra la fine del XIX secolo e la prima metà del XX, che teorizza l'esistenza di una dicotomia tra attività professionale ed attività economica di tipo industriale e commerciale: i professionisti sono visti come gentiluomini mossi da spirito di servizio piuttosto che dal proprio interesse personale, tendenti a realizzare il benessere della società nel suo complesso.

Il gruppo professionale è fonte di regole formali ed informali, che si contrappongono all'anomia giuridica e morale della vita economica, al cui interno essa è altresì fonte di demoralizzazione generalizzata. La professione si presenta come un fenomeno collettivo e pertanto capace di strutturare forti riferimenti di azione. I gruppi professionali sono fenomeni appartenenti alla sfera dell'attività "morale". È loro sottesa la capacità di subordinare gli interessi particolari all'interesse generale: "un gruppo non è solo un'autorità morale che regna sulla vita dei suoi membri; è anche una fonte di vita *sui*

generis. Da esso deriva un calore che riscalda o rianima i cuori, che li apre alla simpatia, che fa fondere gli egoismi” [Durkheim 1962, 31].

Tale impostazione teorica è riscontrabile anche in R. H. Tawney, che definisce le professioni come gruppi di persone che portano avanti la propria attività sulla base di un orientamento volto a proteggere gli interessi della comunità: anche qui quella professionale viene vista come logica differente rispetto a quella tendente al proprio utile economico; il professionista è mosso nella sua azione quotidiana da un ideale di servizio e da un altruismo di fondo. Il professionalismo viene definito per differenza, anzi per aperta contrapposizione, con il “commercialismo”, che ne diviene finanche il “nemico naturale” [Marshall 1976, 113].

Tabella 1. L’antitesi tra professione e industria nella sociologia classica

| <i>Professione</i> | <i>Industria</i> |
|--|---|
| Adempimento di certi doveri in ottemperanza a principi deontologici ben delineati | Protezione dei diritti di conseguire un guadagno pecuniario |
| Misura del successo data dalla realizzazione del proprio dovere professionale e dalla conformità ad esso del proprio operato (produzione di salute, sicurezza, istruzione, buon governo, buone leggi) | Misura del successo data dal guadagno in termini economici |
| Principio di responsabilità in riferimento al servizio offerto | No principio di responsabilità per il servizio offerto |
| Centralità del lavoro ben fatto in relazione a determinati <i>standard</i> , “orgoglio artigianale”, adempimento di certi obblighi che sono seguiti in virtù di un preciso percorso formativo ed occupazionale | Centralità del ragionamento in termini di costi-benefici |
| Disciplina morale tendente a conseguire un fine | Anomia di mercato. Disciplina imposta ai lavoratori per il conseguimento del profitto |

Nella teoria sociologica classica l’industria e la professione si contraddistinguono per una differente logica ed un approccio apertamente antitetico: la prima si basa sul perseguimento del guadagno pecuniario, che diviene anche misura sintetica del successo dell’attività; non vige un principio di responsabilità per il servizio offerto o il bene prodotto. La logica imperante è pertanto quella economica del calcolo costi-benefici improntata sul concetto di mercato, che impone a tutti coloro che operano in questo ambito il perseguimento del profitto come precipua spinta pratica all’azione (*ethos*).

La professione è invece pervasa da una determinante di tipo etico-deontologico: la misura del successo del proprio operato è data dall’adempimento del proprio dovere

professionale e dalla conformità ad esso della pratica quotidiana. Vigono un principio di forte responsabilità individuale rispetto agli standard deontologici dell'attività ed una sorta di "orgoglio artigianale", figli di modelli di comportamento forgiati da un determinato percorso formativo ed occupazionale.

Per tale ragione, nella visione di Tawney, era d'uopo mutare l'industria in professione, nel senso sopra specificato: fare sì, insomma, che l'industria assumesse le caratteristiche idealtipiche delle professioni per acquisire "sostanza etica". Come vedremo più avanti, oggi sembra in atto il processo contrario: l'acquisizione, da parte delle professioni, delle caratteristiche delle attività economiche, nel senso durkheimiano e di Tawney.

Nel contesto europeo continentale, le professioni moderne vantavano un credito sociale che fecero valere nella fase di stravolgimenti sociali che condusse verso la modernità: il principio di legittimazione è da rinvenire nell'antitesi tra mentalità capitalistico-acquisitiva e professionalismo. Il professionismo continentale è connotato da molteplici principi ideologici: assume i caratteri di una sorta di "auto-protezione" della società nei confronti del mercato [Polanyi 1974] e viene inoltre legittimato dall'idea secondo cui, in corrispondenza con l'industrializzazione selvaggia, le professioni si sarebbero poste come elemento "civilizzante" (*civilizing*), cui sarebbe spettato il compito di migliorare le condizioni di vita in un periodo di profondi mutamenti.

Nelle realtà anglosassoni, Gran Bretagna e Stati Uniti d'America *in primis*, la legittimazione poggia maggiormente sulla valorizzazione delle istanze scientifiche delle professioni e sul principio di razionalizzazione che esse incarnerebbero. Le professioni sono qui ritenute manifestazioni della "razionalità cognitiva" [Jamous e Peloille, cit. in Tousijn 1979, 207], che dominerebbe le pratiche professionali così come le relazioni con i clienti e con i colleghi.

L'aura conferita da principi premoderni, come l'ideale di servizio, pareva rendere immuni i professionisti dall'ideologia del profitto capitalistico. Inoltre, i legami con la chiesa, che erano stati fortissimi in epoca premoderna, accrebbero l'atmosfera di mistero che circondava la loro conoscenza esoterica, mentre la lingua latina creava un'associazione con il mondo delle *élites*.

L'ideologia del professionismo, almeno all'apparenza, nelle prime fasi del capitalismo moderno non derivava dall'idea di vendita della propria forza lavoro sul mercato, come per il dilagante lavoro industriale. La professione presupponeva la

capacità di vendere il proprio livello formativo sotto forma di servizi altamente specializzati all'interno di mercati *ad hoc*.

Le professioni moderne esercitavano un duplice monopolio: uno di tipo cognitivo, ravvisabile nella comune base conoscitiva ufficialmente riconosciuta a livello di professione e di comunità scientifica, e l'altro di tipo formativo all'interno di una realtà di carattere nazionale. La competenza forgiata dal sistema formativo aveva creato un "valore professionale di scambio" [Sarfatti-Larson 1977, 213], appannaggio del professionista stesso.

Il sistema formativo diveniva in tal modo un fattore strategico cruciale: la sua standardizzazione determinò la possibilità di "misurare" il livello formativo in termini di anni di formazione e si pose come fonte di legittimazione universale della professione stessa. In questa sede veniva elaborata ed insegnata l'etica delle professioni [Freidson 2002b, 187]. Il possesso di un'istruzione superiore divenne una delle peculiarità che differenziavano le professioni intellettuali dagli altri tipi di occupazione, mentre il prestigio di cui vennero investite le figure professionali nella nascente società moderna è il segno tangibile dello "spirito razionalistico" che permea la civiltà occidentale e che si manifestò in modo rilevante nel mutamento che conobbero i sistemi universitari nel corso dell'Ottocento.

Nonostante la diversità dei percorsi nazionali, sono ravvisabili due principali svolte comuni nell'ambito della riforma delle istituzioni universitarie nel corso del XIX secolo: la loro laicizzazione, cioè la progressiva sottrazione dal potere ecclesiastico che le aveva caratterizzate nel corso del medioevo, e l'allargamento a nuovi indirizzi e nuove discipline in un contesto economico, sociale e culturale che non era più leggibile solo mediante le sole tre classiche facoltà medievali di teologia, medicina e legge. Sull'onda dei presupposti illuministi e della rivoluzione francese, si diffuse una nuova idea di conoscenza altamente specialistica, applicabile a casi concreti con determinate finalità professionali: la conoscenza teorica astratta divenne il principio-base di dominio del mondo naturale e di controllo pratico del mondo sociale.

A tal proposito il contesto prussiano costituì una sorta di laboratorio per tutto il contesto occidentale: la riforma dell'università prussiana ad opera del ministro della pubblica istruzione Wilhelm von Humboldt, che condusse alla secolarizzazione totale del sistema universitario tedesco nel corso della prima metà del XIX secolo. Mediante tale riforma lo Stato assunse il controllo delle università, e dunque della diffusione della conoscenza, e sancì uno stretto legame tra Stato nazionale ed istruzione, intesa come

formazione specialistica e come opera di socializzazione dei professionisti della pubblica amministrazione. Questo processo legittimava il sistema formativo come vera e propria agenzia di socializzazione, atta a far interiorizzare certe conoscenze e certe norme formali ed informali agli attori sociali.

L'esperienza tedesca dimostra la rilevanza dello stretto legame tra scienza, Stato e professioni, che si sostanzia nel sistema credenzialistico, per cui le professioni cercano nel sistema formativo i requisiti per salire nella gerarchia professionale o per ottenere il riconoscimento ufficiale di professioni vere e proprie.

1.3 Gli approcci sociologici al concetto di professione

La sociologia elabora il concetto di professione in modo tale da cercare di spiegare le differenze in termini di reddito, prestigio e potere all'interno del mondo del lavoro; in tale ottica, le professioni costituiscono occupazioni che hanno conseguito una posizione di rilievo nella stratificazione inter-professionale [Sorokin 1965]. Differenti approcci teorici concernenti le professioni si sono susseguiti nel corso degli sviluppi della scienza sociale, ognuno dei quali ha carpito alcuni degli elementi rilevanti in esse presenti.

Nella visione dei "classici" (Durkheim, i Webb, Tawney, Flexner, Veblen), come abbiamo specificato sopra, le libere professioni appaiono come una sorta di ultimo baluardo in grado di garantire solidarietà sociale di fronte all'imperante anomia ed alla disintegrazione sociale determinate dal libero mercato.

La visione di Max Weber si sintetizza invece nel concetto di *Beruf*, termine dal duplice significato di professione e chiamata (*calling*). Questo non si riferisce ad una vera e propria categoria sociale, quanto ad una "dimensione normativa, culturalmente condizionata, dell'attività mondana" [Santoro 1999, 117] e si sostanzia in un particolare atteggiamento mentale nei confronti del mondo, che affonda le proprie radici nel processo di razionalizzazione e nell'etica intra-mondana del protestantesimo.

L'etica professionale protestante eleva infatti l'azione quotidiana a metodo retto da una sistematica razionale; la sfera professionale si oggettiva e viene da un lato elevata sul piano morale, mentre dall'altro conosce una neutralizzazione morale delle interazioni al suo interno [Habermas 1986]. Ciò segna il passaggio da una metodica razionale applicata a livello extra-mondano ad una razionalizzazione della condotta di vita intra-mondana. L'*ethos* protestante, nella visione di Weber, non è solo una tecnica di vita, ma è portatore di un'etica propria, la quale "ora veniva sul mercato della vita, si

chiudeva alle spalle le porte del convento e imprendeva a pervadere proprio la vita quotidiana mondana della sua metodicità, a trasformarla in un'esistenza razionale nel mondo eppure non di questo mondo o per questo mondo" [Weber 1997, 214].

L'etica protestante fa parte di quella complessa "concatenazione di circostanze" [ivi, 33] che ha posto le basi per la formazione dello "spirito" capitalistico, uno degli elementi che ha reso possibile il consolidamento di un modo di pensare e di vivere improntato sulla vocazione professionale e sulla dedizione al lavoro come fine, anziché come mezzo per godere dei piaceri dell'esistenza.

La scuola funzionalista si diffonde negli anni centrali del XX secolo e trae origine da Durkheim; passa attraverso i pionieristici studi sulle professioni di A. M. Carr-Saunders e E. O. Wilson per conoscere il suo apice con T. Parsons. Una professione è definita sulla base dell'applicazione di un corpo di conoscenze sistematiche teoriche specialistiche a problemi strettamente connessi alla perpetuazione della società moderna. La teorizzazione facente capo a tale approccio, culminata nell'analisi della professione medica effettuata dallo stesso Parsons, rappresenta una delle più coerenti applicazioni degli schemi interpretativi dell'approccio struttural-funzionalista.

Parsons definisce infatti le professioni in base alla neutralità affettiva, che preclude qualsiasi coinvolgimento emotivo nell'approcciarsi al cliente, universalismo di fondo, orientamento verso il bene della collettività, specificità funzionale del proprio settore di riferimento ed uno status acquisito attraverso un *iter* formativo standard, piuttosto che ereditato per nascita (ascritto). In questa prospettiva le istanze centrali del professionismo sono rappresentate dall'ideologia di servizio, che le distingue dalle attività orientate al mercato e quindi al profitto, e dalla predilezione per una forma associativa differente sia dal modello burocratico, proprio delle pubbliche amministrazioni e delle grandi imprese private, che da quello del mercato in senso stretto. Nelle parole di Parsons:

L'uomo impegnato in attività professionali non è considerato dedito alla ricerca del profitto personale, bensì alla prestazione di servizi nei confronti di pazienti o di clienti, oppure a valori impersonali come il progresso della scienza. Così, le professioni finiscono per sembrare atipiche, in alcuni casi perfino semplici sopravvivenze delle arti medievali. Taluni pensano che esse si vadano progressivamente commercializzando e che siano perciò con probabilità destinate a scomparire quali strutture sociali peculiari [Parsons 1956, 16].

La teoria funzionalista vede le professioni come strutture sociali orientate al servizio dell'utenza mediante l'applicazione di un insieme sistematico di conoscenze a questioni pratiche rilevanti come la salute e la giustizia [Tousijn 1997]. A ciò è necessario aggiungere anche un forte autocontrollo del comportamento nella pratica lavorativa quotidiana, dato dall'interiorizzazione di codici deontologici cui vengono socializzati i professionisti e dalle associazioni di categoria, ed un sistema di riconoscimenti sociali (reddito e prestigio) che simboleggia il successo raggiunto.

Tale definizione richiama direttamente la teoria funzionalista della stratificazione, di cui costituisce una parte fondamentale: il meccanismo che prevede il controllo e le ricompense sociali è infatti uno degli strumenti di cui si avvale la stratificazione per assicurare alla società che le posizioni maggiormente importanti siano ricoperte dagli individui più adeguati. In linea con la lettura funzionalista sorokiniana della mobilità sociale [Palumbo 1984], la stratificazione professionale è frutto del meccanismo sociale di "setaccio" del sistema formativo, che seleziona coloro che si sono distinti in certi ambiti conoscitivi, che pertanto risulterebbero essere più idonei a ricoprire certi ruoli.

Dato che né il cliente né la burocrazia possono sottoporre a controllo la prestazione del professionista, la professione in quanto tale si caratterizza per il suo specifico orientamento al servizio ed alla collettività, creato e consolidato dalla particolare forma di socializzazione cui il professionista viene sottoposto e al controllo praticato dai gruppi e dalle associazioni professionali (*in primis* la comunità di colleghi, cui è sottesa anche la comunità scientifica).

Le professioni si occupano di casi devianti rispetto agli standard vigenti e contribuiscono in tal modo a garantire la perpetuazione del sistema sociale, riportando all'interno dei binari della "normalità" (in senso durkheimiano¹) i casi trattati. Come contropartita, ad essi sono riconosciuti vantaggi in termini di reddito, prestigio e potere, nonché in termini di autonomia nei confronti dei non professionisti o "profani" della disciplina. In breve le professioni sono garanti del buon funzionamento della società, poiché ottemperano alla funzione di soddisfare le necessità fondamentali dei suoi membri. Le professioni sono in definitiva "funzionali" al complesso organismo sociale:

¹ Cfr. Durkheim É. [2001], *Le regole del metodo sociologico. Sociologia e filosofia*, Edizioni di Comunità, Torino.

consistono nell'applicazione di conoscenze scientifiche formali nell'interesse della comunità e del sistema sociale.

I limiti maggiori di cui risente la scuola funzionalista consistono nel fatto che Parsons ha intensificato il divario tra storia e sociologia, determinando una "incomunicabilità totale tra l'approccio storico e quello funzionalista" [Malatesta 2002, 26]; in secondo luogo viene svalutata la funzione dello Stato, considerato come una mera variabile dipendente. Infine, come anche la stessa macro-teoria struttural-funzionalista in generale, tale approccio è basato sulla configurazione societaria anglo-americana della metà del XX secolo e soffre pertanto di una forte distorsione etnocentrica, pur pretendendo di proporre una teoria di portata universale [Izzo 1991].

Tale impostazione rafforza l'idea di un modello di sviluppo generale che trasforma gradualmente un'occupazione in professione; da qui si sviluppa l'approccio "per attributi", rappresentato in particolare dal contributo di E. Greenwood. Questi individua i caratteri principali di una professione in senso sociologico: un corpo sistematico di teoria, che funge da riferimento mediante cui il professionista tratta i casi che gli si presentano nella pratica quotidiana, l'esercizio dell'autorità professionale nei confronti dei profani, approvazione/sanzioni della comunità, un codice etico regolativo formale ed informale ed infine una cultura professionale, cioè una "configurazione sociale peculiare alla professione" [Greenwood, cit. in Prandstraller 1980, 115] fatta di valori, norme e simboli generati dai gruppi formali ed informali relativi ad una professione (ospedale, clinica, ufficio legale, centri di formazione e ricerca, associazioni professionali).

Le teorie tecnocratiche, che si diffondono in gran parte dagli anni Settanta in poi, vedono la crescita delle libere professioni come uno degli elementi centrali della società post-industriale. Secondo tale approccio, tra cui spicca in particolare D. Bell, è centrale la struttura del mutamento occupazionale, che si sostanzia in una contrazione del settore industriale di stampo perlopiù "fordista" e in una contemporanea crescita del settore dei servizi, in cui gioca un ruolo di primo piano l'innovazione tecnologica. Qui le professioni costituiscono il cardine di un nuovo tipo di società, in quanto segni evidenti di un cambiamento rilevante quanto quello prodotto dall'impatto della rivoluzione industriale sulla società premoderna. Il nuovo principio di lavoro sotteso alla società post-industriale è infatti quello professionale, che tende a sostituire gradualmente quello burocratico-gerarchico. È interessante notare che in tal caso il macro-mutamento viene

associato anche ad un parallelo cambiamento di portata morale della società, che sembra richiamare l'approccio dei classici.

Negli anni Cinquanta e Sessanta il filone interazionista simbolico si propone come alternativa a quello struttural-funzionalista, seppur non sia in grado di sviluppare una teoria altrettanto sistematica ed onnicomprensiva. Questo approccio si concentra sulla ridefinizione del concetto di professione come categoria appartenente al mondo della vita quotidiana, cui è sotteso un giudizio di valore, e di conseguenza incapace di giungere ad acquisire dignità scientifica. Il focus di analisi diviene quello della formazione e della socializzazione del professionista ai valori ed alle competenze relative al proprio ambito di lavoro. Si studiano i meccanismi di conflitto e negoziazione che regolano le interazioni all'interno dei contesti lavorativi e la frammentazione delle professioni al loro interno.

Dagli anni Settanta si assiste ad un vero e proprio mutamento epistemologico nello studio delle professioni, sviluppato dalle correnti neo-weberiane. Gli elementi centrali sono costituiti dal forte accento dato al carattere storicamente e socialmente contingente del fenomeno professionale, la centralità della tematica del potere e l'importanza delle strategie perseguite dai soggetti collettivi. Tali studi sono finalizzati a svelare il "carattere ideologico della mitologia professionale" e a demistificare i capisaldi dell'approccio funzionalista, su tutti il ruolo della vocazione nelle libere professioni e la loro presunta etica di servizio. L'idea centrale è quella dell'esistenza di un "progetto professionale" [Sarfatti-Larson 1977], volto a realizzare una mobilità sociale di tipo collettivo attraverso la creazione ed il diretto controllo di un mercato di servizi professionali specifici.

Tale filone sancisce anche il passaggio dagli studi incentrati sul ruolo professionale a quelli incentrati sui gruppi professionali, che vengono analizzati nella loro capacità di maturare strategie di azione collettiva finalizzate a conquistare spazi di potere sempre maggiori all'interno della società. In forte contraddizione rispetto all'ottimistico modello parsonsiano, basato su una visione delle professioni improntata su umanitarismo e valori universalistici, queste vengono ora individuate come gruppi assetati di potere che lottano strenuamente per conquistare posizioni di mercato privilegiate. Le professioni organizzate perseguono un progetto volto ad acquisire maggior potere, prestigio e gratificazioni economiche all'interno di un mercato creato *ad hoc*.

Una delle svolte date alla disciplina da questa impostazione teorica consiste nel teorizzare l'esistenza di una forte discontinuità tra le professioni risalenti all'epoca medievale ed al mondo antico. Le professioni moderne portano avanti una retorica finalizzata a reclamare le proprie origini antiche ed un prestigio sociale ad esse adeguato; la continuità reclamata è in vero di tipo formale più che sostanziale e riprende elementi retorici facenti parte della tradizione della professione come leggende, miti, simboli, gergo, forme rituali (si consideri ad esempio il giuramento di Ippocrate per i medici) ed anche elementi come l'abbigliamento.

Viene sottolineato come anche le professioni siano soggette a processi di de-professionalizzazione (M. Haug) e di proletarizzazione (M. Oppenheimer); in questi approcci è centrale l'idea secondo cui le organizzazioni burocratiche influiscono con la pervasività dei loro imperativi e dei loro controlli sull'attività dei professionisti, sottoponendoli a vincoli sempre più stretti e minandone l'autonomia.

Tabella 2. Gli approcci sociologici alle professioni

| | <i>Struttural-funzionalismo</i> | <i>Interazionismo simbolico</i> | <i>Approccio neo-weberiano</i> |
|-------------------------------------|---|---|---|
| Definizione e di professione | “Occupazioni orientate al servizio, che applicano un corpo sistematico di conoscenze a problemi che sono altamente rilevanti per i valori centrali della società, come la salute e la giustizia” [Tousijn 1997] | “Categoria della vita quotidiana che implica un giudizio di valore e di prestigio”; esso è un <i>folk concept</i> , non un concetto scientifico | Carattere storicamente contingente del fenomeno professionale; centralità della tematica del potere e del suo perseguimento delle professioni in quanto soggetti sociali organizzati |
| Istanze centrali | <ul style="list-style-type: none"> • Elemento vocazionale • Altruismo • Ideale di servizio • Autoregolazione mediante codici deontologici | <ul style="list-style-type: none"> • Interazione quotidiana • socializzazione e formazione del professionista • mancanza di unitarietà delle professioni al loro interno • meccanismi di conflitto e negoziazione | <ul style="list-style-type: none"> • Individualismo • Etica del lavoro • Eguaglianza di opportunità • Libera iniziativa come ideologia per mascherare i “progetti professionali” volti al mantenimento del potere |

Tra le definizioni di professione figlie dei diversi approcci di studio, Santoro [1999] individua i seguenti aspetti comuni:

1. istruzione specializzata e di alto livello;
2. meccanismi istituzionalizzati di chiusura sociale;
3. codice di condotta etica;
4. rivendicazione rituale di onore e decoro;
5. forme di monopolizzazione e controllo di aree di mercato;
6. autonomia significativa nella gestione degli affari.

Uno degli errori più frequenti è stato quello di ipostatizzare e reificare il concetto di professione, vedendolo come una categoria analitica astratta ed immutabile, mentre costituisce altresì “un concetto storico, ed una categoria del giudizio morale, in quanto tale soggetta alla continua reinterpretazione degli agenti sociali” [Santoro 1999, 123]. Diviene pertanto necessario storicizzare le stesse categorie analitiche e tenere presenti i cambiamenti cui sono soggette le professioni in rapporto al mutamento socio-economico e culturale della società, così come in rapporto alle trasformazioni delle strutture organizzative nelle quali i professionisti operano.

1.4 Professioni, ideologia, mercato

Quella del professionista è una figura che palesa certi caratteri premoderni e li ripresenta come fonte di legittimazione nella transizione verso la modernità; questi mostra da un lato un *ethos* distaccato rispetto ai rapporti capitalistici di produzione, dall'altro risulta essere fortemente legato alle caratteristiche della stratificazione sociale preindustriale. L'immaginario che lo circonda e che egli per primo è interessato a perpetuare è quello del gentiluomo disinteressato e non tendente a privilegiare il proprio interesse personale.

I caratteri propri dell'ideologia del professionalismo sono riposti nel rivendicato distacco dalle relazioni capitalistiche di mercato e da un legame diretto con la stratificazione del sistema socio-economico preindustriale. I suoi cardini consistono nell'etica propria del lavoro artigianale, nell'ideale di servizio universalistico e in un modello di status che riflette la nozione secolarizzata di *noblesse oblige*. Ma questa presunta indipendenza dalle strutture di classe della società che si stava dispiegando è in realtà apparente [Sarfatti-Larson 1977, 220]: l'ideale del gentiluomo, come sostenuto dagli orientamenti critici degli anni Settanta visti sopra, non è che una maschera che cela caratteri ideologici latenti.

Eliot Freidson [2002b] articola in modo parzialmente differente il concetto di ideologia del professionalismo, che nella sua visione va ricondotta a tutti quei diritti, valori ed idee che garantiscono una base razionale alle istituzioni professionali ed al concetto stesso di professione. Uno dei fondamenti dell'idealtipica ideologia del professionalismo consiste nell'esercizio della discrezionalità nella trattazione del caso pratico, a motivo della marcata eterogeneità dei casi da affrontare. Essa sostiene, in generale, che il lavoro svolto da uno specialista, formato in un certo modo ed in base a certi parametri, sia di qualità superiore rispetto a quello di un *amateur* della disciplina. Di più, è strettamente necessario che solo uno specialista si possa occupare di questioni delicate come la salute degli individui o di contenziosi legali, giacché un non professionista del settore non è considerato capace di occuparsene e non saprebbe farlo nel rispetto di certe norme.

Per un verso le istanze del professionismo riprendono l'idea di artigiano rinascimentale, che sviluppa ed estrinseca la propria essenza umana nel "fare", mentre per quanto concerne lo stile di vita e lo status il professionista assume più i contorni dell'*amateur* aristocratico rinascimentale, che però non esercitava alcuna attività specialistica ed eseguiva una molteplicità di compiti tra loro anche molto differenti.

L'ideologia delle professioni è, nella teoria di Sarfatti-Larson, essenzialmente un'ideologia borghese dominante; nasce al suo interno, o meglio all'interno della società di mercato ("*market society*") che va dispiegandosi dopo la disgregazione dell'*ancien régime*. La proprietà di conoscenze teoriche e competenze pratiche è infatti appannaggio del singolo individuo agente nella hegeliana società civile. Diviene pertanto immorale non applicare queste conoscenze per il bene della collettività, ma l'ideale di servizio non può risolvere la contraddizione stridente tra monopolio della formazione e situazione di mercato: "il monopolio della formazione può dare un valore di scambio relativamente alto alla competenza che produce, indipendentemente dal mercato; permette, inoltre, la creazione di scarsità artificiale, per mezzo della quale la risorsa teoricamente inesauribile della conoscenza diviene socialmente finita" [Sarfatti-Larson 1977, 223].

L'ideologia professionale va di pari passo con i principi liberali ed utilitari per cui si dà, mediante il sistema formativo, la possibilità ad una massa di singoli individui di ascendere la scala sociale grazie a meriti individuali: coloro che monopolizzano certi settori lo fanno in virtù della loro conoscenza teorica e competenza tecnica e ciò costituisce un potente fattore di legittimazione della struttura di classe vigente.

Nella realtà dei fatti le cose sono però più complesse di come teorizzato dagli orientamenti classici e critici: le professioni contengono sia alcuni dei caratteri sottolineati dall'orientamento sociologico classico, che altri desumibili invece da quello critico. La loro identità è frutto di alcune istanze premoderne, così come di altre tipicamente capitalistico-moderne. È quindi ipotizzabile che alle sfumature ideologiche messe in risalto si affianchino alcuni principi non propriamente tipici della società di mercato. Per certo il fattore principale è rappresentato dal valore intrinseco riposto dal lavoratore professionale nel proprio lavoro, carattere tipico dell'artigianato rinascimentale.

La pratica lavorativa del professionista si distingue dalle altre perché questi non fornisce solo le proprie conoscenze teoriche e le competenze pratiche nel fornire il suo servizio: “egli dà se stesso. La sua intera personalità entra nel suo lavoro” [Marshall 1976, 104]. Dal momento che la scelta della professione è relativamente libera, i professionisti moderni tengono vivo il presupposto che il lavoro sia foriero di un valore intrinseco: il lavoro contiene un valore in sé che lo rende più di un mero mezzo di sostentamento.

Il lavoro, nell'ottica del professionalismo, assume i caratteri di una “fonte moderna di senso e di identità” [Freidson 2002b, 167]: è questo un ideale tipico dell'artigiano rinascimentale, che estrinseca la propria umanità nel lavoro, che non è un mezzo, bensì un fine in sé, mediante cui si oggettiva l'essenza umana. In tal senso la dimensione vocazionale supera quella imprenditoriale rivolta al mercato: “le due dimensioni, imprenditoriale e vocazionale, sono analiticamente distinte, ma sembrano fondersi nelle professioni della prima modernità” [Sarfatti-Larson 1977, 61].

Oltre all'aspetto artigianale, un'altra duplice serie di valori “anti-mercato” si sostanzia nel lavoro professionale: la combinazione dell'ideale di servizio universale con l'elemento vocazionale ed una concezione preindustriale dei legami sociali. Il primo elemento crea una dicotomia tra gli ideali del lavoro professionale rispetto al lavoro industriale del primo capitalismo, basato sulla vendita della propria forza lavoro, alienante in sommo grado e privo di un valore intrinseco, che causa una inesorabile perdita della dimensione artigianale del lavoro dell'*homo faber*. La visione preindustriale dei legami sociali legittima le rivendicazioni del professionista in qualità di galantuomo, la cui “etichetta” confluisce nell'etica professionale, che funge intrinsecamente da fattore di legittimazione delle disuguaglianze sociali e della struttura di classe, in ottemperanza alla latente ideologia della comunità professionale.

Le professioni moderne uniscono pertanto elementi in parte divergenti, figli di ideologie fatte di elementi antitetici: funzioni civilizzanti e orientamento di mercato, auto-protezione della società nei confronti del mercato e creazione di un mercato di servizi professionali, valori intrinseci ed estrinseci del lavoro. Per questa serie di fattori socio-culturali, il praticante assume la fisionomia di un “artigiano indipendente” dall’elevato status sociale e portatore di una conoscenza esoterica che lo circonda di un’aura quasi mistica e di fronte al quale colui che usufruisce dei servizi non può che riporre fiducia, in quanto individuo non esperto della materia. Le professioni nella prima modernità rivendicano perciò l’esercizio di un “monopolio della conoscenza” [Haug in Tousijn 1979, 138], che fornisce una completa autonomia nell’esercizio del proprio lavoro, rivendicata sulla base del presunto orientamento al servizio piuttosto che al profitto (modello “conoscenza-servizio-autonomia”).

1.5 Le origini teoriche del professionalismo come logica di divisione del lavoro

La visione del professionalismo come modalità particolare di conduzione ed organizzazione del lavoro, come abbiamo visto, si sviluppa nel periodo a cavallo tra la fine del XIX secolo e l’inizio del XX. È però negli anni Cinquanta, e più specificamente nello struttural-funzionalismo parsonsiano, che esso si consolida e trova ulteriori fondamenti teorici.

Talcott Parsons riprende la differenziazione classica tra attività professionale ed attività orientata al mercato e la articola enucleando i caratteri di una palese contrapposizione tra “commercialismo” e professionalismo, estrinsecantesi tanto nelle motivazioni all’azione, quanto sul piano istituzionale. Dal punto vista delle motivazioni, il punto è rintracciabile nel presunto altruismo di fondo che muoverebbe l’attività del professionista rispetto a quella delle attività “economiche”, mosse da egoismo ed orientate al profitto e all’interesse personale.

Ma questo non esaurisce la questione della distinzione: è d’uopo andare oltre ed identificare le specificità dei termini in questione dal punto di vista istituzionale. Vi sono in entrambi i casi elementi disinteressati - quali la devozione spontanea al buon lavoro e l’accettazione di modelli morali che regolano il rispetto reciproco dei diritti altrui - ed elementi di carattere egoistico, come il riconoscimento sociale e la volontà di acquisire un posto elevato nella sfera lavorativa, identificabile attraverso vari “simboli sociali” come reddito, prestigio, potere e fama.

Il padre dello struttural-funzionalismo identifica così le specificità delle professioni e degli affari: “l’importanza della razionalità nelle moderne professioni in genere, ma specialmente in quelle fondamentali connesse con lo sviluppo e l’applicazione della scienza, serve a sottolineare il ruolo nella società considerata nel suo insieme” [Parsons 1956, 19].

Nell’ambito delle professioni è centrale la “competenza tecnica funzionalmente specifica”, concetto comprendente in sé l’autorità fondata sullo specialismo funzionale; il soggetto che si pone dinanzi al professionista è visto da quest’ultimo come un “caso” da trattare e gli obiettivi perseguiti sono rintracciabili sia nell’efficacia di una terapia, oggettivantesi nel miglioramento delle condizioni di un paziente o nella sua guarigione, che negli eventuali riconoscimenti in termini di estensione delle attività, incremento del reddito, incarichi di prestigio *etc.*

La specificità funzionale del contesto prettamente affaristico trova invece riscontro nei rapporti di tipo contrattuale: le relazioni si articolano in termini commerciali, l’altro è visto come un acquirente ed il successo è dato dal consolidamento e dalla crescita della propria attività e dal raggiungimento di una buona reputazione nel settore specifico. All’interno di una realtà burocratica, la specificità è invece data dalle mansioni cui sono adibiti i ruoli lavorativi corrispondenti ai vari uffici; l’altro è visto come sottoposto o come superiore.

Più recentemente Eliot Freidson, riprendendo in parte la distinzione classica tra professioni, commercio/industria e burocrazia, teorizza l’esistenza di tre logiche di divisione del lavoro e di organizzazione della pratica lavorativa. La divisione del lavoro viene definita come “struttura delle relazioni sociali in base alla quale viene organizzato e coordinato il lavoro di specializzazioni o professioni interrelate” [Freidson 2002b, 77].

Nella divisione del lavoro controllata dal mercato la struttura ed il contenuto del lavoro sono regolati dalla concorrenza nel mercato del lavoro, cui sono sottese l’allocazione delle risorse e la determinazione dei compensi degli individui. L’ideologia di fondo è quella del consumismo, in base alla quale il lavoro è un mezzo per ottenere risorse di tipo economico. Il riferimento teorico precipuo è quello del “generalismo populista”, secondo cui i soggetti sono in media dotati del raziocinio e delle conoscenze atte ad operare scelte di carattere politico ed economico senza ricorrere a specialisti.

La divisione del lavoro controllata burocraticamente prevede che il contenuto e la ripartizione del lavoro sia stabilito dalla dirigenza. L’organizzazione idealtipica all’interno della quale si enucleano i principi burocratici è di tipo piramidale-verticistico

e soggetta all'autorità ultima di un unico agente: ne sono esempi le aziende semi-pubbliche che gestiscono la fornitura di servizi come l'erogazione di acqua e l'elettricità e le ex economie pianificate dell'Europa orientale. In quest'ottica il lavoro diventa *in primis* un mezzo per conservare un posto e per realizzare un progetto produttivo di vaste dimensioni, irraggiungibile senza il coordinamento di un vertice. Il fondamento è nel “generalismo d'élite”, per cui un gruppo ben delineato di individui rivendica una forma di conoscenza piuttosto generica ma superiore alla specializzazione.

La divisione del lavoro controllata professionalmente prevede che le specializzazioni vengano definite in forma di professioni specifiche, in cui solo i membri ad esse appartenenti hanno il diritto esclusivo di ottemperare alle funzioni relate. Il contesto in cui si articola questa forma di divisione del lavoro è il mercato strutturato in base alle professioni; in questa prospettiva, il lavoro diviene un presupposto di carattere identitario ed una fonte di senso. La base ideologica è quella del servizio indipendente, nel quale un'istruzione di livello avanzato forma delle competenze che vanno oltre la semplice specializzazione delle funzioni: essa permette infatti di unire la profonda competenza del tecnico con quella vasta, ma appiattita, del generalista.

Il professionalismo rappresenta in tal modo una “terza logica”, dopo quella della burocrazia e del mercato, che identifica le “circostanze istituzionali” in cui la pratica lavorativa ed i suoi contenuti sono controllate dai rappresentanti delle professioni piuttosto che da dirigenti o consumatori. A livello idealtipico, il professionalismo presenta delle costanti istituzionali e delle condizioni storico-temporali mutevoli. Le costanti istituzionali sono individuate nel lavoro specializzato, fondato su competenze e conoscenze discrezionali, all'interno di un sistema economico e nella giurisdizione esclusiva su una particolare divisione del lavoro creata e controllata attraverso la negoziazione professionale. Ad esse si aggiungono poi una posizione protetta nei mercati del lavoro, un programma formativo ufficialmente riconosciuto ed una ideologia della qualità piuttosto che dell'efficienza economica. L'organizzazione e la gestione politica degli enti pubblici e quella delle professioni organizzate rappresentano invece delle variabili che possono mutare a seconda delle condizioni spazio-temporali.

L'organizzazione della divisione del lavoro controllata professionalmente è dunque frutto di negoziazioni e di ben determinate dinamiche di tipo istituzionale, di battaglie politiche per il riconoscimento ufficiale e di negoziazioni che si succedono nel tempo. Essa presenta una struttura verticale dai contorni maggiormente definiti ed è meno

flessibile al cambiamento rispetto a quella di una divisione del lavoro figlia del libero scambio tra lavoratori e consumatori.

In regime di divisione del lavoro governata dalla terza logica, sono le professioni organizzate ad esercitare un controllo diretto sul lavoro, anziché i manager o i consumatori, giacché: *“la libertà di valutare e scegliere gli obiettivi del proprio lavoro è ciò che anima le istituzioni della terza logica; essa esprime l’anima vera del professionalismo. L’ideologia del professionalismo sostiene soprattutto la devozione all’uso di una conoscenza e competenza disciplinate e finalizzate al bene pubblico”* [ivi, 312. Corsivo mio]. Il sistema è orientato a produrre gruppi di persone che presentano forme mentali e modi di approcciarsi ai molteplici casi lavorativi che gli si presentano in modo simile. Tali soggetti sono socializzati al medesimo patrimonio conoscitivo, con il quale si identificano e che crea un differenziale con le altre discipline.

Il professionalismo forgia un ambiente sociale tendenzialmente chiuso e selettivo rispetto a coloro che non sono socializzati al medesimo insieme di conoscenze teoriche e pratiche di carattere esoterico. Il monopolio esercitato dalla professione organizzata si traduce così in forme di chiusura sociale, credenzialismo formativo ed un tendenziale elitarismo degli “iniziati” ai misteri della disciplina specialistica. In tal senso, gli appartenenti ad una professione costituiscono dei moderni sacerdoti, che creano una forte differenziazione con i “profani” [Hughes, 1964]: i professionisti sono socializzati non solo a certe nozioni teoriche e modalità di trattamento del caso pratico, ma anche ad una certa cultura professionale, ad una forma mentale che travalica il mondo sociale del lavoro e che caratterizza la loro intera vita.

La conoscenza di una “dottrina professionale” è qualcosa di più complesso dell’assimilazione di conoscenze formali: costituisce altresì una “combinazione di sapere intellettuale e pratico” [Wilensky, cit. in Tousijn 1979, 132]. Fa infatti parte della cultura professionale una certa misura di conoscenza “tacita”, non tramandata formalmente dal sistema formativo, ma appresa sul campo nell’esperienza quotidiana. È anche per questa ragione che un’atmosfera di mistero circonda il mondo delle professioni, che richiama in piccola parte istanze tipiche della stregoneria delle tribù primitive: i principi teorici della disciplina e le conoscenze tacite si uniscono nel rendere necessario un lungo periodo di formazione e nel convincere il pubblico del “mistero che avvolge il mestiere”.

Tabella 3. Le tre logiche di divisione del lavoro

| | <i>Divisione del lavoro controllata dal mercato</i> | <i>Divisione del lavoro controllata burocraticamente</i> | <i>Divisione del lavoro controllata professionalmente</i> |
|---|--|---|---|
| <i>Basi della struttura e della organizzazione del lavoro</i> | Concorrenza nel mercato del lavoro | Dirigenza/ <i>management</i> | Professioni organizzate |
| <i>Tipo di mercato</i> | Libero | Burocratico | Professionale |
| <i>Entità sociali centrali</i> | Consumatore sovrano nell'allocazione delle risorse | Organizzazione piramidale soggetta all'autorità ultima di un unico agente | Mercato strutturato in base alle professioni |
| <i>Ideologia</i> | Consumismo | Managerialismo | Professionalismo |
| <i>Concetto di lavoro</i> | Mezzo per ottenere un guadagno | Mezzo per conservare un posto e per realizzare un progetto produttivo | Fonte moderna di senso e di identità |
| <i>Fondamento teorico</i> | “Generalismo populista”: la popolazione è dotata in media del raziocinio e delle conoscenze atte ad operare scelte senza ricorrere a specialisti | “Generalismo d'élite”: rivendica la propria autorità in base ad una “conoscenza generica superiore alla specializzazione” [Freidson 2002b, 178] | Istruzione generale di livello avanzato. Unisce la competenza del tecnico con quella del generalista. Ideologia professionale del servizio indipendente |

A livello idealtipico, la burocrazia palesa un carattere divergente rispetto al professionalismo, dal momento che il suo obiettivo è quello di ridurre quanto possibile l'esercizio della discrezionalità nell'esercizio del proprio compito in modo tale da massimizzare la standardizzazione dei prodotti, e quindi la loro predicibilità e l'affidabilità dei servizi e dei prodotti forniti. Oppone una marcata eteronomia all'autonomia tipica del professionalismo.

La divisione del lavoro orientata dal mercato è invece diretta filiazione della “forza dell'economicismo”, la quale deriva dalla convergenza dei due movimenti, separati ma paralleli, del neo-conservatorismo e del neo-liberismo. Il primo “denigra la capacità dello Stato di occuparsi efficacemente di problemi sociali quali sanità, benessere, istruzione, qualità della vita, ed enfatizza, al contrario, l'esito fruttuoso dei tentativi condotti dai singoli e dalle autorità locali di gestire i propri affari quando siano liberi dall'interferenza dello Stato” [Freidson 2002b, 274]. Il secondo, un'ideologia politica strettamente legata alla teoria economica neo-liberista, sostiene il libero mercato come

la sola forma di regolazione economica capace di produrre forte miglioramento sociale ed autentico progresso.

Sulla base di tale impostazione teorica, il professionalismo sfida il movimento dei consumatori, in quanto implicitamente sostiene che le persone comuni (i “profani”) non possono effettuare tutte le proprie scelte in modo del tutto consapevole se non affidandosi al giudizio degli specialisti. Sostiene inoltre l’esigenza di esercitare un forte controllo, finanche un monopolio, sul proprio mercato di riferimento, sfidando in tal modo il managerialismo, poiché rivendica capacità di autogestione ed il dovere del lavoratore professionale di esercitare una forte discrezionalità. Nella visione di Freidson, il managerialismo ed il consumerismo non minacciano tanto l’etica della pratica del professionalismo, che riguarda i problemi lavorativi che si pongono dinanzi al singolo professionista, quanto piuttosto la sua etica istituzionale, che comprende le circostanze economiche, politiche e sociali con cui il lavoratore deve misurarsi.

1.6 L’intreccio delle logiche: professionalismo occupazionale e professionalismo organizzativo

Alcuni degli sviluppi più recenti della sociologia delle professioni denotano da un lato una interessante linea di continuità rispetto alla teoria classica; dall’altro, attingendo dagli studi organizzativi, ripropongono molti dei presupposti già evidenziati dalla teoria di Freidson. Uno degli spunti maggiormente rilevanti è la distinzione tra “professionalismo occupazionale” (*occupational professionalism*) e “professionalismo organizzativo” (*organizational professionalism*) proposto dalla sociologa inglese Julia Evetts.

Il professionalismo come valore occupazionale trae origine dalla teoria tradizionale vista sopra: *de facto* designa, sulla linea tracciata dalla teoria classica e ripresa da Freidson, un approccio “altro” rispetto a quello del mercato e della burocrazia in relazione al controllo e all’organizzazione del lavoro. Questo concetto è fondato sulla condivisione di una identità lavorativa di gruppo e su di un’autorità collegiale riconosciuta, che individua e stabilisce gli standard delle prestazioni professionali. L’enfasi è posta sui valori comuni e sulla condivisione di una medesima identità professionale legata a precise credenziali formative ed ufficializzata da titoli abilitanti. I rapporti professionali sono in tal caso di tipo collegiale-cooperativo ed il professionista esercita un elevato livello di discrezionalità nella gestione del proprio lavoro e

nell'interfacciarsi con gli utenti. Le relazioni tra colleghi da un lato e tra professionisti e clienti dall'altro sono di carattere fiduciario, anche a motivo del controllo esercitato dalle istituzioni e dalle associazioni di categoria, che si fanno portatrici del canone deontologico. Questo modello affonda le proprie radici nei tratti del professionismo del XIX secolo sopra delineati, quando in particolare figure quali medici ed avvocati erano visti come "gentiluomini indipendenti", la fiducia nei quali era motivata sulla base della loro esperienza all'interno di una comunità di clienti appartenenti alle sole classi medio-alte: questa eredità ha costituito il modello verso cui si sono orientati molti gruppi professionali nel corso del XX secolo.

Il professionalismo organizzativo è ormai sempre più diffuso nelle organizzazioni complesse e costituisce una vera e propria "pratica discorsiva" utilizzata dai manager; rimanda a forme di autorità legale-razionale in realtà di natura burocratica, strutturate in modo gerarchico e soggette a procedure di lavoro standardizzato. La prospettiva dominante è quella del managerialismo, che implica forme esternalizzate di regolazione, individuazione degli obiettivi *ex ante* e costante monitoraggio delle pratiche lavorative e dei loro costi. Sembra insomma che "il professionalismo non sia più una distintiva 'terza logica', dal momento che il suo esercizio è ora definito dal punto di vista organizzativo e include le logiche dell'organizzazione e del mercato, del managerialismo e della commercializzazione" [Evetts 2010, 3]. Quello organizzativo assume i contorni di un professionalismo "dall'alto", nella misura in cui contempla la primazia degli obiettivi organizzativi sul controllo del proprio lavoro, che ribalta uno dei cardini del professionalismo come valore occupazionale o la sua stessa "anima", nei termini di Freidson. Ciò comporta, del resto, anche la limitazione del principio nell'esercizio discrezionale del proprio lavoro e dell'etica di servizio.

Tabella 4. Professionalismo come valore occupazionale e come valore organizzativo

| <i>Professionalismo organizzativo</i> | <i>Professionalismo occupazionale</i> |
|---|--|
| Pratica discorsiva utilizzata dai manager nelle organizzazioni | Discorso costruito all'interno dei gruppi professionali |
| Forme di autorità legali-razionali | Autorità collegiale |
| Procedure di lavoro standardizzate | Discrezione e controllo occupazionale del lavoro |
| Strutture gerarchiche di responsabilità e di <i>decision-making</i> | Fiducia nei professionisti da parte di utenti e datori di lavoro |
| Managerialismo | Autonomia del professionista |
| <i>Accountability</i> e forme esternalizzate di controllo, fissazione degli obiettivi e controllo delle performance | Etica professionale monitorata da istituzioni e associazioni |
| Modello weberiano di organizzazione | Modello durkheimiano di comunità occupazionale |

Il professionalismo diviene così “mito”: la realtà pare essere altresì la sostituzione dei valori propri della professione con quelli organizzativi, che sono imposti una forte riproposizione dell'ideologia liberista come precipuo riferimento nella gestione dell'organizzazione del lavoro nelle strutture complesse. Il discorso del professionalismo viene “ricostruito ed utilizzato come strumento di controllo nelle organizzazioni ove i professionisti sono impiegati con la finalità di razionalizzare, riorganizzare, contenere e controllare il lavoro ed i professionisti stessi” [Evetts 2010, 7]. Ciò si manifesta, all'interno delle organizzazioni, in particolare quelle di servizi pubblici, nell'utilizzo di nuove tecniche organizzative (su tutte il *New Public Management*), che hanno notevoli implicazioni sul discorso professionale e che rendono cogente una riconsiderazione del rapporto tra organizzazioni e professioni e tra istituzioni e professioni. L'enfasi viene posta sulla *governance* delle organizzazioni, sulla negoziazione tra il numero sempre più rilevante di interessi che le contraddistingue e sulla creazione dei professionisti stessi come manager. Ciò rende più complesso il tema del professionalismo, che assume una forma di tipo ibrido, figlia dell'intreccio tra logiche professionali e logiche organizzative.

Le dinamiche dei processi economici, tecnologici, culturali e politici della società post-industriale mettono in crisi le classiche strategie di chiusura sociale delle professioni ordinistiche. Il “discorso dell'impresa” impone anche ad ambiti pubblici *par excellence* come la sanità e l'istruzione il linguaggio della qualità, quello della cura e del soddisfacimento del cliente-consumatore, dell'*empowerment* personale in vista degli obiettivi organizzativi.

L'aziendalizzazione dei servizi pubblici causa anche un mutamento culturale all'interno delle organizzazioni, diffondendo l'istanza individualistica della *performance*, del raggiungimento dei risultati attesi e degli obiettivi stabiliti dalla dirigenza, che innesca anche complesse dinamiche competitive tra lavoratori professionisti, ad esempio la concorrenza tra medici ed infermieri nella rivendicazione dei posti dirigenziali creatasi nel sistema sanitario danese negli anni Novanta [Kirkpatrick *et al.*, 2011].

La cosiddetta "razionalizzazione" impone una logica efficientista all'interno delle organizzazioni di servizi di interesse pubblico e solleva una serie di sfide all'etica professionale classica, andando ad intaccare l'*ethos* e l'autonomia dei professionisti, nonché la fiducia in essi riposta da coloro che usufruiscono delle loro prestazioni [Giannini 2003]. Ciò non significa che il professionalismo occupazionale sia ormai un elemento anacronistico e che quello organizzativo lo stia scalzando del tutto: la forma occupazionale delle categorie professionali "classiche" (come gli avvocati) diviene anzi il modello e la base per la richiesta di riconoscimento ufficiale da parte delle "nuove professioni" e delle categorie professionali di più recente origine. Il professionalismo come valore organizzativo, pertanto, presenta elementi di continuità rispetto al professionalismo come valore occupazionale e pone le basi per nuovo professionalismo figlio di un intreccio tra professione ed organizzazione.

Tabella 5. Elementi di novità e di continuità del professionalismo organizzativo rispetto al professionalismo occupazionale [Evetts 2010; 2011a]

| <i>Elementi di novità</i> | <i>Elementi di continuità</i> |
|---|---|
| <i>Governance</i> | Autorità |
| <i>Management</i> | Legittimità |
| Forme esterne di regolazione | Prestigio, status, potere |
| Obiettivi ed indicatori di <i>performance</i> | Competenza, conoscenza |
| Standardizzazione del lavoro e monitoraggio finanziario | Discrezione nel trattare casi complessi, rispetto, fiducia |
| Competizione, individualismo, stratificazione | Relazioni collegiali e competizione giurisdizionale |
| Monitoraggio organizzativo delle priorità di lavoro | Differenze di genere nella carriera e nelle strategie |
| Gamma di possibili soluzioni/procedure di lavoro definite dall'organizzazione | Procedure e soluzioni discusse ed accordate all'interno di squadre di specialisti |

Quella del professionalismo organizzativo costituisce la precipua sfida al professionalismo occupazionale: “gli obiettivi organizzativi regolano e rimpiazzano il controllo occupazionale della relazione professionista-cliente, limitando l’esercizio discrezionale delle decisioni e l’etica professionale e di servizio” [Evetts 2011b, 13]. Il managerialismo sostituisce per certi versi la fiducia del professionalismo classico con gli indicatori di efficienza ed efficacia utilizzati nel monitoraggio e nella valutazione dei risultati delle organizzazioni lavorative.

Va sempre più imponendosi un modello di professionalismo “dall’alto”, utilizzato in qualità di strumento ideologico e meccanismo per promuovere il mutamento occupazionale: le competenze manageriali divengono sempre più importanti per i lavoratori professionali. Ciò potrà generare peraltro traiettorie di carriera eterogenee e percorsi di vita meno regolarmente scanditi, nonché nuovi tipi di stratificazione professionale. Questo discorso è funzionale a convincere professionisti, impiegati ed altri lavoratori a pensare e comportarsi secondo modalità che le istituzioni ritengono essere giuste, appropriate, efficaci ed efficienti: il significato del professionalismo non è quindi fisso, ma necessita di essere ricontestualizzato a livello storico-sociale. Le riforme in senso aziendalista della sanità pongono la professione medica proprio di fronte alla sfida del professionalismo organizzativo.

CAPITOLO SECONDO. MEDICINA, SISTEMI SANITARI E CAPITALISMO DEL BENESSERE

Il capitolo si concentra sulla relazione tra professione medica, sistemi sanitari e *welfare state* novecentesco. Viene prima affrontato il tema della professione in generale: le sue caratteristiche idealtipiche, il processo di socializzazione professionale e le letture date dalle principali scuole di pensiero della seconda metà del XX secolo: struttural-funzionalismo ed orientamento interazionista. In particolare, ci si sofferma sull'evoluzione del concetto di professionista medico a partire da Talcott Parsons per arrivare ad Eliot Freidson. In seguito si contestualizza la professione medica nella modernità, definendone i presupposti teorici del paradigma scientifico sottostante, i caratteri e le dimensioni della dominanza, le divisioni interne alla professione ed infine le istanze che mettono in crisi la posizione di preminenza acquisita nel tempo all'interno del settore sanitario. Dopo aver tratteggiato il legame esistente tra stato sociale keynesiano e sistemi sanitari occidentali, si espone brevemente l'evoluzione storica che ha portato dall'epoca d'oro del "capitalismo del benessere" [Esping-Andersen 2000] e della dominanza medica alla crisi del *welfare state* ed alle forti influenze da essa esercitate sul professionalismo in generale e su quello medico in particolare. In conclusione si evidenziano le molteplici "sfide" [Giarelli 2003] che questi macro-mutamenti hanno posto ai sistemi sanitari occidentali e si delineano le tendenze generali delle riforme messe in atto dagli Stati nazione per fronteggiare il rinnovato contesto socio-economico e culturale.

2.1 La professione medica

La sanità è uno degli ambiti in cui il ruolo delle professioni organizzate si è mostrato in modo più pervasivo, tanto da essere definito come il "più professionalizzato della nostra società" [Freidson 2002a, 111], in particolare per quanto attiene la figura che vi ricopre una posizione centrale, quella medica. Questa si caratterizza per aver acquisito, attraverso un percorso formativo ben strutturato, un'autorità professionale quasi totale nella diagnosi e nella cura della malattia. Ciò è frutto di una competenza specialistica di portata tale da non poter essere valutata dal cliente, che è necessariamente indotto a riporre un certo grado di fiducia nei confronti del professionista. Quest'ultimo si riconosce ed appartiene ad una comunità professionale, che a sua volta implica la

rivendicazione del privilegio che consente di essere giudicato dai propri pari (i colleghi) anziché dal mercato o dagli stessi pazienti.

Il professionista medico rappresenta il custode di una condizione cui è riconosciuto un valore assoluto: la salute delle persone. Egli è in possesso di un'autorità diagnostica, detenuta in molte società premoderne da figure carismatiche che la ereditavano come dono divino, mentre nella società moderna il suo possesso viene subordinato a certe conoscenze e capacità maturate all'interno di un determinato percorso universitario di tipo formale. L'ambito della medicina viene coinvolto nella temperie del razionalismo occidentale moderno [Schluchter 1987], per effetto del quale la "illuminazione carismatica della ragione" [Weber 1995, 327] coinvolge gradualmente tutte le sfere di vita e le rende dipendenti da una razionalità di tipo formale: il paradigma della medicina diviene ambito scientifico per eccellenza ed il presupposto per esercitare la professione diviene l'acquisizione formale di conoscenze teoriche.

Con l'avvento della modernità il medico eredita in un certo qual modo il ruolo ricoperto dal guaritore nelle società antiche, mantenendo una parte di quel "carattere sacerdotale" che era appannaggio di figure come gli stregoni, l'esistenza dei quali è in buona parte legittimata dalla suggestione². Egli incarna per questo aspetto il carisma del taumaturgo e del sacerdote, nella misura in cui tale concetto esprime weberianamente la capacità di una persona di esercitare un'influenza sugli altri e di far valere la propria volontà presso di essi [Cavalli 1981].

La differenza fondamentale tra la medicina e le professioni classiche, come il ministero ecclesiastico o l'avvocatura, risiede nel fatto che la prima ha sviluppato nel tempo una connessione sistematica con la scienza e la tecnologia. Poiché in certe condizioni storico-sociali il metodo scientifico diviene sinonimo di obiettività, "è per mezzo dei suoi criteri che l'apprendistato tecnico fornito dalle università prende il posto dell'iniziazione, dell'ascrizione o del carisma" [Jamous e Peloille in Tousijn 1979, 206-7].

Secondo l'impostazione funzionalista, nel ruolo del medico si estrinseca quel particolare meccanismo messo in atto dal sistema sociale per far fronte alle malattie dei suoi componenti, che trova la sua *ratio* profonda nel perseguimento e nel mantenimento della salute degli attori. La malattia costituisce infatti una condizione altamente dannosa nella società moderna, in quanto rappresenta uno "stato di turbamento nel

² Cfr. Freidson 1970; Merton 2006; Thomas 2007.

funzionamento normale dell'individuo umano nel suo complesso" [Parsons 1965, 440], che impedisce agli attori di ricoprire adeguatamente i loro ruoli all'interno del sistema sociale. Preservare la società da essa è un compito di cruciale importanza, poiché è finalizzato ad evitare ciò che risulta essere disfunzionale in sommo grado, la morte:

Da diversi punti di vista la nascita e l'allevamento del bambino rappresentano un 'costo' per la società, attraverso la gravidanza, la cura dell'infante, la socializzazione, l'addestramento formale e diversi altri canali. Una morte prematura, prima che l'individuo abbia avuto la possibilità di svolgere la sua quota completa di ruoli sociali, significa che il suo costo è stato 'rimborsato' soltanto in parte [Parsons 1965, 439].

L'istituzionalizzazione dei ruoli garantisce l'efficace svolgimento degli stessi, che fungono pertanto da meccanismo di controllo sociale e di contenimento della deviazione dalla norma: il ruolo del dottore trova la sua significanza funzionale nel criterio universalistico in base a cui ha ottenuto le credenziali formative ufficiali per esercitare, nella neutralità affettiva mediante cui persegue le finalità della professione, nella specificità funzionale che separa il contesto della pratica da quello delle altre sfere di vita e nell'orientamento alla collettività piuttosto che all'*ego*.

Il quadro generale delineato da questo approccio teorico, in linea con la concezione classica delle professioni visto in precedenza, è quello di una "separazione netta dal mercato", che trova il suo fondamento nel principio per cui l'ideologia della professione impone al medico di agire in prima istanza per perseguire il benessere del paziente ed etichetta "l'elemento commerciale" come in assoluto negativo e fuorviante rispetto ad esso. Quello medico è un ruolo che implica una molteplicità di aspettative: svolgere la propria attività sulla base di capacità specifiche, raggiungere livelli scientifici generalmente riconosciuti, affrontare le problematiche che si presentano in modo oggettivo ed imparziale ed anteporre il benessere del paziente ai propri interessi personali.

La prospettiva emersa dagli anni Settanta è contraddistinta da un approccio maggiormente critico nei confronti della professione medica. Eliot Freidson, uno dei maggiori esponenti di questa corrente di pensiero, rivede ed integra le caratteristiche idealtipiche teorizzate da Parsons relativamente alla professione medica, aggiungendo *in primis* quella della responsabilità personale, che viene messa in atto mediante il meccanismo del controllo dei pari, il quale può portare in circostanze specifiche al

boicottaggio e quindi alla perdita di credibilità del professionista che non si attenga a determinati standard deontologici di prestazione.

In secondo luogo, Freidson si sofferma sulla natura e l'obiettivo del lavoro medico, che è rappresentato dalla risoluzione di problemi concreti e, di conseguenza, può talvolta implicare la necessità di agire anche in assenza di fondamenti scientifici, giacché la medicina è una disciplina di carattere altamente pragmatico, finalizzata a risolvere in modo concreto problemi eminentemente pratici [Freidson 1970, 13]. In sintesi, per Freidson la medicina è orientata espressamente all'intervento pratico a prescindere dal *corpus* di conoscenze teoriche che ne costituisce la base e che ha la funzione di indicare le linee entro cui mantenersi nell'effettuare l'intervento. Questa si occupa di problemi dei singoli individui, e non di gruppi o di unità statistiche, quindi la probabilità può solo aiutare ad indirizzare il medico nella diagnosi, ma non fornire prescrizioni relative all'azione da intraprendere a livello concreto.

In terzo luogo, operando in tal caso un ribaltamento vero e proprio rispetto a quanto affermato da Parsons, Freidson sostiene che l'orientamento del medico sia di ordine particolaristico e non universalistico, poiché richiede l'applicazione pratica di conoscenze tecniche a casi singoli particolari. Infine, il medico fa uso di una razionalità di tipo tecnico-clinico, la quale, a differenza di quella scientifica, non è finalizzata ad individuare principi generali ed astratti, bensì costituisce uno strumento che ha lo scopo di cogliere i legami tra ciò che è percepito e ciò che è ipotizzato di conseguenza.

In questa visione, la dimensione motivazionale è data dall'unione di istanze prettamente valoriali ed altre di tipo strumentale, in quanto comprende non solo la volontà di lavorare a contatto con le persone e di essere loro utili, ma implica anche determinanti economiche e di prestigio sociale. A ciò si aggiunge la possibilità di autodeterminazione e di essere indipendenti, figlia quest'ultima dell'ideologia piccolo-imprenditoriale indotta dall'esercizio di una professione indipendente. In definitiva, il professionista unisce la collocazione lavorativa ad una certa posizione nella stratificazione sociale e all'interno dell'organizzazione in cui presta servizio. Vige così una tensione latente tra il desiderio di aiutare il prossimo e quello di perseguire ricchezza e prestigio, tra l'elemento ideale e quello pragmatico: il professionismo unisce alcuni ideali di base con altre istanze che in un certo senso ne alterano l'essenza.

La professione medica ha poi l'enorme potere di influenzare in modo determinante la definizione ed il concetto di malattia, di modo che problemi un tempo definiti come tali dal punto di vista religioso, economico e personale cadono sotto il controllo della

medicina in quanto scienza. Non appena una condizione è identificata come malattia, viene ricondotta nella “giurisdizione” delle istituzioni mediche, che esercitano un’enorme influenza anche in termini di pianificazione dei servizi sanitari e loro finanziamento. In questo senso, la categoria professionale si rende portatrice anche di una discreta capacità di influenza a livello politico e decisionale.

L’attività medica contribuisce in modo decisivo alla creazione di nuove regole che identificano e definiscono la devianza: per tale ragione il medico assume i tratti di un “imprenditore morale” [Freidson 2002a], in quanto definisce la malattia e la individua come qualcosa da contenere e sradicare. In ciò si trova anche ad “etichettare” pratiche e costumi un tempo stigmatizzati dalla religione istituzionale, comportamenti che per l’uomo della strada sono normali o non patologici, di cui un esempio lampante è l’alcolismo, che da peccato e perversione morale diviene un problema medico e sociale di dipendenza. Furono l’organizzazione universitaria medievale e le gilde a conferire una precisa “identità pubblica” ai medici e a stabilire la loro posizione in relazione alle altre occupazioni. Per garantire loro il monopolio sulla cura era però necessario sviluppare un capitale sociale di fiducia diffusa, che non poteva esser dato né dall’università, né dalle gilde, poiché i servizi professionali dei medici erano rivolti solo ad una ristretta *élite* fatta di nobili e di persone benestanti. Per quanto attiene alla relazione medico-paziente, essa palesa per Freidson un carattere “intrinsecamente problematico”, in quanto si configura come altamente asimmetrica tra un esperto e un profano, tra chi è portatore di un determinato sapere e chi no.

La socializzazione cui sono sottoposti i medici struttura la loro identità di professionisti del settore, distanziandoli in modo netto dai “profani” (*laymen*). L’identità professionale è data dalla natura dei compiti cui gli attori sono preposti, la concezione del ruolo, le prospettive di carriera e l’immagine di sé maturata [Hughes 1958]. Essa rappresenta dunque un processo di auto ed etero-riconoscimento, giacché è di fatto un’immagine di sé figlia della continua interazione tra l’*ego* e gli altri: “i dottori non sono solo individui e nemmeno solo donne o uomini, ma professionisti che sono costituiti soggettivamente dal loro coinvolgimento nella pratica professionale, appartenendo ed identificandosi con la professione” [Salling-Olesen 2006, 3].

L’identità è il risultato di un duplice processo: biografico e relazionale. Come processo biografico, individua la costruzione in dimensione diacronica dell’identità in base alle categorie fornite dalle istituzioni e dalle agenzie di socializzazione (famiglia, scuola, mercato del lavoro, organizzazione di appartenenza *etc.*). Come processo

relazionale, l'identità costituisce il riconoscimento ed in parte anche il riflesso di saperi, competenze ed immagini di sé espresse dagli individui appartenenti a sistemi di azione spazialmente e temporalmente delimitati [Dubar 2004]. Essa rappresenta lo “sforzo soggettivo” di interiorizzazione di conoscenze teoriche e di competenze tecniche atte ad ottemperare ai compiti che fanno parte della categoria professionale di riferimento.

Fra i tratti fondamentali dell'identità professionale medica sono enumerabili la vocazione e l'interesse scientifico di base, la predisposizione ad aiutare il prossimo e a rendersi utili alla società, il movente economico ed il raggiungimento di un certo prestigio sociale. Queste individuano le principali ragioni che inducono ad intraprendere gli studi e la professione medica in generale [Speranza 2008], il cui peso può chiaramente variare di caso in caso. Ma l'identità professionale non è solo recepita dalla sfera del lavoro e dell'organizzazione di appartenenza, ma è “anche e soprattutto una proiezione di sé nell'avvenire, l'anticipazione di una traiettoria d'impiego” [Dubar 1998, 121], che implica un coinvolgimento intimo nell'attività e anche l'esperienza della stratificazione sociale (nei termini di differente grado di accessibilità alle risorse sociali).

Nella sua costruzione è di basilare importanza il ruolo delle istituzioni formative e delle scuole mediche, che sono adibite alla diffusione dei valori e delle norme di comportamento tra gli studenti di medicina, i quali sono funzionali a creare una vera e propria cultura medica [Becker *et al.*, 1992]. In conseguenza di ciò, l'identità professionale non è mai data una volta per tutte, ma è di continuo messa alla prova da cambiamenti che coinvolgono l'organizzazione del lavoro e la gestione politica dei settori nella quale sono coinvolti. I processi di mutamento delle organizzazioni influiscono dunque sulle esperienze e sui vissuti soggettivi che coinvolgono i professionisti.

2.2 Medicina e modernità

La medicina moderna viene sostenuta e legittimata da un preciso “paradigma” scientifico, identificabile con il modello biomedico, che individua una modalità interpretativa centrata sull'attività medico-professionale e, nello specifico, sul “rapporto tecnico-operativo tra medico e paziente” [Collicelli 2011, 11]. Il suo fondamento filosofico risiede nella distinzione cartesiana tra *res cogitans* e *res extensa*, mentre dal punto di vista prettamente scientifico vige una concezione tipicamente ottocentesca:

separazione netta tra soggetto della conoscenza ed oggetto da conoscere, prospettiva analitica e quantitativa.

La concezione del legame tra patologia e specifiche lesioni organiche viene pensata essere di carattere monocausale, dato che il corpo è definito come una macchina composta da varie parti che si integrano in un tutto armonico, un malfunzionamento del quale individua la condizione di malattia. Secondo questo modello, la malattia viene in un certo qual modo reificata, giacché assume le caratteristiche di una “cosa”, di un attacco al corpo portato dall'esterno, qualcosa di indesiderato che può esser estirpato dal sistema nel quale si intromette o, in alternativa, costituisce qualcosa che proviene dall'interno come retaggio genetico. L'individuo preposto a combattere una tale fenomenologia è lo specialista medico, che conosce alla perfezione il funzionamento delle singole parti del corpo ed è capace, agendo solo sull'organo malato e non sul paziente in generale, di rimetterlo in funzione.

Sussiste un “riduzionismo biologico” di fondo, in base al quale la malattia non può mai trovare riscontro in motivazioni di tipo sociale e psicologico, ma viene ricondotta sempre ad un'unica e ben identificabile causa: il compito di rinvenire le sue origini e di ristabilire la condizione di salute è proprio appannaggio della scienza medica e del suo paradigma. La causa è quindi sempre riportata ad aspetti fisiologici, chimici e fisici, mentre i fattori di carattere psicologico, sociale e culturale sono lasciati in secondo piano; questo paradigma “ci descrive con sufficiente precisione la malattia vista dal medico ma non ci aiuta sempre a comprendere la malattia vista dal soggetto malato” [Colombo, in Bucchi e Neresini 2001, 149].

Per questa ragione, e anche avendo i medici prevalso sugli stregoni e i guaritori, l'importanza della medicina viene portata alle estreme conseguenze nel contesto moderno e giunge a convogliare su di sé “attese salvifiche”, che conducono all'ingenua illusione che malattia, infermità e persino morte possano essere padroneggiate e controllate dall'essere umano. Quest'ultima tendenza, sorretta da un forte determinismo tecnologico, era per Illich alla base della tendenza alla “iatrogenesi culturale” [Illich 1977]. La medicina viene così legittimata a dare prescrizioni comportamentali di vario tipo inerenti anche la condotta personale e privata (ad esempio alimentare, sessuale *etc.*), in virtù di un riconoscimento che nelle società premoderne era proprio della dimensione sacrale.

Nella cultura occidentale, l'esperto medico matura una conoscenza specifica e ha inoltre la possibilità di avvalersi dell'apporto di macchinari sempre più sofisticati e

complessi, anche se rischia di perdere la dimensione d'insieme, cioè di cogliere gli interrogativi di carattere più generale che il malato si pone e gli pone. L'esercizio della professione medica è subordinato ad un lungo percorso formativo rigidamente strutturato, volto a socializzare il soggetto che lo intraprende non solo alle conoscenze ed alle competenze necessarie per diventare medico, ma anche alla dimensione normativa e culturale implicate dal ruolo.

Il professionismo medico presenta un carattere complesso e molteplice, fatto di valori e norme consolidati, che possono essere definiti in base a tre criteri: ideali relativi alla professione, alla carriera ed al carattere delle prestazioni. Gli ideali della professione costituiscono i principi astratti sui quali essa si fonda e giungono a concretizzarsi o meno solo nel momento in cui viene intrapresa a livello pratico. Questi consistono nell'impegno a fare uso delle conoscenze e delle abilità tecniche per aiutare il prossimo, nello stimolo intellettuale continuo e nelle possibilità di crescita fornite dal lavoro, nel desiderio di perseguire un'attività che consente di essere creativi ed originali ed infine nella dedizione alla professione organizzata, la quale definisce ed organizza il lavoro concreto.

La dimensione dell'occupazione professionale e le possibilità di carriera che essa dischiude per chi la intraprende fanno riferimento alla posizione che la professione ricopre all'interno della struttura sociale in termini di reddito, prestigio e potere; questa richiama pertanto la collocazione del medico all'interno della stratificazione professionale [Sorokin 1965].

Il carattere delle prestazioni, infine, è relativo alla loro natura non routinaria, in quanto frutto di un lungo percorso formativo, di abilità particolari e di una capacità di giudizio non valutabile in modo oggettivo e preciso, dal momento che rappresenta il risultato non solo della formazione ricevuta e dell'esperienza maturata sul campo, ma anche di un certo dono, di una vocazione insita *in nuce* nel professionista. Ciò si riferisce anche all'autonomia di fondo che muove le prestazioni del medico, in virtù del suo carattere extra-ordinario, che rimanda alle istanze carismatiche cui abbiamo accennato: "è la profonda convinzione circa il carattere straordinario del lavoro e di colui che lo svolge a sostenere la pretesa di autonomia del professionista, il quale vuole esser lasciato libero di esercitare in maniera assolutamente indipendente" [Freidson 2002a, 123]. La rivendicazione di autonomia del professionista medico moderno, ma anche del professionista in generale, fa riferimento alla presunta capacità di trattare la malattia in modo sapiente grazie alla sua base teoretica di riferimento.

La legittimità della posizione del medico è data dalla profonda conoscenza della materia, che il paziente non è supposto avere. Sono perciò centrali il ruolo del processo di formazione e di socializzazione che avviene nelle facoltà di medicina, il cui compito “è quello di trasformare il novizio in un capace operatore della medicina, offrendogli le conoscenze e le abilità più avanzate a fornendogli una identità professionale tale da farlo *pensare, agire e sentire come un medico*” [Merton 2006, 33. Corsivo mio].

Il processo di socializzazione adulta degli studenti di medicina è finalizzato a far sì che essi apprendano il ruolo professionale combinando conoscenze, abilità, atteggiamenti e valori mediante forme di apprendimento diretto, quali l’insegnamento e la didattica delle istituzioni formative, ed apprendimento indiretto, dato invece da modelli di comportamento che si acquisiscono attraverso il contatto con i docenti, i colleghi, i pazienti e con i rappresentanti delle altre professioni sanitarie; competenze dunque anche “tacite”, maturate esercitando quotidianamente la pratica professionale.

Esiste inoltre una “sub-cultura normativa” di fondo, ovvero un *corpus* di idee condivise, di valori e standard verso i quali chi pratica una certa attività è supposto orientarsi gradualmente in termini comportamentali e mentali; non fa riferimento solamente al comportamento consueto, ma le sue norme codificano altresì i valori veri e propri della professione. Questa sub-cultura definisce gli aspetti particolari della professione, quali il linguaggio quotidiano, l’immagine di sé del medico, il rapporto con i pazienti, con i colleghi e con la comunità e viene tramandata tra le generazioni di medici che si susseguono nel tempo.

Tousijn [2003] identifica tre macro-tendenze attraverso le quali è passato il professionismo medico dalla fine del XIX secolo ad oggi.

Nella prima fase, coincidente con l’ultima parte dell’Ottocento, le professioni sanitarie (medici, farmacisti, veterinari) sviluppano una logica di mercato, prendendosi carico di funzioni che prima erano ricoperte da membri della famiglia o della comunità e si creano dei ristretti mercati di prestazioni specialistiche.

La seconda fase, che inizia dopo la prima guerra mondiale, vede una decisa crescita di stampo capitalistico-industriale, supportata anche da un massiccio intervento pubblico, in particolare nell’elargizione di servizi considerati fondamentali per l’essere umano come istruzione, salute, assistenza ed alloggio: la loro concessione viene subordinata al criterio della cittadinanza. Le professioni all’interno dello stato sociale traggono grandi vantaggi dal punto di vista del loro riconoscimento e quindi della loro

importanza; è in questa fase, soprattutto dagli anni Trenta fino alla sua conclusione negli anni Settanta, che si afferma e si consolida la cosiddetta dominanza medica.

La terza ed ultima fase inizia con gli anni Settanta del Novecento, nei quali il *welfare state* conosce una decisa contrazione rispetto al periodo precedente. Sull'onda di una forte riproposizione dell'ideologia liberista, si assiste ad un ritorno della logica di mercato nella produzione di servizi prima forniti dallo Stato a quello che diviene un individuo-consumatore, la cui identità viene legittimata non tanto attraverso la cittadinanza e l'accesso a certi diritti, quanto dalla sua capacità di consumare e di essere funzionale ai meccanismi di mercato. In questa fase le istanze della modernità radicale, su tutte la riflessività [Giddens 1994], provocano un deciso "attacco al professionalismo". La logica professionale, fatta di autonomia del praticante ed autorganizzazione collettiva, viene attaccata dal basso, ossia dall'*empowerment* del consumatore (consumerismo) e contemporaneamente anche dall'alto, ovvero dal crescente potere decisionale acquisito dai dirigenti (managerialismo), per cui anche questi lavoratori vengono soggetti ad una logica efficientistica e a meccanismi di controllo esterni. In definitiva non è più sufficiente che le competenze tecniche siano certificate al momento dell'accesso alla professione, ma è necessario dimostrarle dando conto della propria attività quotidiana, attestando il mantenimento di certi standard ed il raggiungimento di determinati risultati attesi.

La caratteristica precipua della professione medica è la "preminenza" (*preeminence*) [Freidson 1970, 5] dal momento che, in modo simile alle religioni istituzionali del passato, esercita un monopolio riguardo il diritto di definire le nozioni di salute e malattia, nonché per quanto attiene alla diagnosi e al trattamento di quest'ultima. La capacità della medicina di strutturare ed organizzare il settore sanitario diviene pervasiva nei decenni centrali del XX secolo. Questa non detiene soltanto le caratteristiche classiche del professionalismo, cioè la capacità di determinare i contenuti del proprio lavoro e l'autonomia di fondo, ma, nel contesto del sistema assistenziale sanitario, detiene anche un controllo quasi onnicomprensivo dal punto di vista organizzativo, in quanto è in grado di controllare i numerosi rapporti inter-occupazionali che qui hanno luogo e di plasmarne la natura. In particolare, alla professione medica pertiene l'autorità di dirigere, controllare e valutare il lavoro delle altre occupazioni sanitarie, senza essere a sua volta soggetta ai medesimi vincoli.

La dominanza è relativa ad una precisa "matrice istituzionale" e fa riferimento alla posizione egemone detenuta dai medici all'interno dei sistemi sanitari e alla possibilità

di controllare non solo il contenuto del proprio lavoro, ma anche quello delle altre professioni sanitarie in termini di *performance*. Questa prevede poi l'esercizio di una certa capacità di influenzare le politiche sanitarie ed il controllo sui praticanti, cioè di coloro che si avviano ad intraprendere la carriera medica.

La dominanza professionale si enuclea in una molteplicità di dimensioni, che hanno a che fare con l'esercizio di un controllo tendenzialmente diretto di vari fattori chiave all'interno della logica del sistema sanitario. La prima dimensione è, come già accennato, il controllo del proprio lavoro attraverso la determinazione dei suoi contenuti, che implica una notevole autonomia nella pratica quotidiana. Viene inoltre esercitato un controllo del mercato, ovvero del sistema formativo, la "produzione dei produttori" di servizi sanitari, e della definizione dei concetti di salute e malattia. La terza dimensione è l'influenza esercitata sulle politiche sanitarie; non è questa una influenza totale, bensì la possibilità di stabilire alcuni dei contenuti della legislazione in materia sanitaria. Altra caratteristica è la posizione dominante vantata nei rapporti inter-occupazionali e con le altre occupazioni sanitarie; infine, vige il controllo del processo di socializzazione professionale dei giovani, il quale viene ancora esercitato in forma pervasiva nei vari periodi di tirocinio attraverso cui devono passare gli aspiranti medici nel corso della loro formazione universitaria.

Tutte le dimensioni della dominanza hanno conosciuto una graduale decadenza a partire dagli anni Settanta, con l'eccezione del controllo dei praticanti, che rimane tuttora elevato: il suo declino è quindi di carattere parziale, poiché non sta scomparendo *in toto* e la professione mantiene un certo livello di controllo su tutte le dimensioni in questione. Su questa tendenza, presente in pressoché tutte le realtà occidentali, pesa l'influenza di fattori come la globalizzazione, il declino del *welfare state* e l'avvento del neo-liberalismo

Tabella 1. Le dimensioni della dominanza medica [Tousijn, in Malatesta 2002]

| <i>Tipologia di controllo</i> | <i>Caratteristiche</i> | <i>Situazione attuale</i> |
|---|---|--|
| Controllo sul proprio lavoro | Determinazione dei contenuti ed autonomia professionale | Minacciato dal managerialismo |
| Controllo sul mercato | Controllo del sistema formativo, della definizione dei concetti di salute e malattia | In calo per la mercificazione della sanità |
| Influenza sulle politiche sanitarie | Capacità di stabilire alcuni dei contenuti della legislazione sanitaria | In calo per la mercificazione della sanità |
| Controllo sulle altre occupazioni sanitarie | Posizione dominante nei rapporti inter-occupazionali con le altre professioni sanitarie | Minacciato dalla crescente professionalizzazione delle occupazioni sanitarie |
| Controllo sui praticanti | Controllo del processo di socializzazione professionale | Ancora elevato |

La professione medica, così come tutte le altre professioni, è caratterizzata da una precisa stratificazione al proprio interno, che trova riscontro nei fatti anche in una divisione dei ruoli: professionisti, amministrativi e docenti-ricercatori.

I professionisti esercitano la professione vera e propria e si preoccupano di fronteggiare la realtà quotidiana che questa implica: si interfacciano con il paziente cercando di comprendere e risolvere le problematiche ed erogano il servizio che l'utente si attende da chi esercita l'attività.

Gli amministratori devono invece assicurarsi di svolgere la propria mansione in modo da soddisfare le esigenze del potere economico e politico, dal momento che rappresentano gli interessi della professione organizzata; inoltre, allocano le risorse e prendono decisioni di carattere contingente. Per questa ragione vigono tensioni tra i professionisti e gli amministratori: i secondi cercano di far rispettare dei precisi standard amministrativi, mentre i primi esercitano sulla base del principio di autonomia e discrezionalità proprio del professionalismo. Gli amministratori detengono il potere di stabilire le norme procedurali e le direttive organizzative cui i praticanti devono uniformarsi, in base alle quali monitorano il lavoro, ed infine assolvono alla funzione di gestire ed allocare le risorse in termini di personale, attrezzature, spazi ed erogazione dell'assistenza.

I docenti-ricercatori, infine, intraprendono la carriera accademica e si preoccupano di tutelare "l'integrità della conoscenza" cui fa riferimento il corpo teorico della professione; costituiscono la comunità scientifica cui afferisce la base cognitiva della professione e hanno pertanto il compito di stabilire la conoscenza formale imprescindibile per esercitare. La struttura della formazione di riferimento non

costituisce un insieme fisso di idee, formule ed assiomi immutabili, applicabili meccanicamente dai rappresentanti, ma muta altresì in base a molteplici variabili (che possono essere di carattere strettamente scientifico, ma anche storico e sociale).

Il professionista si distingue dallo scienziato per il fatto di avere una clientela profana, pur avendo essi in comune una conoscenza esoterica e delle competenze specifiche da essa derivanti, mentre gli scienziati condividono con la comunità scientifica il medesimo orizzonte del discorso, ovvero un insieme di “regole, procedure e paradigmi condivisi” [Giarelli 2003, 136].

Tabella 2. La stratificazione interna alla professione medica

| <i>Professionisti</i> | <i>Amministrativi</i> | <i>Accademici</i> |
|--|---|--|
| Esercitano la professione e fronteggiano le problematiche quotidiane ad essa relate | Si assicurano che il lavoro sia svolto in modo da soddisfare le esigenze del potere economico | Carriera accademica |
| Erogano il servizio professionale vero e proprio | Rappresentano gli interessi della professione organizzata | Si preoccupano di tutelare “l’integrità della conoscenza” di riferimento |
| Controllo della clientela e del lavoro: controllo dell’accesso dei cittadini alle risorse (certificazioni scolastiche, prescrizione farmaci e visite specialistiche, benefici finanziari etc.) | Potere decisionale e amministrativo: definizione di norme che regolano l’accesso alle risorse; gestione ed allocazione di risorse (personale, attrezzature, spazio, assistenza) | Definizione delle norme generiche concernenti la professione <i>qua talis</i> e della base formativa ritenuta indispensabile per l’esercizio |
| Controllo del cliente e della pratica quotidiana | Stabiliscono e fanno rispettare norme procedurali e direttive/Linee Guida in quanto standard amministrativi | Stabiliscono la conoscenza formale di base |

2.3 Professioni sanitarie e stato sociale

La crisi del 1929 determina una svolta nei rapporti tra Stato e mercato, individuabile nella graduale ed inesorabile introduzione di una “regolazione politica concertata centralizzata” [Regini 1991, 29], che segna una chiave di volta anche per quanto concerne le professioni sanitarie. Viene messo in atto un ribaltamento dell’impostazione culturale figlia della rivoluzione francese, secondo cui i corpi intermedi, filiazioni dell’epoca “buia” precedente, dovevano essere eliminati e l’individuo doveva essere lasciato libero di sviluppare le proprie capacità nella società civile, limitando al massimo gli interventi di ogni tipo (quindi anche assistenziale) da parte dello Stato. La

nuova temperie comporta l'ascesa di un vero e proprio "compromesso storico" tra Stato e mercato, per cui l'ordine sociale non è più solo una funzione politica, ma diviene anche una funzione economica, che le istituzioni statali si accollano mediante la gestione del ciclo economico e delle sue crisi ed il controllo del consenso attraverso la promozione del *welfare state*.

Sotto la legittimazione teorica del paradigma keynesiano, il *deficit spending* diviene lo strumento principale di gestione macro-economica su cui far leva per regolare la domanda aggregata di beni e per facilitare una crescita sostenuta. La base dottrinarie è il "keynesismo della crescita", che prevede un sostanzioso intervento statale volto a promuovere lo sviluppo economico, e non solo a superare fasi temporanee che seguono crisi gravissime come quella del '29, secondo l'originaria impostazione teorica dell'economista inglese [Triglia 2009].

Lo stato sociale keynesiano si sostanzia in massicci interventi statali a sostegno dello sviluppo economico attraverso l'aumento dell'occupazione pubblica e l'estensione delle prestazioni assistenziali; in entrambi i casi la *ratio* è quella di creare un circolo virtuoso tra allargamento della base fiscale e crescita economica. Si concretizza pertanto la dimensione prettamente "sociale" della cittadinanza, ovvero "tutta la gamma che va da un minimo di benessere e di sicurezza economici fino al diritto a partecipare pienamente al retaggio sociale e a vivere la vita di persona civile, secondo i canoni vigenti nella società" [Marshall 1976, 9].

Il rapporto "*Social Insurance and Allied Services*" del 1942, cosiddetto "piano Beveridge", risulta essere decisivo per l'espansione del nuovo modello di regolazione socio-economica in tutto il contesto occidentale. Questo piano, commissionato da Churchill nel 1939, predispone infatti un sistema di sicurezza sociale universalistico in materia di sanità, istruzione, maternità, occupazione e pensioni che diventerà, subito dopo la conclusione della seconda guerra mondiale, uno dei riferimenti fondamentali per gran parte degli Stati nazione occidentali.

In questa fase di "fordismo globale" [Hanlon 1999], il *welfare state*, che conosce il suo "trentennio glorioso" dal secondo dopoguerra alla metà degli anni Settanta, sostiene quella che diviene in pochi anni l'epoca d'oro del "capitalismo del benessere" [Esping-Andersen 2000], in cui uno stile di vita agiato si diffonde tra i vari strati della popolazione come mai prima nella storia. I suoi pilastri sono rintracciabili nella cittadinanza sociale universale, nella "democrazia realizzata", nel totale riconoscimento delle organizzazioni sindacali (ed il conseguente consolidamento del sistema di

relazioni industriali nazionale) e nel sistema di istruzione di massa, il quale forgia i futuri cittadini-lavoratori ed accresce le loro possibilità di mobilità sociale ascendente.

Le generose politiche sociali previste sono alla base del circolo virtuoso che alimenta questo tipo di sistema socio-economico. Il *welfare* assicurativo poggia su di un approccio di tipo statistico alla popolazione e prevede assicurazioni obbligatorie destinate a proteggere dai principali rischi del corso di vita: vecchiaia, malattia, infortuni e disoccupazione [Paci 2005]. In questi elementi è possibile individuare la chiave del “consenso fordista” [Beck 2000, 150], per cui un lavoro tendenzialmente ripetitivo ed alienante³ è accettato di buon grado in cambio di un reddito discreto, sicurezze sociali e tempo libero, area precipua di estrinsecazione delle dinamiche ricreative e del consumo.

La cittadinanza sociale universale diviene un forte fattore di limitazione della regolazione economica di mercato e delle sue logiche, mentre quello dei servizi pubblici, “*public-sector-based professional body*” [Hanlon 1999, 9], diviene uno dei settori che maggiormente fornisce occupazione ai cittadini. È in questo ambito che diventa cruciale il ruolo dei professionisti, i quali lottano strenuamente per vedersi riconosciuti maggiori privilegi e spazi di potere. L’espansione dei servizi fa sì che si sviluppi una nuova forma di professionalismo, il quale ricade nell’alveo del settore statale o comunque dei servizi finanziati dallo Stato. I diritti sociali si sostanziano in garanzie dal punto di vista della salute, dell’educazione formale, della giustizia e dei servizi sociali, nella fornitura dei quali professionisti come medici, avvocati ed insegnanti divengono centrali. Si fanno strada forti “tendenze burocratizzanti” [Prandstraller 1988, 51] per molte professioni, che conoscono in questo periodo una rapida espansione nel settore pubblico.

Avviene il passaggio dall’idealtipo di professionista mosso da un individualismo di fondo all’adattamento ai canoni del servizio sociale: si delineano i tratti di un professionalismo del servizio (*social service professionalism*). I professionisti, i cui mercati prima comprendevano solo fasce medio-alte e quindi ristrette di popolazione, erogano ora servizi a tutti, senza considerare la loro possibilità di pagare o meno. Le professioni, una volta superata l’iniziale ostilità nei confronti del *welfare state*,

³ Sono esemplificativi, a tal proposito, i casi dei “colletti bianchi” e delle “tute blu”, rispettivamente impiegati amministrativi ed operai generici delle grandi aziende tipiche di questo periodo [Mills 2001].

diventano “dispensatori di eguaglianza sociale” [Hanlon 1999, 20] ed ottengono notevoli vantaggi in termini economici e di status.

Tabella 3. Le fasi del professionismo

| <i>Fine XVIII secolo-primi XX secolo</i> | <i>Fordismo</i> | <i>Post-fordismo</i> |
|---|---|--|
| “Individualismo professionale”: professionista come <i>gentleman</i> ed “imprenditore della conoscenza” | Tendenze burocratizzanti: “ <i>social services professionalism</i> ” all’interno dell’architettura del <i>welfare state</i> | “ <i>Commercialised professionalism</i> ” [Hanlon 1999] |
| Servizi professionali appannaggio di clienti potenti e facoltosi | Servizi appannaggio di chi gode della cittadinanza sociale | Servizi appannaggio di chi può permetterseli |
| Rapporto Stato-professioni limitato al riconoscimento formale concesso dal primo alle seconde | Scambio Stato-professioni: richiesta di concessioni allo Stato in cambio della qualità garantita del servizio | “ <i>Quasi-market</i> ”: enfasi su competenze manageriali ed imprenditoriali |
| <i>Laissez-faire capitalism</i> | Fordismo (“ <i>welfarist society</i> ”) ed industrializzazione delle professioni | Post-industrialismo |

In questa realtà in cui la regolazione socio-economica del mercato è limitata e ritenuta inadatta a tale scopo, la terza logica del professionalismo giunge ad un compromesso con lo Stato, che nella più parte dei casi paga gli stipendi dei professionisti stessi: uno stato sociale forte stimola infatti lo sviluppo tanto delle professioni legate ai servizi alla persona quanto quelle di carattere amministrativo, sempre più centrali in realtà di stampo burocratico e verticistico.

La medicina, in particolare, consolida quel contratto sociale con lo Stato e con la società *in toto*, che aveva visto luce con la transizione verso la modernità nel corso del secolo XIX: “during the Fordist period, healthcare services were decommodified in several countries, and their provision became a crucial activity of the Fordist welfare state. Thus the medical profession came to play a central role in the functioning of the new welfare state” [Filc 2006, 280].

Le professioni cominciano a regolare tutto ciò che concerne prestazioni e servizi forniti dallo stato sociale, ovvero il margine che era andato creandosi dopo che le istituzioni statali avevano lasciato meno spazio alla regolazione del mercato: la salute (medici), l’istruzione (insegnanti), il sistema dei servizi sociali (assistenti sociali), il sistema legale (avvocati), i meccanismi amministrativo-contabili (ragionieri).

2.4 Sistemi sanitari occidentali e capitalismo del benessere

Il processo di industrializzazione delle società moderne ha posto le basi per l'istituzionalizzazione ed il consolidamento del valore della razionalità scientifica e tecnica all'interno della ricerca biomedica e nelle attività di diagnosi e terapia della malattia. La formazione di sistemi sanitari complessi all'interno delle strutture di *welfare* negli anni centrali del XX secolo è espressione del consolidamento della medicina e della professione medica, che ne è custode e portatrice.

In questo periodo le società occidentali sviluppano sistemi sanitari sempre più complessi, cioè “strutture di ruoli differenziati che si specializzano nell'attività di prevenzione, diagnosi, prognosi, terapia e riabilitazione e che utilizzano risorse economiche e conoscenze tecnico-scientifiche sulla base di un mandato conferito dalla società” [Martinelli 1983, 121]. Il sistema sanitario comprende pertanto quel “complesso delle istituzioni, degli attori e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute” [Ferrera 2006, 171]. Questo orienta la sua azione in base al codice salute/malattia, agendo nelle situazioni in cui l'individuo non risulti idoneo dal punto di vista del funzionamento del sistema sociale. Lo sviluppo di siffatto sistema diventa un elemento cruciale nel panorama dello stato del benessere degli anni centrali del XX secolo e di tutto il sistema socio-economico di stampo fordista, assieme all'istruzione di massa, alle politiche occupazionali ed alle pensioni di vecchiaia e di invalidità. Ciò è dovuto ad una molteplicità di fattori, su tutti la trasformazione della struttura demografica della popolazione all'insegna dell'allungamento della vita media, l'allargamento della sfera dei diritti a coloro che prima non ne godevano e l'eccezionale sviluppo delle conoscenze mediche e della ricerca.

Secondo gli approcci di studio struttural-funzionalisti classici il sistema sanitario è frutto della differenziazione funzionale che contraddistingue ogni sistema sociale e coincide generalmente “con l'organizzazione sociale dell'attività sanitaria, con il complesso istituzionale delle relazioni di ruolo che si costituiscono a partire dalla relazione terapeutica medico-paziente” [Giarelli 1998, 71]. I modelli neo-funzionalisti hanno integrato questa prospettiva enfatizzando la non autosufficienza dei sistemi sanitari e la loro dipendenza da fattori esterni, vale a dire:

- uno specifico riconoscimento da parte della società relativo ai suoi valori di fondo ed alle professionalità di coloro che vi operano, mediante mandati ed autorizzazioni di carattere formale;
- l'apporto di conoscenze teoriche e di tecnologie potenzialmente illimitate;
- una manodopera particolarmente motivata, formata all'uopo, adeguatamente selezionata e riconosciuta;
- adeguate risorse economiche.

Le correnti marxiste rivolgono invece una maggior attenzione alla dimensione socio-economica nel condizionare il sistema sanitario, il quale viene analizzato a partire da una eterogenea serie di indicatori: i fattori naturali di tipo geografico-ecologico creano differenti condizioni per i profili e la distribuzione epidemiologica delle malattie; la rilevanza di quelli socio-culturali e storici nell'influenzare il tipo di socializzazione, gli stili di vita, i sistemi di valore ed il concetto stesso di medicina; lo Stato e lo sviluppo delle forze produttive fanno invece riferimento alla situazione economica di uno Stato nazione (rapporto Pnl/pro capite), e quindi alla potenziale capacità di far fronte alla condizione di malattia dei componenti della popolazione; i rapporti di produzione vigenti nel singolo paese (pre-capitalisti, capitalisti, socialisti); la sovrastruttura ideologica ed il potenziale innovativo; infine, la condizione di indipendenza nazionale o dipendenza coloniale del paese, e di conseguenza l'effettiva autonomia nel gestire e dirigere le scelte in materia sanitaria.

L'impostazione fenomenologica opera invece una sorta di "rivoluzione copernicana" dal punto di vista epistemologico: quella socio-culturale costituisce una realtà costruita intersoggettivamente [Berger e Luckmann 1969] e pertanto i sistemi sanitari sono analizzati come sistemi culturali, ossia come sistemi di significati simbolici relativi a norme comportamentali e valori particolari. Il tipo di analisi privilegiato è quello del contesto significativo della malattia e del suo vissuto, raggiungibile ad esempio mediante studi di tipo etnografico.

Dal punto di vista strettamente epistemologico, tanto i modelli struttural-funzionalista e neo-funzionalista, quanto quello marxista, tradiscono un carattere positivista-realista, secondo cui le strutture sociali vengono considerate come fatti reali ed oggettivi, che legittimano necessariamente la conoscenza scientifica. Queste analisi sono inoltre di tipo macro-sociologico e monistico, con il rischio di precludere letture di tipo micro-sociologico e critico dei sistemi considerati. All'orientamento

fenomenologico è sotteso invece un paradigma nominalistico-costruttivista, per cui il sistema sanitario, in quanto sistema culturale, diviene figlio di un puro costruito mentale in senso kantiano, con il rischio di generare derive di riduttivismo costruttivistico e localista. Una possibilità di ovviare ai limiti delle correnti funzionaliste e marxiste è l'utilizzo di un modello connettivo-correlazionale [Cipolla 1997], che si figura una realtà co-relazionale, “nel senso di co-prodotta, co-istituita, co-costruita secondo una pluralità di livelli analitici tra loro interconnessi” [Giarelli 1998, 92].

Ad oggi, una corretta impostazione analitica è tenuta a prendere in considerazione molti degli spunti presenti nelle differenti modalità di analisi dei sistemi sanitari che si sono succedute e necessita di multidimensionalità e multidisciplinarietà. È d'uopo dare risalto alla natura esterna del sistema, alla trama di relazioni sociali ed istituzionali, alla persona come soggetto dotato di coscienza ed intenzionalità nel proprio vissuto quotidiano ed alla natura interna, intesa come base bio-psichica ed unità corpo-mente. In definitiva,

Ci pare quindi opportuno proporre di definire come sistema di salute tale sistema più ampio, che ricomprende, oltre al sistema sanitario *stricto sensu*, anche la natura esterna, la natura interna, il soggetto in relazioni di mondo vitale e, soprattutto, le reciproche interconnessioni che fra questi concetti è possibile individuare [Giarelli 1998, 90].

Nel secondo dopoguerra il piano Beveridge, come visto sopra, diviene uno dei precipui modelli su cui orientare l'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali, dal momento che predispone l'istituzione nel contesto britannico di un sistema sanitario nazionale (*National Health Service*), basato sui tre pilastri dell'universalità delle prestazioni, del finanziamento attraverso fiscalità generale e della conseguente gratuità delle prestazioni fornite.

I sistemi sanitari riflettono questa impostazione, figlia della dottrina della “sicurezza sociale”, che si concretizza nell'istituzione in vari paesi di un sistema sanitario nazionale [Ferrera 2006]: protezione sociale di carattere sanitario fornita direttamente dallo Stato, finanziata da gettito fiscale piuttosto che da contributi e basata sul solo requisito della cittadinanza⁴. Fu questo un “contratto tra la professione medica e la classe dominante, per cui la prima promise salute (o meglio un particolare tipo di salute)

⁴ Il primo paese ad istituire un sistema sanitario di questo tipo fu la Nuova Zelanda nel 1938; nel contesto europeo fu invece introdotto *in primis* in Gran Bretagna con il *National Health Service Act* del 1946, effettivo dal 1948.

in cambio di privilegi sociali” [Tousijn 2008, 148]. Nel momento in cui viene integrata nei moderni sistemi di *welfare*, la medicina acquisisce tutti i vantaggi, ma anche i limiti, di una burocrazia.

Rifacendoci alla teorizzazione di Ardigò [1997], è possibile definire il sistema sanitario come sistema di salute, che si compone di quattro elementi: il sistema sociale, la natura esterna, quella interna e la persona. Il sistema sociale, inteso come intreccio di relazioni capace di garantire una certa continuità socio-culturale per i suoi componenti, comprende al proprio interno l'organizzazione medico-sanitaria; la natura esterna costituisce l'*habitat* non umano delle società umane, l'ambiente rispetto al sistema in termini luhmanniani; la natura interna individua invece la base bio-psichica delle società, cioè la “il corpo come risultante filogenetica e come entità psico-somatica, unità corpo-cervello” [Giarelli 2003, 70]; infine, la persona viene concepita come soggetto intenzionale e come riflesso delle sue relazioni con gli altri significativi agente nel mondo vitale quotidiano.

In base alla teorizzazione di Ardigò, è possibile pensare un modello correlazionale di sistema sanitario, aperto rispetto all'ambiente esterno ed avente con esso connessioni di vario genere. La connessione ecologica implica la correlazione con la natura esterna, cui afferisce la dimensione delle risorse a disposizione ed al loro uso in base alla divisione del lavoro sanitario. La connessione strutturale fa riferimento alla correlazione tra il sistema sanitario ed il sistema sociale, e quindi al rapporto tra questo sottosistema ed i sottosistemi politico, economico e culturale. La connessione fenomenologica si riferisce alla relazione tra sistema sanitario e soggetto in base al mondo vitale di quest'ultimo, con particolare attenzione al vissuto individuale della condizione di salute o malattia da parte del soggetto cosciente. La connessione bio-psichica lega invece il sistema sanitario alla natura interna, focalizzandosi sulla valutazione dei suoi effetti sulla salute degli esseri umani in quanto persone dotate di corpo e cervello.

2.5 La fine dell'idillio e la nuova fase del professionalismo

Lo scenario di crisi degli anni Settanta apre un nuovo periodo per il capitalismo e, di riflesso, per il *welfare state*: questa fase di transizione, idealtipicamente identificata come passaggio al post-industrialismo o al post-fordismo [Harvey 2002], definisce un profondo mutamento economico, sociale e culturale: le politiche sociali esistenti vengono intaccate da un nuovo modo di lavorare, di produrre e di creare ricchezza.

Tra gli anni Settanta e Ottanta del Novecento avviene un radicale mutamento di paradigma concernente i rapporti tra Stato e mercato: l'impostazione ideologica neo-liberista, che diviene rapidamente il principale riferimento per le politiche pubbliche, sostiene un forte ridimensionamento del ruolo dello Stato nella fornitura di servizi di base come la sanità, l'istruzione e la previdenza sociale, determinando il rientro delle logiche di mercato in questi settori. Il mercato viene infatti considerato il migliore meccanismo di allocazione delle risorse disponibili, sia dal punto di vista dell'efficienza che dell'efficacia di gestione.

La graduale ma inesorabile conclusione del *trend* di crescita economica mondiale segna una svolta che coinvolge tutte le precipue istituzioni sociali ed economiche, compreso lo stato sociale:

L'opulenza faceva apparire le spese assistenziali come qualcosa di 'politicamente facile', come un ovvio sottoprodotto della crescita economica, attenuando così il loro originario legame con scelte di principio. Viceversa, con il declino delle risorse economiche le istituzioni di *welfare state* sono rapidamente diventate oggetto di attacchi ideologici [Alber 1987, 73].

Nel mutato contesto internazionale lo stato sociale dell'età dell'oro del capitalismo industriale, volto a proteggere il cittadino "dalla culla alla bara" in base ai rischi standard del corso di vita a partire da un approccio statistico alla popolazione, diviene anacronistico. Questo esperisce una profonda crisi, a motivo del devastante impatto di fattori eterogenei come la gravi crisi petrolifere, la progressiva crescita della disoccupazione strutturale, la globalizzazione economica e la sempre più accentuata instabilità della famiglia nucleare. Per l'azione di tali macro-dinamiche, il *welfare state* si trova a dover fronteggiare le conseguenze della globalizzazione economica [Triglia 2009], che dagli anni Settanta in poi si sostanzia nell'aumento del commercio internazionale in una congiuntura di crescita lenta, nell'integrazione internazionale dell'economia data dall'incremento di investimenti in contesti esteri (soprattutto in paesi in via di sviluppo) e dalla crescente integrazione dei mercati finanziari.

Queste dinamiche comportano "una forte pressione a favore delle politiche nazionali di deregolamentazione e privatizzazione, che ratificano formalmente la perdita del controllo nazionale sull'economia" [Crouch e Streeck 1997, 16] e promuovono l'adozione di politiche che assecondano la volontà dei mercati. L'indebolimento dello Stato nazione si estrinseca in ogni sfera regolativa ed agisce pervasivamente sulle prestazioni di *welfare*, che subiscono una fase di decisa contrazione, motivata tra l'altro

anche dai vincoli alla spesa pubblica imposti da organismi sovra-nazionali, che coinvolgono in particolare gli Stati europei.

Nel 1976 la rivoluzione keynesiana nella politica economica viene dichiarata ufficialmente chiusa: l'opzione di uscire dalla recessione espandendo la spesa aveva funzionato solo a pena di una ingente crescita dell'inflazione. L'obiettivo principale ora non è più la piena occupazione, ma la stabilità dei prezzi: "invece di tentare di stimolare l'economia attraverso un misto di spesa e pianificazione pubblica, i governi avrebbero dovuto concentrarsi sul controllo dell'inflazione e sul miglioramento del funzionamento del sistema di mercato" [Skidelsky 1998, 133]. L'interventismo statale in economia, che era stato considerato il maggiore artefice della prosperità economica, viene indicato come primo responsabile del fallimento e, negli anni Ottanta, la dottrina keynesiana, dopo essere stata esaltata per aver "salvato" il mondo dal marxismo, viene relegata tra quelle fallimentari assieme allo stesso paradigma socialista.

Si delinea così una rinnovata fase economica, in cui il peso dell'economia industriale si ridimensiona sempre di più e lascia maggiore spazio al settore dei servizi. Poiché il *welfare state* del capitalismo del benessere era stato edificato per e su di una economia di tipo industriale, forti criticità lo affliggono nell'era del post-industrialismo, che vede una forte espansione dei servizi e su una marcata contrazione del settore industriale. Viene inoltre alla luce ciò che costituisce il "vero problema demografico" dell'intero sistema: bassi tassi di fecondità uniti a bassi tassi di attività lavorativa [Esping-Andersen 1995, 366].

In questo tipo di situazione, l'economia torna ad essere soggetta a crisi periodiche più o meno gravi e la figura del lavoratore del terziario avanzato, altamente qualificato, diviene più importante di quella del lavoratore standard senza specializzazioni, che era stata centrale nella fase precedente. Questo tipo di lavoratore si trova anzi sempre più spesso coinvolto nei licenziamenti di massa imposti dalle pratiche di snellimento della manodopera (*downsizing*), anche a motivo della crescente "finanziarizzazione" dell'economia [Dore 2009] e dell'esternalizzazione della produzione in paesi in via di sviluppo.

Il sempre più frequente ricorso, da parte delle organizzazioni flessibili, a lavoratori assunti mediante contratti non standard o "atipici" determina una sempre più netta "dualizzazione" [Gorz 1992, 77] all'interno delle aziende e della società tutta. Si produce in tal modo una cesura tra coloro che ancora godono della protezione dei "vecchi" sistemi di *welfare* (*insiders*) e coloro che, lasciati in balia del mercato

(*outsiders*), si trovano a lottare con la precarietà lavorativa ed esistenziale [Gallino 2007].

Vengono meno tutti i fattori che, congiuntamente, avevano contribuito all'espansione del "fordismo globale": alti salari, produzione e consumo di massa, perseguimento della piena occupazione come prima finalità dell'intervento statale. Il *welfare* conosce non solo una graduale diminuzione dei servizi forniti, ma anche un deterioramento della loro qualità; la base fiscale viene inoltre intaccata dal sempre più crescente peso dell'economia sommersa. In generale, viene drammaticamente alla luce la latitanza dei regimi di *welfare* per quanto riguarda la fase attiva del ciclo di vita, fattore che nel periodo precedente pareva non costituire un problema, data l'elevata standardizzazione dei percorsi biografici degli attori sociali.

In questa situazione, la relazione tra Stato e professioni muta radicalmente e si delineano i tratti di un "professionalismo commercializzato" [Hanlon 1999], nel quale si riscontra per certi versi un ritorno all'individualismo professionale che aveva caratterizzato il primo professionalismo. Il settore pubblico viene colpito da molteplici riforme che ne mutano le logiche lavorative e, alla lunga, anche l'*ethos* di fondo.

L'abilità tecnica e le conoscenze teoriche non implicano più avanzamenti di carriera automatici e successo garantito per il professionista qualificato, il quale necessita altresì di acquisire sempre più competenze di carattere manageriale ed organizzativo in generale, quali gestire altri lavoratori, elaborare *budget* e organizzare il rapporto con i clienti, in particolare con l'obiettivo di fornire prestazioni di qualità in grado di renderli il più possibile soddisfatti. La capacità di agire in modo imprenditoriale diviene centrale per il professionista, che deve essere capace di districarsi in mercati di servizi sempre meno protetti e soggetti a minori restrizioni. Non può quindi far leva sulla fiducia che era implicata dal fatto stesso di essere un professionista, ma deve adoperarsi per cercare di suscitare negli utenti fiducia nei propri confronti.

Dal momento che le risorse statali divengono sempre più limitate, la *ratio* profonda dei servizi sociali viene percepita come un lusso che lo Stato non può più permettersi: i servizi vengono pertanto "razionalizzati" nell'ottica del controllo dei costi e della sostenibilità economica del sistema. Emergono nuove caratteristiche, quali l'esigenza di flessibilità, che porta in primo piano la centralità dell'attore nella costruzione e nel consolidamento del proprio ruolo professionale, e si affermano nuove forme di soggettività all'insegna dell'autorealizzazione e del coinvolgimento in una realtà in cui

la costruzione dell'identità socio-professionale va oltre le rigide strutture burocratiche precedenti.

Nelle professioni di *welfare* si mostra una duplice identità: la prima è una “identità del fare”, di tipo tecnico, basata sul sapere, sulla formazione e sulle competenze strettamente tecniche, che è finalizzata alla *performance* ed al contempo influenzata dalla tradizione; la seconda è un'identità prettamente sociale, che poggia sulla relazione di servizio, sulla mediazione concreta e sull'esistenza di un *ethos* sociale, classicamente associato al settore pubblico [Verpraet 2003].

Si enuclea una sorta di dicotomia tra professionalismo come servizio sociale e professionalismo come bene di mercato: il primo è mosso da un *ethos* volto a fornire servizi universali sulla base del bisogno e non della disponibilità di denaro di chi ne usufruisce; il secondo trova la sua origine nell'ideologia di mercato e nelle competenze manageriali di chi lo pratica, piuttosto che in quelle professionali. Il professionalismo inteso come autodeterminazione dei contenuti del proprio lavoro viene così messo in discussione e, per alcuni versi, superato dagli imperativi della gestione razionale delle organizzazioni lavorative, mosse ora dal “mito” del mercato.

L'avvento del consumerismo e del managerialismo rende necessario un ripensamento di quella classe di servizio che aveva individuato Goldthorpe, caratterizzata da buone relazioni con il datore di lavoro, stabilità di condizioni occupazionali, continuità e prospettive di carriera, codice deontologico basato sulla fiducia e non sul monitoraggio delle prestazioni dall'alto. La fiducia nel professionista in quanto tale viene ora riposta in coloro che controllano la prestazione professionale tramite il controllo e la valutazione dei risultati *ex post*, e nella loro capacità di gestire processi in modo da garantire una gestione efficace ed efficiente delle strutture organizzative.

Con i mutamenti che hanno visto luce dagli anni Ottanta in poi, “i professionisti si sono trovati ad avere un piede nel mercato e l'altro nell'etica professionale protestante” [Svensson 2003, 116]: i criteri interni della pratica professionale autogestita sono sostituiti da criteri esterni, come la soddisfazione del cliente e la competizione per l'accaparramento di fondi pubblici. La maggiore informazione di chi usufruisce dei servizi fa invece sì che gli utenti abbiano maggiore voce in capitolo e possano pertanto mettere in discussione la competenza professionale.

La fiducia acquisita nel corso del tempo dai lavoratori professionali viene rinegoziata: il capitale sociale sedimentatosi nel tempo viene eroso quando quella di mercato diviene la logica dominante ed il professionista deve sottostare a manager che

sono sempre scelti tra i non professionisti (“managerialismo forte”). Ciò fa sì che si determini una sorta di dialettica tra manager e professionisti, i quali vedono lesa la propria indipendenza professionale e la loro discrezionalità nell’esercizio quotidiano del proprio lavoro.

Per quanto concerne il lavoro professionale indipendente, una svolta epocale è segnata dal G.A.T.S. (*General Agreement on Trade Service*), che lo riorganizza secondo un’impostazione teorica liberista ed antimonopolista, che segna la fine della concezione delle professioni come terza via possibile tra il ceto imprenditoriale e l’aristocrazia, come si erano proposte alle soglie della modernità. Negli anni Novanta queste vengono designate come imprese operanti in un libero mercato continentale di servizi professionali: ciò apre la strada ad una “nuova antropologia delle professioni. Il protagonista della nuova Europa diventava il professionista mercante, mentre svaniva nell’ombra l’immagine del professionista gentiluomo” [Malatesta 2006, 348]. È questo un ritorno al professionalismo individualistico dell’Ottocento, una sorta di “ritorno ad Adam Smith”, che si sostanzia in una “mercantilizzazione delle professioni”. Le conseguenze maggiori di questa svolta sono individuabili nel passaggio dal professionismo fiduciario a quello degli esperti, la fine dell’indipendenza totale del professionista, il mutato rapporto con i clienti e la fine dell’umanesimo professionale e della primazia dell’ideale di servizio.

2.6 Le sfide ai sistemi sanitari e l’imperativo di riformare

In un momento critico per tutto il regime socio-economico e per lo stato sociale che si era in esso consolidato, il settore dei servizi pubblici conosce un netto ridimensionamento negli ultimi decenni del XX secolo. L’ambito sanitario non solo non fa eccezione, ma rappresenta a tal proposito un caso emblematico, in quanto viene coinvolto in una svolta in senso aziendalista che conduce ad un ripensamento dei presupposti e della logica dell’organizzazione del lavoro al suo interno.

Tra la fine degli anni Sessanta e l’inizio degli anni Settanta i sistemi di *welfare* occidentali cominciano a palesare delle problematiche rilevanti, che incidono su tutti i settori che forniscono prestazioni assistenziali, in corrispondenza con la graduale crisi dell’epoca d’oro del capitalismo del benessere e dell’equilibrio socioeconomico basato sulla “coppia fordismo-stato sociale keynesiano” [Trigilia 2009].

In particolare, il sistema sanitario si trova a dover fronteggiare una molteplicità di “sfide”, che ne chiamano in causa la sostenibilità e la logica stessa. Queste criticità sono strettamente relate ai quattro elementi del modello correlazionale di sistema sanitario visto sopra e alle sue interazioni con l’ambiente esterno [Giarelli 2003]:

- sfida dell’iperspecificità, consistente nella sempre maggior specializzazione del sapere e delle tecnologie mediche;
- sfida inflattiva, ovvero crescita costante dei costi dei servizi sanitari;
- sfida consumerista, ossia il peso crescente dei cittadini-consumatori;
- sfida epidemiologica, che si enuclea dalla trasformazione della struttura demografica della popolazione.

La sfida dell’iperspecificità trae origine dalla crescente specializzazione del sapere e delle tecnologie mediche come l’ingegneria genetica, la genomica, la microchirurgia, i trapianti d’organi, la telemedicina. Essa implica una crisi di “connessione ecologica” dei sistemi sanitari occidentali, nella misura in cui viene reciso, o comunque indebolito, il legame tra questi e la natura esterna, poiché sancisce il passaggio dalla concezione della *vix medicatrix naturae*, per cui l’ambiente esterno è visto come risorsa per la cura della malattia, alla concezione per cui l’ambiente stesso diviene fonte di potenziali agenti patogeni. L’eccessiva specializzazione è figlia del fatto che i moderni sistemi sanitari hanno operato una “rinuncia alla ridondanza” [Giarelli 1998, 149], per cui le teoria biomedica si differenzia in branche sempre più specifiche. Questa nuova impostazione viene criticata da Illich [1977] mediante il concetto di iatrogenesi, che evidenzia gli esiti negativi dell’eccessiva medicalizzazione della vita moderna e che si sviluppa in modo duplice. La iatrogenesi clinica comprende tutti gli errori e i danni provocati dai medici, dagli ospedali e dall’industria farmaceutica; quella sociale induce alla medicalizzazione della vita che porta ad una vera e propria dipendenza terapeutica dei profani; la iatrogenesi culturale ha anche fare con l’idea, portata avanti dalla società industriale, di eliminazione della sofferenza e conduce i soggetti a rifiutare la loro condizione di malattia e di disagio psico-fisico.

La sfida inflattiva si sostanzia nella costante crescita dei costi nel settore dei servizi sanitari ad un tasso d’inflazione superiore rispetto agli altri settori. Questo avviene perché quello dei servizi sanitari è un mercato anomalo, dove di rado si danno condizioni ottimali di concorrenza, giacché un numero molto basso di produttori si

accolla crescenti oneri nel settore della ricerca e pone le basi per un rapidissimo incremento tecnologico con l'obiettivo di conquistare condizioni di oligopolio a livello mondiale [Monchiero 2009]. Ciò comporta una crisi di "connessione strutturale", ossia una competizione di tale settore con gli altri sottosistemi sociali per l'acquisizione di una propria quota di PIL e di risorse pubbliche. La crucialità di tale sfida si impone in particolare in presenza di cicli economici che non sono più figli della "grande spinta espansiva" del secondo dopoguerra [Alber 1987], ma di un periodo caratterizzato da una forte contrazione economica.

Le precipue strategie messe in atto per far fronte a tale problematica sono la condivisione dei costi mediante introduzione (o aumento) della quota di spesa sanitaria da parte dei cittadini, soprattutto nella forma del pagamento di *ticket*, e il razionamento delle risorse a partire dalla ridefinizione delle priorità. Le conseguenze di questi *trends* di carattere macro sono di ampio respiro e chiamano in causa direttamente la logica dello stato sociale:

Ad essere in discussione è il futuro stesso del *welfare state* (almeno per quanto riguarda la sua componente sanitaria) e la sua possibilità di continuare ad assicurare sistemi sanitari comprensivi ed universalistici, nel momento in cui essi debbono far fronte ad una domanda potenzialmente infinita a fronte di risorse finite [Giarelli 2003, 90].

L'emergere del consumerismo, invece, si sostanzia nel maggior peso dei cittadini-utenti e nella loro accresciuta capacità di *voice*, estrinsecantesi soprattutto nel consumerismo organizzato e nei movimenti dei consumatori, che incanalano il malcontento dei pazienti organizzando reclami e sollecitando carte dei pazienti ed altri strumenti di tutela. Tale processo è motivato dai livelli maggiori di istruzione nelle società post-industriali e dalla maggior diffusione di canali tramite cui farsi una conoscenza di base concernente la medicina e le sue qualità terapeutiche, motivata anche dalla crescente circolazione di informazioni e dalla maggior facilità di accesso ad esse. Ciò agisce sulla connessione fenomenologica, ovvero sul legame del sistema sanitario con l'esperienza soggettiva della condizione di malattia o di salute. Il consumerismo costringe la professione medica a rispondere delle proprie prestazioni (principio di *accountability*) nei confronti del "paziente istruito" ed individua sostanzialmente una "sfida della domanda al potere dell'offerta". Dal punto di vista del paziente, la centralità è posta sull'*empowerment* e pertanto sulla partecipazione attiva

del cittadino al processo di cura, nonché sull'esercizio di un'effettiva influenza su di esso.

Il consumerismo come dinamica socio-culturale definisce i servizi sanitari come un mercato in cui l'assistenza diviene una merce, il cui prezzo è dato dall'incrocio dell'offerta (ospedali pubblici, privati e misti; professionisti *etc.*) e della domanda dei pazienti-consumatori. Ma al riguardo vige un equivoco di fondo dal punto di vista sociologico:

Il paziente non consuma un prodotto, ma è parte costitutiva del processo di produzione della guarigione o della salute. Ciò in quanto l'incontro terapeutico è sempre un processo interattivo e negoziato: la prestazione sanitaria non è mai semplicemente un qualche cosa fatto dal professionista per il paziente, che si limiterebbe a scegliere se comprarla o meno [Giarelli 2003, 439].

Ciò segna una ridefinizione del rapporto medico-paziente così come descritto da Parsons, impostato su una rigida divisione di ruoli sociali istituzionalizzati: il medico come soggetto attivo che mette in atto la terapia ed il paziente come elemento passivo, da curare in quanto esperisce la condizione di malattia. Il consumerismo mette così in discussione il principio "paternalista" che contraddistingueva l'idealtipica relazione medico-paziente parsonsiana, andando ad intaccarne uno dei presupposti fondamentali: l'asimmetria informativa tra i due attori coinvolti e con essa la cieca fiducia riposta dal paziente nel professionista. La relazione medico-paziente diviene un processo dialogico costruito bilateralmente dai due attori in esso coinvolti, ma anche potenzialmente foriera di conflittualità. In taluni casi prende la forma di meccanismi istituzionali volti all'*empowerment* e alla tutela del paziente, un esempio dei quali è l'introduzione dell'*Expert Patients Programme* (EPP) in Gran Bretagna, finalizzato a sviluppare le capacità di auto-cura del paziente [Tousijn 2008].

Gli sviluppi più recenti mostrano i prodromi dell'avvento di un ulteriore modello nella relazione medico-paziente: quello della *partnership*. Al suo interno il paziente diviene co-produttore all'interno di un processo che vede l'interazione tra cittadini, professionisti, manager e politici, in cui diviene centrale la funzione di rappresentanza della molteplicità di reti sociali e comunità territoriali coinvolte.

La transizione epidemiologica, infine, affonda le proprie radici nei processi demografici propri delle società post-industriali: l'invecchiamento progressivo della popolazione e la parallela caduta del tasso di natalità fanno sì che i maggiori fattori di morbosità divengano le malattie cronic-degenerative, che in ciò sostituiscono quelle

infettive e ledono la fiducia risposta nel paradigma del determinismo tecnologico. Tale sfida solleva delle criticità rilevanti in relazione al rapporto medicina-società-salute, che il paradigma biomedico assumeva in modo acritico come necessariamente tendente al miglioramento *ad infinitum* della salute umana. Questa impostazione era fondata su una cieca fiducia nelle possibilità della biomedicina di diminuire, se non di eliminare, le problematiche implicate dalla malattia e dalla decadenza fisica implicata dall'invecchiamento degli esseri umani.

Tali istanze relativizzano il ruolo della medicina: emergono infatti nuove tipologie patologiche proprie della conformazione sociale post-industriale, che giunge a patologizzare anche dinamiche puramente relazionali e psichiche. Si produce in tal modo una crisi di efficacia dei sistemi sanitari, nella misura in cui essi non sono capaci di minimizzare più i rischi: i problemi non possono essere risolti dal solo sistema sanitario, ma da una combinazione tra questo, gli stili di vita condotti individualmente e l'ambiente. In sintesi:

La crisi fiscale prima ed il problema della scarsità e del razionamento delle risorse poi tendono infatti a rimettere in discussione gli *input* che, in termini di prestazioni, regolano i rapporti di interdipendenza tra i diversi sottosistemi sociali: le risorse economiche, la manodopera, il sapere tecnico-scientifico (sempre più importante nelle società post-industriali), ma soprattutto quel mandato di legittimazione che sancisce istituzionalmente il riconoscimento della funzione di un sottosistema come quello sanitario. Un mandato che, secondo alcuni, ha preso la forma di un contratto sociale vero e proprio, stipulato idealmente tra biomedicina, stato e società nel momento in cui la prima raggiungeva il traguardo della professionalizzazione sul finire del XIX secolo, e pretendeva di modellare su di sé l'intera struttura dei sistemi sanitari delle società industriali [Giarelli 2003, 118].

Le sfide messe in rilievo pongono pertanto in questione quel “contratto sociale” tra medicina e società che si era edificato con la transizione verso la società moderna nel corso del secolo XIX e che era andato consolidandosi ulteriormente con la modernità societaria industriale nei decenni centrali del Novecento. La dominanza professionale medica ha costituito il “cuore” di questo contratto sociale tra Stato, opinione pubblica e biomedicina che ha caratterizzato per oltre un secolo i sistemi sanitari delle società industriali.

Tabella 4. Le sfide ai sistemi sanitari occidentali [Giarelli 2003]

| <i>Sfida</i> | <i>Dimensione critica</i> | <i>Effetti</i> |
|---|---|--|
| Iperspecificità: iperspecializzazione del sapere e delle tecnologie mediche e complesso sanitario industriale | Connessione ecologica: legame sistema sanitario-natura esterna | Incremento della complessità interna dei sistemi sanitari |
| Sfida inflattiva: crescita costante della spesa sanitaria | Connessione strutturale: legame sistema sanitario-sistema sociale | Competizione del sistema sanitario con altri sottosistemi per accaparrarsi fondi pubblici |
| Consumerismo: “paziente istruito” e maggiore peso dell’associazionismo | Connessione fenomenologica: legame sistema sanitario-soggetto | Mutamento nell’esperienza soggettiva della condizione di malattia e superamento del paternalismo nella relazione medico-paziente |
| Transizione epidemiologica: invecchiamento della popolazione e crescita delle malattie cronico-degenerative | Connessione bio-psichica: legame sistema sanitario e natura interna | Superamento del paradigma biomedico ed incapacità del sistema di minimizzazione dei rischi |

Le risposte alle sfide poste ai sistemi sanitari occidentali sono state messe in atto a partire dalla fine degli anni Settanta mediante le cosiddette “riforme”, definite come quelle “strategie *politiche, economiche, organizzative e culturali* volte a rispondere ai problemi che i sistemi sanitari hanno messo in luce a partire dagli anni ’60-’70” [Giarelli 2003, 20. Corsivo mio]. Tali strategie prendono piede in un periodo di crisi della ormai decadente struttura socio-economica di stampo fordista-keynesiano; crisi che si manifesta in una decisa contrazione delle prestazioni dello stato sociale al fine di contenere la spesa pubblica.

Le riforme segnano l’avvento di un paradigma tecnocratico, che viene presupposto essere in grado di promuovere maggior efficienza ricalibrando i sistemi sanitari e, di conseguenza, di creare le condizioni per una maggior soddisfazione degli utenti che ne usufruiscono, obiettivi raggiungibili unendo i vantaggi della gestione pubblica con quelli della gestione privata. La nuova impostazione organizzativa agisce sulle tre funzioni centrali del sistema sanitario: il finanziamento dell’assistenza, l’organizzazione del settore e l’erogazione dell’assistenza vera e propria.

L’elemento chiave è la funzione distinta attribuita all’organizzazione e gestione (*management*) del sistema sanitario, che viene separato dai meccanismi di finanziamento, delineando in questo modo un duplice mercato all’interno del settore: la separazione tra funzione di *management* e di finanziamento rappresenta il primo mercato interno, giacché lo Stato, parallelamente, si ritira dall’esercizio diretto di questa

funzione. La separazione tra *management* ed erogazione delle prestazioni individua invece il secondo mercato interno: “le istituzioni di *management* divengono acquirenti delle prestazioni degli erogatori (medici, ospedali, cliniche) in concorrenza fra loro” [Giarelli 2002, 267]. Finanziamento ed erogazione sono sempre separati e manifestano i caratteri, rispettivamente, del pubblico e della concorrenza. Il ruolo dello Stato ne risulta ridimensionato, in quanto mantiene sì la responsabilità ultima in materia di politiche sanitarie, definizione degli standard, meccanismi di regolazione dell’accesso, criteri di allocazione delle risorse, Linee Guida e ricerca e formazione del personale, ma la sua funzione si limita adesso a garantire un ambiente “non turbolento”, in cui trovano spazio meccanismi di regolazione mista pubblico-privato.

Le riforme delineano delle strategie di *policy* aventi luogo nel contesto istituzionale propriamente detto (*politics*). L’arena delle riforme è data da una molteplicità di dimensioni: la situazione macroeconomica e socio-culturale in cui prendono forma le politiche sanitarie, la struttura del sistema politico, i valori societari e, più in generale, culturali e deve infine sottostare anche ad influenze esterne poste da multinazionali, organizzazioni internazionali ed altri governi. Gli attori più rilevanti sono le *élites* politiche, i professionisti della sanità, i cittadini ed i gruppi d’interesse e di pressione. I contenuti delle riforme sono dati dagli obiettivi e dagli strumenti messi in atto per raggiungerli, che sono in gran parte rintracciabili nella riorganizzazione in senso aziendalistico delle organizzazioni sanitarie e dal peso attribuito al managerialismo. Il processo, ossia la modalità mediante cui viene prodotto l’oggetto politico delle riforme, è invece dato dall’identificazione del problema (cui viene data una definizione nell’agenda politica), la formulazione, l’implementazione e la valutazione della politica intrapresa.

Il passo analitico successivo è rappresentato dall’individuazione dei percorsi specifici di riforma che hanno contraddistinto il contesto italiano e sui loro effetti, elementi su cui ci concentreremo nel prossimo capitolo.

CAPITOLO TERZO. LE RIFORME DEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO E GLI EFFETTI SULLA PROFESSIONE MEDICA

In questo capitolo si propone un *focus* sulle riforme che hanno costituito le tappe fondamentali della riorganizzazione del sistema sanitario italiano: l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale del 1978, le riforme in senso aziendalista (1992-93 e 1999) e la recente riforma Balduzzi del 2012, con particolare riferimento alla centralità della dimensione territoriale. Si cerca poi di mettere in rilievo il mutamento in termini di organizzazione sanitaria e di perseguimento di un concetto di salute differente da quello precedente. In secondo luogo, vengono messe in evidenza le caratteristiche specifiche della dottrina del *New Public Management*, con particolare riferimento alla teoria della *Managed Competition* [Enthoven 1988]. Di seguito si analizzano le riforme dal punto di vista del loro sostrato culturale di tipo neoliberista, specificandone gli esiti in termini di rinegoziazione del concetto di stato sociale e dei rapporti tra Stato e mercato. Vengono brevemente proposte le letture delle riforme, differenti ma non necessariamente contrapposte, proposte dal filone neofoucaultiano e neoistituzionalista, con la finalità di far emergere il carattere eterogeneo delle problematiche sollevate dalla rivoluzione della sanità e del settore pubblico in generale. Infine, viene specificato come le riforme producano effetti dal punto di vista delle organizzazioni sanitarie, con l'adozione di strumenti quali la *Clinical Governance* e la valutazione della qualità, e dal punto di vista dei medici, sotto il profilo strettamente lavorativo e sotto quello delle altre sfere di vita. Quest'ultima parte cerca di mettere in risalto le tematiche cruciali, che costituiscono la base su cui sono state poi individuate le dimensioni indagate con la ricerca sul campo.

3.1 Il panorama italiano: un mutamento rapido

Le riforme implementate nei sistemi sanitari degli Stati occidentali negli ultimi venti anni hanno ridisegnato profondamente la nozione di sanità pubblica e l'impalcatura istituzionale a cui essa rimanda mediante una ristrutturazione di carattere organizzativo in senso lato. Le strutture sanitarie sono state dotate infatti di un'autonomia dalla molteplice valenza e collocate in un contesto che si è aperto a logiche di mercato o quasi-mercato, all'interno di una dinamica definita sinteticamente come "aziendalizzazione". Con questo termine si individua l'assunzione di pratiche organizzative, lavorative e discorsive proprie del modello delle imprese private in una

realità di tipo pubblico, che coinvolge tanto le pubbliche amministrazioni quanto i servizi sanitari.

Il caso dell'Italia è particolarmente significativo a tal proposito: il sistema sanitario ha conosciuto infatti una svolta radicale nel giro di poco più di venti anni. Un periodo notevolmente breve, se consideriamo il fatto che un'evoluzione molto simile si è verificata nel Regno Unito dal 1948 agli anni Ottanta. Il sistema totalmente pubblico di impronta universalistica proprio del Servizio Sanitario Nazionale, istituito nel 1978, è stato radicalmente trasformato dalle riforme del 1992-93 e da quella del 1999, che costituiscono le tappe fondamentali dell'evoluzione della sanità italiana.

3.1.1 L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale

La Legge 833 del 23 dicembre 1978 sancisce l'istituzionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sulla base del riconoscimento della salute come “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” (art. 1) riconosciuto dalla Costituzione. La nuova sanità pubblica italiana trova giustificazione in un “impianto valoriale tipicamente universalista ed egualitario” [Moini 2002, 183], che a livello di organizzazione si concreta in una forte integrazione tra i diversi attori coinvolti nel mantenimento o nel recupero della salute psico-fisica dei cittadini.

La Legge 833 smantella la precedente cultura solidaristica propria del cattolicesimo sociale e dell'operaismo, introducendo, in un periodo connotato da forti dinamiche distributive, un universalismo di stampo scandinavo, anche se per molti versi più simile al *National Health Service* inglese, istituito però ben trent'anni prima (1948). I suoi pilastri sono da rinvenire nel finanziamento mediante fiscalità generale, nell'universalismo delle prestazioni e nella centralità dell'istituzione statale all'interno del sistema. La copertura sanitaria assume carattere totale, diventando appannaggio di tutti coloro che sono in possesso della cittadinanza e non dei soli lavoratori: ciò designa il superamento del principio di assistenza sanitaria differenziata in base alle casse mutualistiche di riferimento. Vengono così smantellati i perni del sistema precedente: istituzioni ospedaliere costituite come enti morali volti a fornire un servizio pubblico non statale ed un sistema assicurativo di carattere parastatale e mutue private. Nella gestione della sanità lo Stato, le regioni e gli enti locali diventano parimenti responsabili, sin dalla fase di programmazione.

La principale novità di questa riforma è però di carattere organizzativo: sono istituite le Unità Sanitarie Locali (USL), cui vengono demandate molte delle funzioni relative alla gestione e soprattutto all'erogazione delle prestazioni sanitarie nei territori di almeno cinquanta mila abitanti. Le USL individuano il “complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane” [Benci 2009, 11] adibiti ad assolvere le funzioni proprie del SSN in un ben determinato contesto territoriale.

Gli organi istituzionali delle USL sono l'Assemblea generale, il Comitato di gestione con il suo presidente ed il Collegio dei revisori: la prima è composta dal Consiglio comunale, dall'Assemblea generale dell'associazione dei comuni o dall'Assemblea generale della comunità montana, a seconda dell'estensione del territorio di riferimento; il Comitato di gestione, nominato dall'Assemblea generale, assume le funzioni di tipo amministrativo dell'organizzazione; il Collegio dei revisori si compone invece di tre membri, uno dei quali designato dalla Regione e uno dal Ministro del tesoro.

In questa prima stesura, l'organo adibito ad organizzare la sanità locale, l'assemblea della USL, coincide sostanzialmente con il consiglio comunale, palesando una forte caratterizzazione politica. La gestione della sanità a livello territoriale è dunque affidata ad una componente di tipo tecnico-gestionale, ma rimangono immutate la dimensione politica e quella medica, centrali già nell'assetto mutualistico precedente. Alle regioni viene invece demandato il compito di formalizzare con una legge la gestione coordinata ed integrata dei servizi sanitari con quelli sociali esistenti nel territorio. Lo *status* giuridico ed economico del personale dipendente del SSN viene disciplinato dal rapporto contrattuale del pubblico impiego.

Inoltre, viene creata la figura del medico di medicina generale, che unisce le tre figure tipiche del sistema precedente del medico condotto, addetto alla cura degli iscritti al registro dei poveri, del medico mutualista, cui erano affidati gli iscritti alle casse mutualistiche, e del medico di famiglia, il quale si occupava invece delle famiglie più facoltose. L'ottica che fa da sfondo a tale cambiamento è atipica rispetto ai *trends* generali della seconda metà del XX secolo: “a fronte, infatti, di una crescita della medicina tecnologica e specialistica, il movimento che esprime la figura del medico di medicina generale tende a valorizzare un approccio antropologico e olistico i cui caratteri sono sostanzialmente diversi dal paradigma biomedico dominante” [Vicarelli 2009, 121].

La riforma denota una duplice caratterizzazione: la centralità del ruolo di coordinamento dello Stato nella gestione della sanità e quella della realtà territoriale, estrinsecantesi nella USL, che diviene l'istituzione centrale del sistema sanitario affiancandosi all'ospedale. La svolta della riforma del 1978 è solo in parte imputabile alla deriva distributiva delle politiche pubbliche italiane degli anni Settanta e Ottanta, bensì più alla logica di ricerca del consenso attraverso meccanismi elettorali messa in atto a partire dagli anni Cinquanta in poi, che hanno privilegiato l'erogazione di beni e servizi pubblici per ingraziarsi quote sempre più rilevanti dell'elettorato.

La Legge 833 formalizza il principio di uguaglianza dei cittadini di fronte alla legge. La figura chiave diventa il cittadino-utente del SSN, che alimenta aspettative sempre più elevate rispetto alle prestazioni del sistema: le difficoltà palesatesi in fase di attuazione della riforma resero subito chiaro che le crescenti aspettative della cittadinanza erano destinate a creare forti difficoltà dal punto di vista della sostenibilità finanziaria e quindi in termini di spesa pubblica.

Non poche sono le criticità ed i punti controversi che vengono sollevati dalla riforma istitutiva del SSN. Vige *in primis* una contraddizione tra l'accentramento, suggerito ad esempio dalla creazione del fondo sanitario nazionale e dalla definizione della quota di PIL da destinare al settore, e il parallelo decentramento, ravvisabile nel ruolo più ampio riconosciuto alle regioni in campo sanitario. Dal punto di vista finanziario, poi, le Unità Sanitarie Locali, non essendo dotate dei caratteri propri delle aziende municipalizzate, non dipendono da forme di prelievo fiscale di livello territoriale, né da appositi fondi stanziati all'uopo dal comune. Infine, per quanto attiene agli organi di gestione, la struttura organizzativa appare più vicina a quella di una società per azioni che ad una struttura pubblica [Vicarelli 2004].

Per queste ragioni, ma non solo, la fase di attuazione della 833 mostra da subito una serie di problematiche. Si assiste così ad un parziale ripensamento di questa riforma, che porta ad una sua revisione sin dal periodo immediatamente successivo alla sua approvazione. Nel 1979 (legge n. 100 del 27/06/79) viene stabilito che la definizione delle risorse da destinare al SSN sia appannaggio della legge finanziaria annuale. Le restrizioni iniziano sin dai primi anni Ottanta e si sostanziano nel blocco degli organici (1979) e delle assunzioni (1983), mentre dal lato della domanda si introducono forme di partecipazione della cittadinanza alla spesa sotto la forma di *ticket* per le prestazioni ambulatoriali e per i farmaci (1981), elemento che lede il principio di eguale diritto di accesso alle prestazioni a prescindere dal territorio di appartenenza sancito dalla 833.

Dal 1984 inizia il dibattito sulla possibile privatizzazione delle USL, il quale conduce due anni più tardi alla soppressione dell'assemblea generale, che legava maggiormente le unità sanitarie all'autonomia municipale, ed alla riduzione dei membri del comitato di gestione, che in parte apre la strada all'aziendalizzazione. La Legge n. 4 del 15 gennaio 1986 riduce il numero dei componenti del comitato di gestione e sopprime l'Assemblea generale, le cui funzioni vengono assunte dal Consiglio comunale/Assemblea generale della comunità montana.

La Legge 1942/87 persegue il sempre controverso tema della separazione tra gestione tecnica ed amministrazione politica delle USL, garantendo personalità giuridica a queste ultime, cosa che le porta peraltro a coincidere con i territori provinciali. Ciò fa loro assumere un carattere tendenzialmente aziendalistico, che contraddistingue tra l'altro anche le agenzie regionali preposte alla funzione di monitoraggio ed erogazione delle risorse sanitarie. Si ha “una struttura centralizzata e per enti, dunque, cui corrisponde una eguale centralizzazione all'interno di ciascun ambito, in specifico nelle USL, dove al consiglio di amministrazione si affianca un direttore unico, assunto con contratto di tipo privato, cui compete l'intera attività di gestione” [Vicarelli 2004, 25].

3.1.2 Gli anni Novanta ed il processo di aziendalizzazione

Gli anni Novanta segnano la vera e propria “svolta culturale e politica in senso aziendalista della sanità” [Ardissonne 2009, 133], anche sull'onda della grave crisi politica ed economico-finanziaria del 1992 e del maggior rigore richiesto dalle istituzioni europee. Il passaggio è quello che porta dalle logiche distributive precedenti, in linea con le politiche sociali di stampo fordista-keynesiano, a logiche sottrattive di contenimento della spesa pubblica e ad una sostanziale crisi dello stato sociale universalista. L'obiettivo precipuo che si pone l'azione riformatrice è di eliminare la componente politica dalla gestione della sanità, assieme a quello di limitare l'eccessivo potere di influenza dei medici come categoria professionale [Vicarelli 2012].

Se da un lato la “riforma *bis*” conferma i principi cardine di quella del 1978 per quanto attiene all'universalità dell'assistenza, la tutela della salute come imprescindibile diritto del cittadino (art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana), la programmazione sanitaria di livello nazionale degli interventi sanitari ed il

coinvolgimento della cittadinanza, dall'altro segna anche l'adozione di una cultura organizzativa aziendalistica tipica del modello privato.

Il primo passo decisivo di questa svolta dell'ultimo decennio del XX secolo avviene con il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, dal titolo "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" (denominata riforma De Lorenzo-Garavaglia). Esso trae origine dalla Legge Delega 421/92 citata nel titolo, che estende i principi della Legge 142/1990 per gli Enti Locali ad altre sezioni delle Pubbliche Amministrazioni, cioè la separatezza delle funzioni, il principio di efficienza, efficacia ed economicità della gestione, contabilizzazione e monitoraggio periodico del lavoro svolto. La ristrutturazione del sistema prosegue con il D. Lgs. 517 del 7 dicembre 1993, che recepisce il pronunciamento in merito della Corte Costituzionale (sentenza n. 355/93), sollecitata dal ricorso di alcune regioni nei riguardi di alcuni principi della riforma De Lorenzo-Garavaglia.

Con questo duplice intervento legislativo avviene la vera svolta in senso aziendalista della sanità italiana: le USL assumono formalmente i caratteri di vere e proprie aziende (a partire dalla loro definizione di Aziende Sanitarie Locali) aventi personalità giuridica e dotate di "autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica" (art. 3), pur essendo "enti strumentali" delle regioni. Se le USL erano enti comunali, le ASL si caratterizzano per essere enti regionali, dotati di personalità giuridica ed ampia autonomia: "questo processo di rafforzamento regionale è strettamente connesso con il processo di aziendalizzazione" [Maino 2001, 100].

Si delinea la transizione da un modello organizzativo di tipo "politico-rappresentativo" ad uno di tipo "tecnico-aziendalistico" [Ferrera 2006]: mentre prima il comitato di gestione era di nomina politica, questo fa ora capo ad un Direttore Generale di natura non politica (organo monocratico), bensì tecnica. Nello specifico l'autonomia riconosciuta alle nuove strutture organizzative sanitarie rimanda a molteplici dimensioni:

- Autonomia organizzativa: potere di individuazione della struttura organizzativa, cioè di definizione delle funzioni particolari e degli organi ad essi preposte;
- Autonomia amministrativa: potere di emanare in modo autonomo atti amministrativi;
- Autonomia patrimoniale: potere di disporre del patrimonio assegnato (atti di acquisizione, amministrazione e cessione dello stesso);

- Autonomia contabile: definizione autonoma della contabilità economica a patrimoniale;
- Autonomia gestionale: determinazione autonoma di obiettivi, programmi e prestazioni e possibilità di allocare all'uso risorse umane, strutturali e finanziarie;
- Autonomia tecnica: organizzazione di attività tecniche da svolgere in termini di definizione di procedure ed utilizzo delle risorse a disposizione.

Tutti i tipi di autonomia sono incarnati ed esercitati nella figura dei Direttori Generali delle singole ASL, nominati dalle Regioni; questi sono coadiuvati da due figure tecniche ausiliarie, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, cui pertiene il ruolo di fornire pareri non vincolanti al Direttore Generale nei rispettivi ambiti di competenza. Viene poi istituito un Collegio dei Revisori, nel quale si consolida la necessità di un controllo permanente e continuo delle finanze dell'azienda.

Il Direttore Generale ed il Collegio dei Revisori sono dunque gli organi istituzionali di carattere manageriale delle nuove aziende sanitarie. Il primo è nominato con decreto dal Presidente della Giunta regionale ed è coadiuvato da un Direttore Amministrativo e da un Direttore Sanitario, da lui stesso nominati mediante provvedimento ufficiale. Il Direttore Generale assume i principali compiti gestionali e di rappresentanza legale dell'azienda; quello Sanitario è un medico che ha il potere di gestire i servizi sanitari a livello organizzativo e ricopre una funzione consultiva nei confronti del Direttore Generale nell'ambito di sua competenza; il Direttore Amministrativo, infine, è un laureato in discipline giuridiche o economiche e ha competenze di gestione delle funzioni amministrative. I rapporti di lavoro dei tre principali dirigenti sono di carattere privatistico e della durata di cinque anni (art. 3 c. 6).

Oltre alle ASL, anche gli ospedali "di rilievo nazionale" (art. 4) sono soggetti a processo formale di aziendalizzazione, in quanto diventano Aziende Ospedaliere (AO) o presidi ospedalieri; sono decretati tali dal Ministero della Sanità sulla base delle indicazioni e delle valutazioni effettuate dalla regioni. Anche le Aziende Ospedaliere hanno autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile e tecnica, mentre i presidi hanno invece solo autonomia direzionale, economico-finanziaria e gestionale. Viene poi introdotto il principio del controllo della qualità dell'assistenza sanitaria mediante il metodo della "verifica e revisione" delle prestazioni fornite (art. 10) o VRQ, che trae fondamento da accordi internazionali sottoscritti con l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'aziendalizzazione della sanità italiana ottempera alla finalità di distinguere tra programmazione sanitaria (affidata alla politica) e gestione della sanità (affidata ai dirigenti), annosa questione posta dalla riforma del 1978, e trova la sua *ratio* anche nei caratteri tipici del contesto storico italiano dei primi anni Novanta. Se il decreto 502 del 1992 rifletteva il carattere liberale del Ministro che lo firmò, De Lorenzo, lo scoppio degli scandali di Tangentopoli all'inizio del 1993 condusse al D. Lgs. 517 del 1993, che tendeva ad enfatizzare maggiormente la prospettiva aziendalistica delle organizzazioni sanitarie, in quanto garanzia di gestione trasparente ed apolitica, che almeno sulla carta avrebbe dovuto preservare dalla cattiva gestione e dal pervasivo clientelismo. Ciò nella misura in cui “much of the malfunctioning of the health service was attributed to interference by political parties, the introduction of overt financial and managerial logic seemed to be a good way to save the public health service” [Tousijn e Giorgino 2009, 332]. Lo slogan “più mercato, meno Stato” sembrava rispondere perfettamente alle esigenze di minor ingerenze statali, e quindi politiche, nella gestione del sistema sanitario: nel principio aziendalista si riconosceva la soluzione da cui partire per risolvere le annose questioni della sanità italiana.

Il ruolo delle regioni all'interno del sistema sanitario viene ampliato notevolmente, a scapito di quello dei comuni: vengono attribuite alla Giunte regionali le funzioni di programmazione e di nomina dei dirigenti aziendali, mediante la figura dell'assessore alla sanità. Vengono resi di competenza regionale l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e tutte quelle attività aventi a che fare con l'indirizzo tecnico, il controllo di gestione e la valutazione della qualità (art. 2). In ambito di programmazione, alle regioni viene demandato il compito di emanare Piani Sanitari che mettano in atto le direttive generali dettate dal Piano Sanitario Nazionale.

La riforma De Lorenzo-Garavaglia ha anche ripercussioni non trascurabili sulla professione medica: i tre livelli gerarchici vigenti in precedenza (primari, aiuti e assistenti) vengono ricondotti a due: i dirigenti di primo livello, che ricoprono il ruolo di supporto prima svolto da aiuti ed assistenti, e quelli di secondo livello, cui pertiene la direzione di strutture sanitarie semplici e complesse, prima appannaggio dei primari.

Anche il sistema di finanziamento delle strutture sanitarie viene modificato profondamente: dal sistema a piè di lista delle spese sostenute si passa al sistema basato sulla “quota capitaria”, per cui il finanziamento alle regioni avviene in base al numero e alla composizione della popolazione residente, mentre quello delle Aziende Ospedaliere avviene in base alla quantità e alla tipologia di prestazioni ospedaliere erogate nel

rispetto delle D.R.G. (*Diagnosis Related Groups*⁵). Muta anche la tempistica del finanziamento: prima le risorse erano assegnate *ex post* su base storica, adesso il vincolo di bilancio sussiste *ex ante*.

Sempre in materia di finanziamento, una delle vere e proprie rivoluzioni è individuabile nella separazione del concetto di erogazione da quello di garanzia della prestazione: il ruolo di gestione ed erogazione viene distinto nettamente da quello di finanziamento. Fino alla riforma del '92, la USL era addetta alla doppia funzione di assicurare ed erogare il servizio poiché gli enti ospedalieri avevano perduto la loro autonomia ed erano stati cooptati nelle Unità Sanitarie Locali: “con il decreto 502, si separa l’attività di governo del servizio dall’attività di erogazione/prestazione del servizio. La USL ha soltanto il compito di garantire le prestazioni sanitarie ai cittadini che ad essa, per ambito territoriale, fanno riferimento” [Bottari 2002, 228-9]. Non è importante tanto che le prestazioni siano erogate direttamente dall’azienda sanitaria, ma che essa predisponga un’adeguata programmazione finalizzata ad ottenere i migliori risultati al minor costo possibile. In tal modo si genera una sorta di competizione nella gestione delle prestazioni sanitarie, dal momento che esse possono essere erogate nello stesso territorio dall’Azienda Ospedaliera, da presidi della USL (Distretti o presidi ospedalieri), da case di cura ed ospedali privati, ecclesiastici o militari, da individuare sempre e comunque tra i soggetti accreditati.

La finalità di questi interventi è quella di trasformare le aziende sanitarie e quelle ospedaliere in *providers* di prestazioni sanitarie destinate ad un pubblico che si compone di consumatori e non più di soli cittadini-pazienti: costoro possono scegliere i fornitori di servizi di cura che ritengono più opportuni tra attori sia pubblici che privati, la cui appartenenza effettiva a questo mercato è subordinata ad una procedura di accreditamento. È questo un tipo di mercato di carattere particolare poiché “controllato”, cui è sottesa la dottrina della *Managed Competition*, su cui ci soffermeremo nel secondo paragrafo. Per essere parte di questo mercato è infatti d’uopo che i soggetti presentino delle caratteristiche precise in termini di requisiti minimi, individuati a livello nazionale e regionale, a livello di struttura organizzativa e di

⁵ Le *Diagnosis Related Groups* (DRG), introdotte nel contesto italiano come Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (ROD), costituiscono uno strumento di classificazione dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere sulla base del criterio delle risorse economiche impiegate per curarli.

strumentazione tecnica disponibile. Vengono separati i fornitori di prestazioni sanitarie (strutture ospedaliere, organizzazioni pubbliche e private accreditate dalla Regioni) dagli acquirenti, cioè le stesse aziende sanitarie: i rapporti tra i fornitori sono regolati da meccanismi concorrenziali, che individuano un quasi-mercato a concorrenza controllata. Dato che le nuove modalità prevedono il finanziamento *ex post* in base alle prestazioni fornite ed alla loro appropriatezza, le strutture erogatrici sono indotte a dare vita a comportamenti virtuosi dal punto di vista dell'efficienza economica per poter accaparrarsi la differenza tra quanto rimborsato dallo Stato ed i costi effettivi sostenuti.

Gli enti che possono richiedere l'accreditamento sono le strutture ospedaliere basate sul ricovero continuativo, ambulatori preposti a finalità diagnostico-strumentali, riabilitative e di laboratorio, strutture che erogano servizi in regime residenziale come i centri diurni e gli studi odontoiatrici o di altre professioni sanitarie riconosciute.

L'accreditamento dei fornitori viene pensato come strumento di regolamentazione dell'offerta e di tutela della domanda e come fattore di garanzia che i servizi offerti presentino i requisiti per soddisfare l'utenza in termini qualitativi e quantitativi. Teoricamente, questo è preposto anche al ruolo di ridurre l'asimmetria informativa esistente tra produttore e consumatore. Tale strumento, "imitando" il modello concorrenziale puro, è finalizzato a garantire pluralità dell'offerta ed ampia libertà di scelta all'utente. L'accreditamento è inoltre uno strumento di *accountability*, poiché crea capitale sociale di fiducia rendendo i soggetti interessati capaci di rendere conto della propria attività.

Le Aziende USL sono tenute ad operare in base al criterio dell'economicità: "si tratta di un'economicità parziale, nel senso che il regime giuridico non è ispirato a criteri di totale privatizzazione poiché la funzione di tutela della salute pubblica non può subordinarsi a principi totalmente privatistici" [Bottari 2002, 231]. L'azienda sanitaria non diventa solo produttrice di servizi, ma anche soggetto che, in quanto dotato di propri fondi, acquista servizi socio-sanitari.

Viene prevista anche la possibilità di demandare a soggetti terzi le attività strumentali e di supporto: servizi amministrativi (gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico, acquisti, sistemi informativi, reclutamento personale), servizi come biblioteche e servizi specificamente sanitari (farmacie, laboratori di analisi). Ciò corrisponde a quanto avviene nelle aziende del settore privato, ovvero a quella "terziarizzazione" che consente di demandare a soggetti terzi singole fasi di produzione

o servizi vari ad esse relati, secondo la pratica diffusa dell'*outsourcing* che contraddistingue molte aziende private dagli anni Settanta in poi [Martinelli 2003].

Gli interventi normativi del 1992-93, secondo alcuni [Cavicchi in Ardigò *et al.*, 2002], non vanno visti tanto come un tentativo di contro-riformare il sistema messo in piedi dalla 833 del 1978, quanto una sua “modernizzazione ordinamentale”. Se in precedenza il costo dei servizi sanitari era relativamente contenuto e dipendeva dalla spesa, questo diviene in seguito, con la crescita esponenziale dei suoi costi, variabile dipendente dalle risorse economiche disponibili. Le riforme del biennio 1992-93 segnano una profonda cesura rispetto al passato, ma il percorso era solo all’inizio e necessitava di ulteriori provvedimenti.

3.1.3 Il D. Lgs. 229/99 e gli interventi più recenti

La riforma Bindi, D. Lgs. 229 del 19 giugno 1999 (“Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”) pare in parte ispirata ai principi istitutivi del Servizio Sanitario Nazionale del ’78, pur ponendosi in linea di continuità con le riforme del biennio 1992-93. Le aziende sanitarie hanno personalità giuridica pubblica, ma operano mediante atti di diritto privato: la finalità è quella di valorizzare la dimensione pubblica del servizio sanitario, pur riconoscendo un ruolo ad altri attori istituzionali e sociali, che possono far parte anche del terzo settore. Se le riforme del 1992-93 erano animate dalla dottrina della *Managed Competition*, quella del 1999 è invece segnata dalla *Managed Cooperation*, giacché rende centrale l’esigenza di legittimazione e riconoscimento dal basso delle politiche sanitarie.

Questo provvedimento sancisce il parziale ritorno ad un sistema sanitario integrato, proseguendo però al contempo sulla strada del rafforzamento dell’autonomia regionale in materia di pianificazione; rende inoltre centrale il Piano Sanitario Regionale assieme al Piano Sanitario Nazionale e valorizza il Distretto locale per l’assistenza primaria. Questo ha confermato le linee di intervento del biennio 1992-93 per quanto concerne il decentramento della sanità: le aziende sanitarie ed ospedaliere sono individuate dalle regioni, che sono addette al loro finanziamento, al controllo delle loro attività e alla nomina del Direttore Generale. Come elemento ulteriormente significativo dal punto di vista aziendalistico, aggiunto nell’articolo 3 della riforma Bindi dal D. Lgs. n. 168 del 7 giugno 2000, le Unità Sanitarie Locali, da parte loro, vengono costituite come aziende

con “personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale”, la cui organizzazione ed il cui funzionamento sono regolati con “atto aziendale di diritto privato”, che individua “le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, soggette a rendicontazione analitica”.

Alle regioni viene affidato un duplice ruolo: devono da un lato stabilire le regole di funzionamento della sanità, in particolare per quanto attiene le modalità di finanziamento, di ripartizione delle risorse tra le diverse aziende, di accreditamento degli erogatori e di controllo della qualità delle prestazioni. Dall’altro, la regione ha il compito di gestire i servizi mediante le stesse aziende locali, cui è comunque riconosciuta ampia autonomia.

Uno degli elementi di maggiore novità introdotti dalla riforma Bindi è l’introduzione dei Livelli Essenziali e uniformi di Assistenza (LEA), che si articolano su tre livelli: l’assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, quella distrettuale e quella ospedaliera. I livelli essenziali di assistenza sono indicati ogni tre anni dal Piano Sanitario Nazionale e garantiti a livello territoriale dalle regioni mediante le aziende sanitarie locali.

Il Distretto, già previsto dalla 833 ma mai messo in funzione fino in fondo all’atto pratico, viene individuato come articolazione territoriale delle ASL preposta a garantire assistenza primaria di carattere sanitario e socio-sanitario a livello locale: diviene centrale nella logica del *primary care* e della deospedalizzazione. Questa struttura viene dotata di “autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all’interno del bilancio della unità sanitaria locale” (art. 3-*quater* c. 2), da sfruttare nell’utilizzo delle risorse che vi sono destinate sulla base delle caratteristiche della popolazione del territorio di riferimento. Il Distretto “rappresenta un centro di responsabilità rispetto all’utenza: esso ha il ruolo di assicurare una risposta globale ed integrata (tra le diverse specialità sanitarie e anche in relazione ai servizi sociali) alla domanda di salute, organizzando in autonomia, sulla base delle risorse assegnate, un processo erogativo che per l’utente risulti unitario” [Mele e Adinolfi 2005, 186].

Viene poi messo in risalto l’obbligo di “appropriatezza” (art. 15-*decies*) da parte del personale medico per ogni prestazione fornita: dalla prescrizione dei medicinali agli accertamenti diagnostici, dalle visite ambulatoriali specialistiche alle dimissioni dei pazienti dall’ospedale. Tale criterio si intende nella doppia dimensione clinica ed organizzativa (art. 8-*quinques*), che va monitorata periodicamente dalle regioni e dalle

Aziende Sanitarie Locali sulla base della “congruità economica” e dell’effettiva necessità degli stessi.

Le linee essenziali di questa riforma tratteggiano i contorni di una vera “rivoluzione copernicana” nel settore sanitario, in quanto determinano “una chiara apertura del sistema produttivo/erogativo a logiche di concorrenza e di competitività in regime di *par condicio* tra strutture pubbliche, strutture private e professionisti” [Megali 2008, 24], che operano in regime di concorrenza amministrata.

Viene inoltre enfatizzata la partecipazione dei cittadini organizzati in associazioni di volontariato al monitoraggio ed alla valutazione dei servizi sanitari ed è prevista una duplice modalità di finanziamento: basato su una funzione assistenziale per le Aziende sanitarie e su prestazione ospedaliera e ricovero per le aziende ospedaliere. La cosiddetta “riforma *ter*” recepisce inoltre i principi della *Evidence Based Medicine* (art. 1 c.7), medicina basata sull’evidenza scientifica o su prove di efficacia, che esclude dai livelli essenziali di assistenza i “servizi e le prestazioni sanitarie” che “non soddisfano il principio dell’efficacia e dell’appropriatezza, ovvero la loro efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate”.

Infine, diventa centrale l’integrazione socio-sanitaria, estrinsecantesi in “percorsi assistenziali integrati” che chiamano in causa servizi di tipo sanitario e protezione sociale che hanno a che fare con l’area materno-infantile, anziani, diversamente abili, malati psichiatrici, tossicodipendenti, sieropositivi, malati terminali, persone affette da patologie cronico-degenerative. La linea di riferimento seguita è quella della garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Il Distretto socio-sanitario è una delle realtà in cui è necessario che i Comuni e le aziende sanitarie predispongano le pratiche di integrazione socio-sanitaria.

Tale riforma ha ricondotto la gestione degli ospedali (esclusi alcuni di livello nazionale) alle ASL, ha consentito lo sviluppo delle assicurazioni private, da utilizzare in ospedali pubblici o accreditati, ha definito il criterio di accreditamento sulla base del fabbisogno regionale (da specificare nella programmazione delle amministrazioni pubbliche) e ha infine regolato l’attività privata autonoma dei medici dipendenti degli ospedali pubblici.

L’orientamento è comunque volto al *marketing* dei servizi e alla privatizzazione dei rapporti di lavoro all’interno del settore:

L'organizzazione sembrerebbe promuovere, almeno nelle intenzioni, un cambiamento di cultura in grado di indebolire le tendenze burocratiche e centralistiche dell'istituzione pubblica, per introdurre principi legati alla professionalità, alla competenza, all'iniziativa, alla competizione tra settore privato e pubblico per la qualità delle prestazioni erogate, al fine di avvicinare le logiche di azione del settore pubblico a quelle supposte prevalenti nelle imprese private [Rizza, in Cipolla e Maturò 2008, 356].

Il nuovo modello organizzativo introdotto dalle riforme “prevede una re-interpretazione dell'istituzione, in questo caso la professione medica, ma anche del sistema sanitario nel suo insieme” [Ardissonne 2009, 131]. A partire dalle riforme del 1992-93, i medici sono stati inquadrati nel comparto della dirigenza pubblica, mentre in precedenza il potere decisionale era appannaggio della sola figura del primario di reparto.

La finanziaria del 1997 (L. 662/96) ha poi distinto la possibilità per i professionisti di svolgere attività libero-professionale secondo regime intra-murario (definito come l'utilizzo di strutture dell'azienda di appartenenza ed onorari concordati con il direttore sanitario, con devoluzione alla ASL di una parte dei ricavi) o extra-murario (utilizzo di strutture private con onorario massimo e minimo stabilito dall'ordine professionale), sancendo il principio di esclusività del rapporto di dirigenza pubblica e prevedendo così la possibilità, per i medici in questa situazione professionale, di svolgere la sola attività *intramoenia*.

Come vedremo più avanti, con l'introduzione del paradigma aziendalista all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, la professione medica è stata posta dinanzi a nuove sfide, messe in rilievo dalla necessità, da parte dei medici, di fare proprie logiche estranee alla professione medica “classica”. La professione medica viene inquadrata in un unico ruolo e un unico livello dal punto di vista formale, mentre da quello sostanziale continuano ad esistere quattro livelli [Toth 2012]:

- incarichi di direzione di struttura complessa (dipartimento, Distretto o presidio ospedaliero) della durata da cinque a sette anni e subordinati alla frequentazione di un corso di formazione manageriale;
- incarichi di direzione di struttura semplice di durata tra tre e cinque anni, conferiti dalla direzione aziendale su proposta del direttore della struttura complessa di riferimento;
- incarichi di natura professionale, che contemplan anche quelli di specializzazione, consulenza, studio e ricerca: possono essere di base o di alta

specializzazione e durano da tre e cinque anni;

- incarichi di natura professionale per i dirigenti assunti da meno di cinque anni (medici di prima assunzione).

La Riforma Bindi rispecchia il *trend* teso alla destatalizzazione [Bottari 2002] e demanda all'ambito locale un numero sempre maggiore di compiti nell'ottica dello snellimento delle procedure. La sua *ratio* di fondo è da rinvenire nel principio di sussidiarietà orizzontale, che si affianca a quello di sussidiarietà verticale, secondo cui l'azione di governo e di amministrazione viene affidata agli enti più vicini alla cittadinanza che sono in grado di farsene carico.

Per quanto concerne il finanziamento, le ASL vengono finanziate dalle regioni in base alla quota capitaria concernente le principali caratteristiche della popolazione (quantità, caratteristiche socio-anagrafiche *etc.*) per mantenere dei criteri comunque omogenei di finanziamento da parte del Fondo Sanitario Nazionale. Il sistema tariffario stabilisce il prezzo delle prestazioni e dei servizi da remunerare ai fornitori effettivi pubblici e privati e presuppone un loro elenco esaustivo. Ogni regione stabilisce individualmente le tariffe relative a prestazioni ambulatoriali, medicinali, trattamenti ospedalieri sulla base del costo effettivo rilevato da un campione statisticamente significativo di erogatori pubblici e privati.

3.1.4 Il decreto Balduzzi

L'ultimo intervento legislativo che ha coinvolto la sanità è il Decreto Legge n. 158 del 13/09/12, denominato "Decreto Balduzzi", dal nome del Ministro della Salute del Governo Tecnico Monti. Esso ha, tra l'altro, fatto rientrare quanto previsto dall'accordo collettivo nazionale tra i livelli essenziali di assistenza individuati dal decreto Bindi (art.1 c.1 lettera a).

Il Decreto Balduzzi ha proseguito sulla linea dell'integrazione tra servizi socio-sanitari e su quella del potenziamento del territorio: il Distretto diviene il contesto organizzativo primario. Rifacendosi all'esperienza britannica, vengono previste attività assistenziali lungo tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, mediante le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), forme organizzative di carattere mono-professionale che garantiscono "un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali" (art. 1 c.1 lettera b) e le Unità Complesse di

Cure Primarie (UCCP), che integrano il lavoro dei professionisti sanitari con quelli del sociale e lo coordinano adeguatamente.

Ciò si pone in linea di continuità con l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 20 gennaio 2005 (art. 26), che prevede l'istituzione di forme associative reticolari in forma di *équipes* territoriali (art. 54), che all'atto pratico si è sostanziato nell'avviamento in via sperimentale, ad adesione volontaria, delle "Unità di Assistenza Primaria" (UTAP), "strutture territoriali ad alta integrazione multidisciplinare ed interprofessionale" adibite a rispondere alle esigenze di salute di livello territoriale. L'associazionismo dei medici di medicina generale, parte integrante della logica dell'*équipe* di territorio, persegue, tra le altre finalità, quella del "coordinamento funzionale" delle attività e delle funzioni dei medici di medicina generale con quelle del Distretto di riferimento (art. 54 2d).

Il decreto stabilisce che le ASL prevedano per le organizzazioni multi-professionali forme di finanziamento a *budget* e che ne fissino gli obiettivi e le modalità mediante cui raggiungerli, naturalmente nel rispetto delle direttive facenti capo alla programmazione regionale e nazionale. Nella costituzione delle UCCP le regioni devono privilegiare la formazione di una rete poliambulatoriale territoriale dotata di una strumentazione tecnologica comune per tutto il personale che vi opera e aperti al pubblico tutti i giorni, compresi quelli festivi e prefestivi. Tali strutture devono essere in "coordinamento e in collegamento telematico" con gli ospedali.

I dirigenti medici e sanitari devono essere sottoposti a valutazione periodica mediante strumenti stabiliti dalla regione, che sono finalizzati a valutare quantità e qualità delle prestazioni erogate in relazione alle risorse disponibili, la soddisfazione degli utenti e quella del rispetto del contenimento dei costi (art. 4 c.5). All'interno del collegio di direzione, istituito dalla regione nelle aziende e negli enti facenti capo al SSN, sono rappresentati tutti i profili professionali del settore. Questo ente è preposto al governo delle attività cliniche, alla pianificazione delle attività e dei servizi erogati, alla ricerca (in particolare negli ospedali universitari), alla didattica, alla formazione del personale ed alla valutazione dei risultati in relazione agli obiettivi stabiliti *ex ante*.

3.1.5 I Distretti e il modello del Chronic Care

Una delle istanze centrali che fa da sfondo agli interventi più recenti ed all'ottica dell'integrazione socio-sanitaria è quella del *Chronic Care Model* (CCM). Tale modello si riferisce a tutte quelle attività “atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione” [Benci 2009, 36]. Per essere riconducibile al CCM, un intervento deve rispondere ai requisiti di multiprofessionalità delle competenze richieste e coinvolgere le aree del *self-management* e della progettazione del sistema di erogazione degli interventi, facendo leva anche sulle risorse della comunità locale. Più sinteticamente, il CCM è il riferimento teorico, mentre l'integrazione socio-sanitaria è la sua declinazione in termini pratici. La strategia organizzativa per perseguire tale obiettivo è quella dell'integrazione tra ospedale e territorio, che è stata formalizzata con la riforma Bindi.

La riforma del '99, infatti, rende obbligatoria l'istituzione dei Distretti e riconosce loro autonomia di gestione nel perseguire i propri obiettivi di promozione della salute sul territorio con un approccio intersettoriale e la loro individuazione a contesto primario di integrazione di assistenza sociale e sanitaria. Il Distretto, già previsto dalla L. 833/1978, aveva il compito di coordinare i servizi sanitari prestatosi dai medici di famiglia e dei servizi sociali, da un lato, e dei poliambulatori diffusi sul territorio dall'altro. Negli anni Ottanta questa struttura si è dimostrata del tutto dipendente dalle USL, mentre già con le riforme del 1992-93 viene fatto il tentativo di venire incontro ad una specifica domanda sociale legata a fattori come l'anzianità, la disabilità di vario genere, tossicodipendenza mediante servizi centrati su questi bisogni.

La vera innovazione consiste nel designare il Distretto come “mini-azienda” fornita di un *budget* specifico e gestita da una dirigenza decentrata rispetto a quella dell'Azienda Sanitaria Locale. I compiti del Distretto divengono quindi quelli di supporto e di integrazione all'attività dei medici di base, assistenza domiciliare a disabili ed anziani non indipendenti, ospedalizzazione domiciliare, gestione accesso mediante il Centro Unico di prenotazione (CUP), assistenza ambulatoriale specialistica, sportelli informativi di vario genere ed espletamento di procedure amministrative a livello locale.

Ospedale e territorio sono due realtà profondamente diverse tra loro: l'ospedale è una realtà a forte valenza burocratico-professionale, diretta da professionisti specialisti subordinati alla struttura amministrativa, che crea dei vincoli in relazione alle risorse su cui è possibile far leva. L'ospedale è preposto a produrre beni e servizi di carattere standardizzato, creando spesso degli automatismi nelle logiche di lavoro quotidiane, che trovano fondamento nella rigida divisione dei ruoli.

Tra i servizi territoriali prevale invece una logica lavorativa a rete, a motivo della loro natura geograficamente frammentaria e della polivalenza funzionale dettata dall'imperativo di perseguire come obiettivo la salute di popolazioni proprie di realtà territoriali anche molto diverse tra loro. Data la molteplicità dei compiti da seguire, dall'assistenza ambulatoriale classica alla gestione dei tossicodipendenti a quella delle persone affette da malattie cronico-degenerative, prevale un'organizzazione professionale meno eteronoma rispetto all'ospedale, strutturata in modo meno rigido e più ampia in relazione alle competenze richieste per perseguire gli obiettivi dell'azienda. Ciò si riflette anche sui profili professionali richiesti che, a prescindere dal ruolo specifico in sé, sono chiamati ad esercitare una maggiore autonomia di gestione delle situazioni lavorative e a non operare meccanicamente mediante procedure semi-automatiche. Tali differenze si estrinsecano nella cultura organizzativa specifica:

la differenza con la cultura organizzativa, tradizionalmente ospedaliera, delle specialità, è che in quel caso il problema del paziente deve rientrare in una delle categorie previste dall'organizzazione, mentre qui dovrebbero essere gli specialisti a ridefinire i loro confini e attività in funzione dei problemi del paziente, accettando il rischio dell'incertezza che questo comporta [Maino 2001, 95-96].

Tabella 1. Peculiarità di ospedale e territorio nella sanità italiana

| <i>Struttura ospedaliera</i> | <i>Struttura territoriale</i> |
|--|---|
| Professionista iperspecializzato in un settore specifico | Professionista capace di integrare il proprio punto di vista con quello di altri specialisti |
| <i>Routine</i> organizzativa strutturata (protocolli standardizzati) | <i>Routine</i> organizzativa non pienamente identificabile; maggiore attenzione ai processi ed alla capacità di correggersi <i>in itinere</i> e di trovare soluzioni personalizzate |
| Professionista "burocrate" | Professionista "riflessivo" |

Prima di passare ad analizzare le teorie relative alle innovazioni organizzative introdotte dalle riforme, risulta utile schematizzare le caratteristiche principali del sistema sanitario italiano precedente e successivo alle riforme.

Tabella 2. Caratteristiche principali della sanità italiana prima e dopo le riforme

| | <i>Pre-riforme</i> | <i>Post-riforme</i> |
|--|--|---|
| <i>Finanziamento</i> | Modello integrato: reperimento risorse e fornitura servizi svolti da medesima organizzazione | Modello contrattuale: separazione del finanziamento dall'erogazione (finanziamento a prestazione) |
| <i>Attori in gioco</i> | Pubblici | Misti (pubblici, privati, associazioni <i>etc.</i>) |
| <i>Regolazione fornitura delle prestazioni sanitarie</i> | Monopolio | Concorrenza amministrata |
| <i>Principio gestionale</i> | <i>Government</i> | <i>Governance</i> |
| <i>Tecnica organizzativa</i> | Burocratico-professionale | Aziendalista (<i>New Public Management</i>) |
| <i>Politiche pubbliche</i> | Condizionali, distributive e settoriali | Di scopo, sottrattive e intersettoriali |
| <i>Assetto istituzionale</i> | Monocentrico | Policentrico |
| <i>Condizioni di accesso</i> | Cittadinanza | Requisiti di reddito (<i>ticket</i> come forma di compartecipazione alla spesa) |
| <i>Utenza</i> | Cittadino-paziente | Utente-consumatore |

3.2 Politiche sanitarie e modelli organizzativi

In questo paragrafo, si sottopongono ad analisi il paradigma gestionale sotteso alle riforme, il *New Public Management* (NPM), ed uno dei suoi pilastri, su tutti la teoria della *Managed Competition*, che mutano radicalmente le logiche del sistema sanitario. In seguito, si analizzano le tendenze più recenti che hanno interessato il modello gestionale tra gli anni Novanta e l'inizio del XXI secolo, con particolare riferimento alla ridefinizione del NPM in *Public Network Management* (PNM) e dei suoi effetti sul concetto di salute.

3.2.1 Aziendalizzazione, quasi-mercati e *New Public Management*

Il *New Public Management* (NPM) è uno degli strumenti più diffusi mediante cui si sono sostanziate le politiche di riforma dei servizi pubblici e costituisce una delle precipue modalità organizzative sulle quali il sistema sanitario ha fatto leva. Questo rappresenta l'emblema del nuovo paradigma diffusosi nelle politiche sociali di fine secolo, che tende a far sì che i fondamenti teorici ed i riferimenti pratici concernenti la

gestione dei pubblici uffici sia sempre più di ordine manageriale ed economicistico e meno di carattere politico ed amministrativo.

La sua implementazione attuata dagli anni Ottanta all'interno dei sistemi sanitari di gran parte degli Stati europei ha tratteggiato il passaggio da un “*professionally driven service*” ad un “*managerially driven service*” [Dent 2005, 624]. Il NPM è definibile, a livello generale, come un

Puzzle dottrinale sviluppato per sedimentazioni e strati successivi, che promette delle nuove modalità di pensare l'organizzazione amministrativa a partire da un insieme eterogeneo di assiomi ricavati da teorie economiche, di esiti teorici della teoria del *management*, di pratiche sperimentate all'interno delle riforme (in particolare nei paesi anglosassoni) e di sistematizzazioni prodotte da organismi quali l'organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico [Bezes e Demazière 2011, 295].

I pilastri del *New Public Management* sono individuabili nei seguenti punti:

- separazione netta tra le funzioni di controllo e quelle operative di messa in pratica e di esecuzione dei compiti;
- frammentazione delle burocrazie verticali e verticistiche attraverso la creazione di unità amministrative autonome ed *empowerment* dei gruppi di utenti dei servizi forniti;
- ricorso sistematico a meccanismi di mercato o quasi-mercato (concorrenza tra attori pubblici e privati nell'offerta dei servizi, individualizzazione degli incentivi, esternalizzazione dell'offerta);
- trasformazione della struttura gerarchica dell'amministrazione mediante rafforzamento delle responsabilità e dell'autonomia dei ruoli responsabili della fase operativa dell'azione dello Stato;
- monitoraggio dei risultati fondato sul raggiungimento degli obiettivi, costante valutazione delle *performances*.

Il NPM pone una notevole enfasi sia sull'efficienza, intesa come relazione tra *input* e *output* dei processi, sia su quello di efficacia, cioè sul grado di raggiungimento dei risultati attesi in relazione agli obiettivi fissati *ex ante*. Di conseguenza, è di rilevanza centrale l'attenzione alla *performance*, in particolare attraverso il continuo controllo dei risultati conseguiti alla luce degli obiettivi prefissati. Per raggiungerli, sono predisposte forme organizzative e gestionali di carattere snello, piatto, altamente specializzato ma al contempo multifunzionale. Viene inoltre prevista l'introduzione di “*market-type*

mechanisms” (MTMs) e la conseguente applicazione di tecniche di controllo della qualità delle prestazioni fornite ai clienti come il *Total Quality Management* (TQM).

L'introduzione di logiche di mercato poggia sulla convinzione che possano incrementare le capacità di autoregolazione del sistema sanitario e quindi la sua capacità di essere maggiormente indipendente rispetto all'intervento statale [Cipolla, in Giarelli 1998]. Questo modello gestionale si sposa con una “visione policentrica” delle pubbliche amministrazioni, che è volta all'introduzione di una molteplicità di attori all'interno della macchina amministrativa per accrescere il potere discrezionale degli uffici pubblici e la loro autonomia rispetto alla politica [Moini 2002].

Da questo punto di vista, l'attuazione di pratiche di NPM riporta in auge la classica opposizione, di carattere teorico, tra professioni e burocrazia e tra professionalismo e managerialismo. L'unione delle logiche della razionalizzazione, della standardizzazione e dell'*accountability* (*redevabilité*), infatti, influisce in modo molteplice sui professionisti: ne diminuisce il margine di autonomia, intaccando la dimensione discrezionale di giudizio all'interno delle pratiche lavorative quotidiane e problematizza l'efficacia e la sostenibilità economica della professione. Ma è altresì d'uopo tener conto del fatto che la dialettica professioni/burocrazia non rende ben conto della complessità degli attori in gioco: le caratteristiche dei gruppi professionali del settore pubblico e le riforme messe in atto non sono le stesse nelle varie realtà nazionali. Pertanto, gli effetti di tali politiche di riorganizzazione possono essere anche molto diversi tra loro: a seconda della realtà di riferimento entrano in gioco fattori contestuali specifici che influenzano i meccanismi di rinegoziazione delle pratiche lavorative, linguistiche e relazionali. La sfida diviene allora quella di comprendere come le riconfigurazione organizzativa “comprendere e mostrare come l'introduzione di logiche e strumenti manageriali costituisce un vettore di differenziazione delle traiettorie professionali, di ricomposizione del lavoro dei professionisti e di divisione dei mondi professionali” [Bezes e Demazière 2012, 300].

Il NPM costituisce un veicolo di diffusione del professionalismo organizzativo: rappresenta una delle risposte alla crisi del *welfare state* delineatasi a partire dalla seconda metà degli anni Settanta, finalizzata teoricamente a rendere i servizi offerti più efficienti e di qualità, contendendo i costi e minimizzando gli sprechi. Tale modalità organizzativa si differenzia dal *management* classico per la mancanza di due peculiarità: l'accettazione del ruolo della dirigenza nel controllo del lavoro e la possibilità di standardizzazione del lavoro stesso. Questa tecnica di gestione prevede il ricorso a

forme di regolazione di mercato o quasi-mercato, seppur con la necessità di specificare che:

Una privatizzazione *tout court* risulta difficilmente attuabile a causa delle caratteristiche intrinseche del settore e delle peculiarità dei beni trattati. Il fatto che i pazienti non abbiano le competenze necessarie per valutare la qualità dell'offerta di servizi sanitari e siano influenzabili da fattori di natura soggettiva (preoccupazione circa le proprie condizioni di salute) e quindi costretti ad affidarsi a terzi (medici e figure sanitarie professionali) impedisce l'applicabilità del modello di mercato puro al sistema sanitario. Per queste ragioni si rende necessaria la presenza dell'operatore pubblico, almeno in veste di regolatore pubblico [Maino 2001, 29].

Una delle risposte più comuni alla crisi di sostenibilità dei sistemi sanitari occidentali, in particolare nell'ottica della riduzione dei costi e dell'accrescimento dell'efficienza, è quindi il ricorso a logiche di mercato come forma di regolazione del settore, che rimanda al concetto di concorrenza amministrata all'interno di mercati legati ad una concorrenza "vincolata" tra acquirenti e produttori/erogatori. Questi espedienti costituiscono un'applicazione della teoria della *Managed Competition*, sviluppata da Alain Enthoven, legata anche alle definizioni di *internal market*, *quasi-market*, *public competition*, nonché ai termini italiani di managerializzazione ed aziendalizzazione.

La *Managed Competition* individua una serie di accorgimenti organizzativi concettualizzati nei primi anni Settanta e messi in atto negli anni Ottanta per ovviare alle problematiche di efficienza ed efficacia dei sistemi sanitari occidentali. Essa non è però una tecnica volta solo a lasciare libero spazio alle forze di mercato e per mettere in atto tagli orizzontali alla spesa sanitaria, che ne intaccherebbero non solo l'efficienza, ma anche l'equità: "managed competition is not deregulation. It is new rules, not no rules" [Enthoven, cit. in Light 1995, 147]. Tali regole riguardano la valutazione della comunità, la qualità delle assicurazioni, certificazione annuale dell'adeguatezza degli enti erogatori e continuità della copertura assistenziale.

Nella sua applicazione pratica, questa teoria è legata alla separazione tra la funzione di erogazione delle prestazioni e quella di finanziamento, che, se sovrapposti, tendono a generare distorsioni in termini di efficienza, facendo prevalere gli interessi specifici dei fornitori o degli acquirenti/finanziatori su quelli degli utenti/contribuenti. La *ratio* consiste in particolare nel fatto che tale separazione dovrebbe permettere, almeno in linea teorica, di dare risalto alle preferenze dei consumatori, a proporre loro un'offerta

di servizi più consoni e di indirizzarli verso scelte più economicamente convenienti. La *Managed Competition* è inoltre legata a meccanismi di controllo della spesa standardizzati come i Raggruppamenti Omogeni di Diagnosi (*Diagnosis Related Groups*) che nascono negli Stati Uniti d'America come meccanismo di contabilizzazione degli interventi terapeutici ospedalieri per facilitare il lavoro delle assicurazioni private.

I quasi-mercati delineano forme atipiche ed ibride (a cavallo tra settore pubblico e privato) di regolazione di un certo contesto, nonché tra le loro rispettive logiche. Tali forme si collocano a metà tra Stato (principio di redistribuzione) e mercato (principio dello scambio concorrenziale). Essi sono “mercati” poiché sostituiscono il monopolio statale nella fornitura di servizi sanitari con un sistema di agenti fornitori operanti in un mercato competitivo, ma mantengono il termine “quasi” perché differiscono dai mercati puri sia dal lato dell’offerta che da quello della domanda [Le Grand 1991]. Dal punto di vista dell’offerta, c’è effettiva concorrenza tra fornitori (siano essi università, scuole, ospedali, case residenziali *etc.*) che cercano di accaparrarsi quote di clienti più ampie possibile, ma, a differenza del mercato puro, queste organizzazioni non devono sottostare necessariamente al principio di massimizzazione del profitto. Dal lato della domanda, invece, il potere di acquisto dei consumatori non è dato in termini di denaro, ma nella forma di *budget* destinato o *voucher*, finalizzato all’acquisto di uno specifico servizio. Anche se, nel settore della sanità e dei servizi sociali, il consumatore immediato non è quello che esercita la scelta concernente le decisioni di acquisto, che sono invece delegate ad una terza parte, che può essere il dirigente, il medico di base o l’autorità sanitaria locale.

Sinteticamente, è possibile affermare che i quasi-mercati differiscono dai mercati convenzionali per tre ordini di fattori: in primo luogo, tra gli attori che competono per contratti pubblici vi sono anche organizzazioni no-profit, oltre ad enti pubblici e privati; in secondo luogo, il potere di acquisto dei consumatori non si misura in termini di denaro, ma di *voucher*; infine, i consumatori non operano in prima persona, ma sono rappresentati da agenti.

Un altro elemento centrale della competizione amministrata è la separazione del momento politico da quello gestionale, delineato dall’introduzione di figure di tipo manageriale. Questa istanza è legata alla finalità di depoliticizzare le organizzazioni sanitarie, di renderle meno influenzabili da dinamiche politiche e di lasciare maggiore

spazio a figure tecniche e, teoricamente, *super partes* dell'organizzazione quali i manager.

I presupposti necessari all'implementazione del sistema sono una corretta informazione degli utenti in qualità di consumatori dei servizi forniti ad un duplice livello: dai produttori convenzionati o dalle agenzie che li rappresentano. In tal modo viene presupposto che il meccanismo possa garantire qualità ed efficienza delle cure, sottostando al principio di economicità e di sostenibilità del sistema. In tutto ciò, compito dell'istituzione statale è quello di garantire livelli assistenziali di base e di fissare dei livelli omogenei ad essi relativi.

Nella sua teorizzazione originaria, la *Managed Competition* dovrebbe garantire efficienza ed equità: al suo interno vi sono attori collettivi che fungono da sponsor che contrattano con piani sanitari competitivi dal lato della domanda e che strutturano e regolano il mercato per ovviare ai suoi endemici fallimenti [Enthoven 1988]. Questo sistema è finalizzato a riorientare il settore verso la minimizzazione dei rischi e delle malattie rafforzando notevolmente il sistema di cure primarie e focalizzando l'attenzione sulla prevenzione piuttosto che sulla cura.

Ciò segna una svolta nella logica del *welfare state*: nel “vecchio” stato sociale i governi locali possedevano, gestivano e finanziavano direttamente asili, scuole primarie e secondarie, università e politecnici, alloggi popolari; similmente, il governo centrale possedeva e gestiva ospedali e altre strutture sanitarie e finanziava i medici generici. Adesso i servizi di *welfare* vengono forniti sempre più da una pluralità di agenzie indipendenti, facenti capo ad un vero e proprio mercato, seppur non propriamente del tutto concorrenziale, in quanto tali agenzie devono essere riconosciute dallo Stato sulla base di certe credenziali. Questi enti possono essere di carattere pubblico, privato, misto, associativo. Il carattere ibrido di questo mercato rende necessario un “correttivo basato sul controllo sociale (lab) degli interessi particolaristici (lib) che potrebbero avvelenare la competizione di mercato” [Martignani 2007, 100], la cui urgenza si dà in particolare a motivo della non sovrapponibilità di questa sfera con quella del mercato, giacché quelli forniti sono beni “relazionali” come la salute, l'istruzione e la sicurezza [Zamagni e Bruni 2003].

Le accuse mosse dalla destra politica, precipua sostenitrice della dottrina della competizione amministrata, alle burocrazie del *welfare* consistono nella sua inefficienza di base sia nell'allocazione delle risorse, caratterizzata da enormi sprechi, sia nei servizi offerti, che non sarebbero adeguati alle esigenze della domanda. L'introduzione di

quasi-mercati viene vista come la soluzione a queste criticità, in particolare nella misura in cui, almeno teoricamente, solleciterebbe un uso più efficiente delle risorse in gioco. I meccanismi competitivi stimolerebbero anche una maggiore equità, nella misura in cui, allargando l'offerta, creerebbero più alternative volte a soddisfare le esigenze dei consumatori. La gestione da parte di organizzazioni pubbliche sarebbe inefficiente poiché, dato che queste non perseguono l'obiettivo della massimizzazione del profitto, tenderebbero a sprecare risorse.

In realtà, le attività di mercato (*marketed*) sono del tutto contrattuali e richiedono che i contratti siano concepiti, monitorati adeguatamente e, se necessario, applicati: queste attività necessitano di risorse economiche. Ulteriori risorse si rendono necessarie per le attività di comunicazione o comunque di divulgazione delle proprie attività e dei propri servizi per incrementare le quote di mercato e quindi i potenziali clienti. Per quanto attiene il caso del NHS, "if enough hospitals become independent, the consequence will be the conversion of the NHS from being a (virtual) monopoly purchaser of labour to a (virtual) monopoly purchaser of services" [Le Grand 1991, 1264].

La teoria della *Managed Competition* palesa una molteplicità di limiti [Light 1995], connessi alla propria essenza: *in primis*, tende a creare degli oligopoli nel mercato tra fornitori/erogatori di servizi, che dovrebbe essere tendenzialmente concorrenziale. Il modello di Enthoven crea forti barriere all'ingresso per nuovi potenziali *competitors* e anche all'uscita da questo mercato, che viene di fatto posto sotto il controllo degli attori più importanti, con rilevanti restrizioni in termini di possibilità di scelta dei consumatori. In secondo luogo, crea le condizioni per alzare i costi amministrativi e di *marketing* delle organizzazioni sanitarie, non ultimo anche per gli elevati stipendi dei dirigenti di professione. Esso incoraggia poi la massimizzazione del guadagno personale e necessita di un elevato livello di regolazione che scoraggia il capitale sociale di fiducia e l'ideale di servizio proprio della definizione classica delle professioni sanitarie. I fornitori sono visti come *homini oeconomici* tendenti a massimizzare il proprio interesse rispetto all'altruismo e alla dedizione al paziente, condizione che solleva sfiducia nei loro confronti da parte dell'opinione pubblica. Eccessiva fiducia viene invece riposta nel ruolo dei manager e, più a monte, nei confronti della gerarchia manageriale per tenere sotto controllo e gestire adeguatamente il mercato.

Il paradigma della competizione amministrata soffre insomma del tipico riduzionismo di cui è stata accusata l'economia politica [Polanyi 1974]: in primo luogo dipinge il paziente come un consumatore bene informato e che effettua le proprie scelte

sulla base del prezzo di mercato della prestazione offerta e che è capace di effettuare scelte sulla base di un'accurata valutazione costi-benefici; inoltre, determina un incremento delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari indebolendo la sanità pubblica. Il rischio, in altre parole, è quello che la libera scelta lasciata al paziente si traduca nella sua solitudine di fronte ad una miriade di enti erogatori di carattere pubblico e privato.

Il passaggio dalla nozione di cittadino a quella di consumatore ben esemplifica la transizione da uno stato sociale di stampo universalista, in cui la cittadinanza è il requisito per avere accesso alle prestazioni di cura, ad un paradigma neo-liberale, per cui il cittadino diviene acquirente di beni e servizi, quelli della salute, considerati alla stregua di beni materiali di altro tipo. La fallacia di cui sembra soffrire la definizione consumerista è data anche dalle limitate possibilità di azione dell'individuo entro i confini di libertà di scelta dati tra le possibilità del mercato in un preciso momento e in un determinato contesto.

Anzitutto, i mercati sanitari non possono essere regolati da una concorrenzialità perfetta, data dalla verosimile possibilità di posizioni di carattere monopolistico o semi-monopolistico da parte di certi attori, la determinazione di esternalità negative, la persistenza di un'asimmetria informativa che è endemica ed ineliminabile [Moini 2002]. In generale, è oltremodo arduo pensare ad un consumatore di servizi sanitari come essere razionale perfettamente a conoscenza di tutte le informazioni capaci di massimizzare il proprio stato di salute. Una branca specialistica come la medicina, come abbiamo visto in precedenza, richiede conoscenze che si acquisiscono solo in periodi medio-lunghi di socializzazione professionale e spesso non è sufficiente nemmeno per gli stessi medici.

A ciò va aggiunto che, a proposito della divisione tra *provider* e *purchaser*, vengono affiancati due tipi diversi di organizzazione, mosse da principi e logiche differenti [Del Vecchio, in Cipolla e Giarelli 2002], giacché nel contesto dei quasi-mercati sono presenti soggetti pubblici, privati ed appartenenti alla società civile che, per loro natura, operano perseguendo obiettivi anche molto eterogenei tra loro, se non contrapposti. I meccanismi di concorrenza tra queste realtà pongono quelle di natura pubblica dinanzi al dilemma sollevato dal perseguire l'obiettivo del massimo profitto, che non pertiene alla loro natura:

Il rischio diviene quindi che le risorse sempre più scarse risultino deviate in misura crescente verso il privato, peggiorando la qualità del pubblico. Col risultato di indurre il pubblico, per sopravvivere, ad adottare la stessa logica del privato, rischiando di divaricare sempre più le finalità del servizio pubblico rispetto alla promozione della salute della popolazione [Cipolla, in Giarelli 1998, 11].

Ciò uscita una problematica di “costi di transazione”, in quanto le aziende pubbliche ed i loro membri possono non essere sollecitati a comportamenti di stampo competitivo ed i rapporti fiduciari (*relational markets*) creatisi tra aziende pubbliche e loro dirigenti intrattenuti da prima. Di conseguenza, la razionalità della singola fase del processo di erogazione e legata ad una delle tipologie degli attori in gioco può non risultare essere razionale dal punto di vista delle finalità e degli obiettivi del soggetto in causa nel suo complesso.

In conclusione di questo paragrafo, è necessario precisare che sarebbe eccessivamente semplicistico pensare che le riforme delle pubbliche amministrazioni degli ultimi due decenni del XX secolo abbiano fatto registrare una convergenza globale verso il modello NPM, cui pure la crisi globale ha dato nuova linfa. Secondo l'impostazione di Pollitt e Bouckaert [2011], quella del *New Public Management* non è stata l'unica via per fronteggiare le criticità poste dalla fine del XX secolo: il processo di ricezione dei suoi presupposti ha palesato una tendenziale *path-dependency*, mostrando caratteristiche differenti da paese a paese. I paesi anglosassoni, su tutti Stati Uniti e Regno Unito, il NPM è stato teorizzato ed adottato in modo più coerente possibile rispetto alla sua “ortodossia”.

Negli Stati dell'Europa continentale si sono invece maggiormente mostrati i caratteri di uno Stato neo-weberiano (*Neo-Weberian State*), che unisce elementi del concetto di Stato come teorizzato da Max Weber ad istanze innovative. Gli elementi weberiani sono da ravvisare nella riaffermazione della centralità dell'istituzione statale e del regime politico democratico all'interno di una cornice di preservazione e consolidamento dell'idea di servizio pubblico in quanto caratterizzato da uno status differente rispetto a quello offerto dai privati. Gli elementi di innovazione presenti consistono invece nel passaggio da un orientamento interno di stampo burocratico ad uno esterno volto al soddisfacimento del cittadino, mediante la valorizzazione della cultura professionale della qualità e non mediante un'apologia della dottrina del mercato. Viene inoltre valorizzata la dimensione della partecipazione dei cittadini mediante forme di rappresentanza diretta a livello locale, nell'ottica di una integrazione di essa con il ruolo

della democrazia rappresentativa. La gerarchia professionale è stata comunque orientata al raggiungimento dei risultati prestabiliti ed al monitoraggio continuo *ex ante* ed *ex post*, come nel NMP “puro” e le figure manageriali sono state professionalizzate a tale scopo.

3.2.2 Il modello gestionale: dal *government* alla *governance*

Negli anni Ottanta e Novanta, le nuove parole chiave in ambito sanitario, ma nel settore pubblico in generale, divengono quelle di *governance*, *partnership*, fiducia, trasparenza in un contesto in cui il governo viene concepito come “imprenditoriale”. La prima di queste diventa una delle modalità precipue mediante cui il settore pubblico cerca di fronteggiare la situazione di crisi economica e finanziaria, che diviene strutturale dopo il crollo del fordismo e del suo stato sociale.

Il termine *governance* è connotato da una marcata ambiguità: da un lato è associato all’idea del managerialismo, mentre dall’altro alle relazioni di cooperazione tra enti soggetti istituzionali in un contesto competitivo [Pollitt e Bouckaert 2011]. Questo comporta un passaggio fondamentale del paradigma sotteso alla gestione delle organizzazioni pubbliche: il superamento parziale degli strumenti di *government* precedenti e l’amministrazione attraverso reti e *partnership* tra istituzioni pubbliche, private e soggetti appartenenti alla società civile. Si delinea, dunque, la transizione da forme di direzione e controllo gerarchico-burocratiche a forme reticolari e policentriche.

Il termine *government*, tipico della gestione delle organizzazioni sanitarie del periodo precedente le riforme, rimanda ad una accentuata rigidità burocratica all’interno di organizzazioni verticistiche, che esercitano un monopolio nell’erogazione dei servizi. La logica di riferimento è quella dello stato sociale universalista, le cui declinazioni organizzative a livello sanitario sono caratterizzate da un forte accentramento delle strutture, che si estrinseca in una tendenziale uniformità nelle tipologie di servizi offerti. L’*ethos* di fondo è dato dal rispetto delle regole formali e dall’ottemperamento dei compiti imposti dal diritto amministrativo e palesa forti legami con la dimensione della gestione politica degli enti. Il tutto è retto da una forma di potere legale-razionale, in termini weberiani, per cui la legittimità è data dal rispetto delle norme formalizzate poste da coloro che ricoprono i ruoli posti ai vertici della piramide della struttura.

Il concetto di *governance*, diversamente, rimanda ad organizzazioni di carattere flessibile che erogano prestazioni all’interno di un mercato o di un quasi-mercato retto

da *Managed Competition*, come visto sopra. Non vige un regime monopolistico di regolazione, bensì meccanismi di scambio tra una molteplicità di soggetti fornitori all'interno di un sistema altamente frammentario. La logica di fondo è data dal monitoraggio continuo delle prestazioni basato su indicatori prestabiliti e dalla verifica del raggiungimento degli obiettivi fissati. Si fondano su un forte senso di responsabilità nei confronti del cliente, che viene pensato come un consumatore razionale che sceglie in base alle proprie conoscenze in un mercato semi-competitivo [Del Vecchio, in Cipolla e Giarelli 2002]. Il termine fa riferimento all'interconnessione tra istituzioni pubbliche e soggetti collettivi appartenenti alla società civile, quali movimenti di consumatori e pazienti, associazioni, organizzazioni transnazionali, Organizzazioni Non Governative, che cercano di negoziare obiettivi condivisi da raggiungere con uno sforzo comune in base ad una logica collaborativa orizzontale, piuttosto che mediante ordini impartiti da un'autorità centralizzata. La gestione diretta di tutte le fasi che conducono all'erogazione del servizio da parte delle aziende pubbliche, tipico della fase dell'età dell'oro del *welfare state*, viene soppiantata da un modello di gestione che le alleggerisce di alcuni compiti e che apre alle aziende private e del terzo settore.

Tabella 3. *Government e Governance*

| <i>Government</i> | <i>Governance</i> |
|-------------------------------|--|
| Autorità centralizzata | Logica gestionale orizzontale |
| Organizzazioni verticistiche | Organizzazioni snelle |
| Rigidità burocratica | Flessibilità |
| Monopolio | <i>Market-Type Mechanism (MTMs)</i> |
| Utente | Consumatore |
| Redistribuzione | Scambio |
| Accentramento | Frammentazione |
| Uniformità di erogazione | Molteplicità di fornitori |
| Rispetto formale delle regole | Monitoraggio delle prestazioni basato su indicatori prestabiliti |
| Responsabilità politica | Responsabilità nei confronti dell'utente |
| "Fare" | "Predisporre condizioni e stimoli perché altri soggetti lo facciano" |

Il concetto di *governance* è di recente conio ed è sottoposto a due principali interpretazioni: una manageriale ed una sociologica [Giarelli, in Cipolla e Giarelli 2002].

Il paradigma manageriale tende a leggere la *governance* come strategia volta al miglioramento in termini di trasparenza e di prestazioni erogate dagli enti pubblici mediante introduzione di dispositivi competitivi di regolazione e, sostanzialmente,

strategie di NPM con l'obiettivo finale di venire incontro alle richieste ed alle esigenze dell'utente consumatore in vista della massimizzazione della sua utilità. Questa visione lega il tutto alla *corporate governance*, paradigma di riferimento per la gestione delle grandi *corporations*, volto al potenziamento e alla valorizzazione della partecipazione alle decisioni di tutti gli *stakeholders*.

Il modello sociologico, invece, tende a proporre una lettura di questo concetto nei termini di una *partnership* tra attori pubblici, privati e del terzo settore finalizzata a fornire maggiore equità di accesso a servizi pubblici sempre più vicini all'utenza e concepiti come servizi alla persona. La logica, improntata sull'umanizzazione di politiche sociali negoziate, è quindi diretta all'*empowerment* ed alla partecipazione dell'utenza.

Negli anni Novanta queste istanze si sono sviluppate percorrendo le strade, parallele anche se in apparente contrasto tra loro, della managerializzazione e del decentramento istituzionale; vie parallele ma coeve di verticalizzazione ed orizzontalizzazione. La managerializzazione pone attenzione sull'autonomia della dirigenza nel percorso mirato a perseguire gli obiettivi aziendali attraverso indicatori di risultati, figli di un processo di valutazione costante dei servizi e dell'attività svolta. Per converso, il decentramento prevede il trasferimento di responsabilità e poteri ai soggetti istituzionali più prossimi al cittadino, in ottemperanza al principio di sussidiarietà verticale, e privilegia sistemi di finanziamento basato sul modello del federalismo fiscale. Da questo punto di vista, "decentramento, tasse di scopo, responsabilizzazione finanziaria degli utenti, sono tutti elementi che spingono il sistema pubblico verso i principi di mercato" [Del Vecchio, in Cipolla e Giarelli 2002, 61].

Ciononostante, è necessario rimarcare il fatto che il concetto di *governance* non è alternativo a quello di *government*, il quale rappresenta sempre uno dei capisaldi della gestione delle pubbliche organizzazioni: la modalità di guida della società gerarchico-burocratica e quella reticolare tendono altresì a coesistere, dando vita a forme di intersezione tra di esse e di rinegoziazione degli strumenti di gestione.

3.2.3 Le tendenze recenti ed il concetto di salute sottostante

Si possono distinguere due periodi nell'ambito delle riforme sanitarie: il primo arriva fino alla metà degli anni Novanta, il secondo inizia con la seconda metà dello stesso decennio. Il primo periodo è segnato dall'introduzione di politiche sanitarie "*market-*

oriented”, orientate in modo forte verso una logica competitiva di tipo mercantile, seppure “amministrata” (*Managed Competition*). Il secondo periodo delle riforme vede luce nella seconda metà degli anni Novanta ed è contraddistinto da “*cooperative oriented-health policies*”, improntate sulla logica della cooperazione piuttosto che su quella della competizione.

Il ricorso alle teorie e alle tecniche del NPM ha palesato una serie di criticità negli anni Novanta, che si sono sostanziate in risultati gestionali non del tutto soddisfacenti. Le “*market-oriented health policies*” hanno mostrato di non essere capaci di limitare la spesa sanitaria, che anzi ha proseguito sulla strada di una crescita apparentemente inarrestabile. Inoltre, c’è stata una “sovramedicalizzazione dell’offerta” [Moini 2001, 96], legata all’utilizzo di tecnologie sempre più sofisticate, in base alla tendenza all’iperspecializzazione delle conoscenze mediche di cui abbiamo parlato nel capitolo precedente.

La tanto celebrata centralità del paziente non si è concretizzata del tutto a livello pratico in una sufficiente umanizzazione delle cure, né in un livello adeguato di responsività (*responsiveness*) nei confronti degli utenti. Non sono poi stati risolti problemi endemici del sistema sanitario italiano, come la dilatazione dei tempi di attesa per le visite specialistiche e l’iniquità di accesso per coloro che appartengono alle fasce di reddito più basse.

Questo ha reso necessario un ripensamento delle politiche sanitarie, particolarmente in relazione alla comprensione dei bisogni sanitari prioritari, alla selezione delle risorse atte a garantirli e ad un maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione degli utenti. Ciononostante, in Italia la metà degli anni Novanta ha visto una riconferma della centralità dei meccanismi di *Managed Competition*, incentrata sulla ulteriore contrattualizzazione delle relazioni, la valorizzazione della ricerca a livello clinico e la valutazione delle prestazioni dei sistemi sanitari.

Gli ultimi due punti, in particolare, hanno portato all’adozione degli strumenti tipici della medicina basata su evidenze scientifico-terapeutiche valorizzate da analisi statistiche e meta-analisi: “in questa logica al tradizionale primato della concezione biomedica della salute e della malattia si somma quello della pura razionalità economica. C’è quindi il rischio della sottovalutazione delle variabili di ordine sociologico e culturale nella valutazione dei servizi sanitari” [Moini 2001, 99]. Le Linee Guida, precipuo risultato della *Evidence Based Medicine* (EBM), costituiscono uno dei

pilastri della *Clinical Governance*, che, come vedremo tra breve, è divenuto il riferimento organizzativo del sistema sanitario anche in Italia.

Dati poi i risultati non del tutto soddisfacenti ottenuti dalle tecniche di NPM, nella seconda metà degli anni Novanta si passa a valorizzare la logica della cooperazione e della *Managed Cooperation*, inaugurata dal governo norvegese nel 1995, che pone in rilievo la centralità degli organismi locali nella gestione della sanità e la programmazione delle strutture regionali assieme a quelle locali. Questo designa, in sostanza, un trasferimento delle responsabilità e di gestione delle risorse al livello intermedio, mentre il sistema di finanziamento è invece dato dalla distribuzione di risorse economiche calcolate in base ai costi di esercizio di anno in anno. Nell'esperienza norvegese ciò è stato unito ad una pianificazione di forme di cooperazione nella gestione delle diverse articolazioni organizzative ed istituzionali del sistema sanitario.

Alla fine degli anni XX secolo, la sanità ha assunto quindi una forma di carattere reticolare, forgiata dalle *network (or cooperation) oriented health policies*, incentrate sul perseguimento delle quattro "E":

- efficienza: ottimizzazione delle risorse sanitarie ed economiche;
- efficacia: miglioramento degli *outcomes*;
- *empowerment*: ruolo maggiormente attivo del ruolo dei pazienti e dei professionisti sanitari nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- equità: riduzione delle disuguaglianze nella distribuzione della salute nella popolazione.

Viene in tal senso valorizzato un approccio integrato ed intersettoriale alle politiche sanitarie, basato sull'imperativo della prevenzione piuttosto che sulla terapia medica specialistica e l'ospedalizzazione. Lo strumento precipuo diventa quello del *Public Network Management* (PNM), evoluzione del NPM, che individua una rete di relazioni stabili tra una pluralità di attori sociali pubblici, privati e no-profit reciprocamente interdipendenti ed opera per far acquisire tre nuove funzioni al sistema sanitario:

- *stewardship*: capacità di fornire una *vision* ed una direzione alle azioni base del sistema;
- *framing*: selezione, organizzazione ed interpretazione di significati ad una certa realtà;
- *naming*: attribuzione di un nome ad una situazione problematica.

Il tutto è perseguito all'interno di una cultura di rete, che crea una cornice comune di riferimento e quadri concettuali condivisi da tutti gli attori coinvolti. La condivisione di ciò porta in modo diretto o indiretto all'adozione di modelli di comportamento comuni e a mobilitare risorse di vario tipo in una realtà di tipo cooperativo, nel quale le istituzioni pubbliche fungono da *network manager*, cioè hanno il ruolo di consolidare i riferimenti culturali della rete.

Il mutamento nelle politiche sanitarie e nelle modalità di gestirle, di cui abbiamo tratteggiato la cornice, implica anche una ridefinizione del concetto di salute: in precedenza la salute dipendeva dalla spesa, mentre con la crescita del suo costo, giunge a dipendere dalle risorse economiche disponibili. Il suo significato si distanzia dunque da quello classico di assenza di malattia, uno dei capisaldi del paradigma biomedico, per assumere rilevanza sociologica, intersettoriale ed interistituzionale. Fattori sociali, economici e storici interagiscono con l'istanza prettamente clinica, declinandosi in un ripensamento del concetto di salute e di malattia. L'idea di salute che emerge da questa circostanza storico-culturale è dunque di carattere multidimensionale: determinanti di carattere sociale, storico, culturale ed economico concorrono a definire e ridefinire la nozione di salute, la cui costruzione è demandata anche al sistema sanitario stesso, che non la recepisce più come un apriori dato per scontato.

La salute viene modificata in modo rilevante dal concetto di *New Public Health* (NPH), per cui essa viene ricondotta alla nozione di qualità della vita, di cui rappresenta una delle dimensioni rilevanti: viene privatizzata, ossia rimandata alla sua gestione individuale da parte di soggetti chiamati in prima persona a perseguire uno stato di benessere psico-fisico. Le organizzazioni sanitarie, da parte loro, sono chiamate a gestire il rischio clinico e sanitario nell'ottica della prevenzione, tenendo sotto controllo gli stili di vita insalubri della popolazione, potenziali vettori di malattie.

La gestione della malattia ed il perseguimento della condizione di salute divengono un processo di accompagnamento graduale del paziente lungo tutto il percorso necessario, che va dalla degenza ospedaliera alle dimissioni e a tutto ciò che esse comportano anche nelle fasi successive. Si va oltre l'idea della malattia come elemento da eliminare principalmente mediante ospedalizzazione, tendente a privilegiare un approccio di tipo burocratico al paziente, il rapporto con il quale viene considerato esaurito con le dimissioni dello stesso. Le riforme, invece, valorizzando il territorio ed il trattamento integrato delle prestazioni socio-sanitarie, perseguono l'obiettivo del

mantenimento della salute lungo tutto il percorso dei pazienti, che, almeno teoricamente, non devono essere lasciati a loro stessi una volta che termina la gestione della malattia nella sua fase di acuzie, in ottemperanza ai principi del *Chronic Care Model*.

Lo scenario è individuabile nella transizione epidemiologica, che ha visto prima il passaggio dalla prevalenza di malattie infettive come primo fattore di mortalità della popolazione a quello in cui queste patologie vengono poste sotto controllo grazie alla scoperta dei vaccini e, in secondo luogo, il passaggio alla fase segnata dalla diffusione di malattie croniche. La seconda transizione è infatti contraddistinta dalla diffusione di malattie cronicodegenerative di massa (processo innescato precipuamente dal progressivo invecchiamento della popolazione), e dall'incidenza sempre maggiore di patologie e veicoli di mortalità derivanti dallo sviluppo e dai ritmi della tarda modernità, quali malattie professionali, incidenti stradali, stress, ansia, depressione.

Conseguentemente, anche le politiche atte al suo mantenimento devono essere di carattere intersettoriale: l'azione di *stewardship* diviene centrale nella gestione del nuovo concetto di salute, integrando le strategie e le azioni dei vari soggetti in gioco. L'obiettivo delle *policies* deve esser quello di conciliare gli imperativi sulla carta antitetici di equità (appannaggio dello Stato) ed efficienza (appannaggio del mercato). In particolare, è utile che le politiche istituzionalizzino un processo cooperativo tra i vari attori preposti al mantenimento di un concetto condiviso di salute, siano esse di carattere pubblico, privato o appartenenti al terzo settore: questa è la falsariga in base alla quale si sono sviluppate le politiche sanitarie italiane dalla seconda metà degli anni Novanta in poi. Queste linee si concretizzano in azioni di tipo reticolare volte al coinvolgimento dei vari attori istituzionali che ricoprono un ruolo attivo nel *welfare* sanitario ed assumo rilevanza anche strumenti come la programmazione negoziata per portare avanti progetti comuni volti a creare un percorso assistenziale che accompagni l'utente dalla dimensione ospedaliera a quella distrettuale-territoriale.

Si aprono così spazi per l'adozione di un paradigma gestionale pubblico all'insegna del *Public Network Management*, cui abbiamo accennato in conclusione del capitolo secondo, da parte delle istituzioni del servizio sanitario nazionale, adibito al "coordinamento di reti di azione che, costitutivamente, non tollerano autorità forti" [Moini 2001, 220]. In questa prospettiva, le organizzazioni sanitarie non erogano solo prestazioni assistenziali, ma contribuiscono a strutturare un contesto condiviso di azione per i vari *stakeholders*, mentre il ruolo del politico è quello del *policy network*, ovvero

quello di legittimazione e perpetuazione dei riferimenti valoriali e culturali della rete di attori in gioco, ossia delle sue “cornici regolative” [Dent 2005, 625].

Tabella 4. Evoluzione della politica sanitaria in Italia nel periodo successivo alle riforme

| <i>New Public Management</i> | <i>Public Network Management</i> |
|--|---|
| <i>Governance</i> aggregativa | <i>Governance</i> integrativa |
| Stato regolatore | Stato integratore |
| <i>Managed Competition</i> | <i>Managed Cooperation</i> |
| Beni di merito | Beni relazionali |
| Interessi | Valori |
| Contratto | Patto/programma |
| Denaro | Fiducia |
| Sorveglianza e regolazione dei quasi-mercati | Decentralizzazione, delega e reticolarità |
| <i>Economic regulation</i> | <i>Social regulation</i> |
| Organizzazioni sanitarie erogatrici di prestazioni | Organizzazioni sanitarie creatrici di una cornice istituzionale di azione condivisa |

3.3 Alcune linee interpretative delle riforme

In questo paragrafo ci soffermiamo sulle interpretazioni delle riforme e sulla serie di riflessioni che sollecitano: *in primis* gli effetti sull’idea di stato sociale e sul rapporto tra Stato e mercato, improntato sul paradigma neo-liberista che è sotteso agli interventi riformatori. In seguito, ci concentriamo sulle chiavi di lettura delle riforme avanzate dagli approcci neo-foucaultiani e neo-istituzionalisti. Infine, affronteremo l’impatto del mutamento dal punto di vista dell’organizzazione sanitaria (in particolare la *Clinical Governance*) e da quello della professione medica, dal punto di vista strettamente lavorativo e da quello delle altre sfere di vita.

3.3.1 L’aspetto culturale del mutamento

L’aziendalizzazione del sistema sanitario solleva una questione di grande rilevanza per la modernità occidentale: il rapporto tra Stato e mercato, più nello specifico il non facile equilibrio tra dinamiche di *welfare state* e promozione del mercato competitivo, che è uno dei punti fondamentali del sostrato culturale sotteso alle politiche dell’Unione Europea.

Le riforme degli anni Novanta in Italia si sono poste sul filone già applicato nelle realtà britannica e statunitense dalla fine degli anni Settanta, ispirandosi a modelli

concorrenziali e semi-concorrenziali. Si è andata delineando una vera e propria dialettica tra “garanzia della tutela della salute in una cornice pubblica che assicura un servizio sanitario tendenzialmente universalistico” [Matteucci 2009, 180] e regole di mercato. Una questione politica, sociale e di sostenibilità finanziaria dello Stato che si pone anche come problematica etico-filosofica: l’antitesi è tra la salute come diritto dell’essere umano *qua talis* universalmente riconosciuto e salute come servizio economico venduto su un mercato tendenzialmente concorrenziale e, parallelamente, tra paziente come essere umano e paziente come consumatore razionale di beni e servizi sanitari. Come abbiamo rilevato, con le riforme il compito di erogare e controllare le prestazioni assistenziali è demandato dallo Stato a strutture terze autonome di carattere pubblico o privato sottoposte a procedura formale di accreditamento.

Questa dinamica rende cogente un ripensamento del *welfare state* all’occidentale, così come si è consolidato negli anni centrali del XX secolo, che vedeva nel mercato uno strumento atto a creare risorse economiche da redistribuire sulla base di politiche keynesiane. L’ottica era quella della riduzione delle diseguaglianze sociali della popolazione con l’obiettivo di creare le condizioni per una sostanziale eguaglianza di opportunità di partenza nell’accesso alle risorse sociali ed economiche. Il mutamento di concezione si palesa anche in un graduale allontanamento dalla “grammatica del *welfare*” per abbracciare un linguaggio economicistico proprio delle realtà istituzionali private.

La riorganizzazione del settore sanitario presenta dunque importanti implicazioni di carattere culturale: “la riforma dei servizi pubblici pare aver messo in agenda soprattutto argomenti di ingegneria istituzionale, di compatibilità a criteri e requisiti di ordine economico che rischia di alimentare e legittimare culture caratterizzate da una indifferenza e irresponsabilità verso i beni collettivi” [La Rosa e Rizza, in Cipolla e Maturo 2008, 349]. Ciò prende forma nella “crisi dello statuto pubblico delle istituzioni di tipo collettivo”, che distoglie dal principio per cui i servizi pubblici sono tenuti a produrre beni comuni di tipo “relazionale” come salute, educazione, sicurezza sociale ed assistenza e che lede l’elemento costitutivo dello stato sociale novecentesco, scalzato dalla diffusione di vaghe “culture del privatismo”.

Nella sfera delle politiche è possibile distinguere tra l’intersecarsi dell’azione di organismi pubblici e di attori civili all’interno di varie arene da un lato, e quello tra organismi pubblici ed attori privati dall’altro, che avvengono in regime di mercato o di quasi-mercato. La chiave di lettura di carattere dicotomico “Stato *versus* mercato”

diventa riduttivo come strumento per leggere le dinamiche in atto e nel considerare i nuovi attori che entrano in gioco:

È una stilizzazione stereotipa pensare al vecchio stato amministrativo come una monade contrapposta all'economia e alla società. Transazioni sono sempre avvenute. La novità sta piuttosto nel fatto che attori privati e forze sociali oggi sono chiamati a partecipare al processo della formulazione e dell'implementazione [Donolo 2005, 36].

Il settore dei servizi pubblici nella sua forma novecentesca di *welfare state* costituiva la più vasta area di “non-mercato” delle principali economie occidentali. L'ondata neoconservatrice portata avanti *in primis* dai governi statunitense e britannico a partire dagli ultimi decenni del XX secolo, in particolare con le amministrazioni Reagan e Thatcher, ha segnato una sempre più forte intrusione del mercato all'interno delle dinamiche lavorative e nei meccanismi organizzativi delle strutture pubbliche.

La riconfigurazione del settore non costituisce una regolazione *in toto* del mercato, bensì un meccanismo di “quasi-mercato” come logica regolativa dominante: il cardine del sistema è la separazione del doppio ruolo, assunto dallo stato nei sistemi di *welfare*, di finanziatore e fornitore di servizi di vario tipo: “the intention is for the state to stop being both the funder *and* the provider of services. Instead it is to become primarily a funder, purchasing services from a variety of private, voluntary and public providers, all operating in competition with one other” [Le Grand, 1257].

In Italia si ravvisano forme di modernizzazione dello Stato nel perseguimento di una maggiore efficienza ed efficacia nella qualità delle prestazioni erogate, in linea con una sempre più marcata aziendalizzazione dei servizi, con l'introduzione di metodi di *benchmarking*, controlli di qualità, monitoraggio continuo, esternalizzazione dei compiti all'interno del settore pubblico, che converge sempre più verso il modello privato di gestione aziendale.

La logica delle organizzazioni sanitarie viene imperniata sui pilastri della medicina basata sull'evidenza e la centralità del consumatore, a cui i medici devono attenersi in presenza però di restrizioni economiche sempre più stringenti. Nella relazione medico-paziente si impongono le motivazioni e le forme mentali dell'*homo oeconomicus*, nella misura in cui sia il medico che il paziente-consumatore sono reputati in grado di massimizzare le risorse a disposizione nel perseguire lo stato di benessere, operando delle scelte razionali ed economicamente sostenibili.

Il percorso tracciato fa sì che il servizio sanitario sia sempre meno “nazionale” e sempre più di stampo privatistico, in un contesto in cui il diritto alla salute, da universalmente ed incondizionatamente riconosciuto sulla base della cittadinanza, divenga un diritto “finanziariamente condizionato, ossia un diritto intrinsecamente relativo anziché assoluto” [Bottari 2002, 227].

Queste dinamiche organizzative impongono una rinegoziazione della relazione medico-paziente, e più in particolare del ruolo del medico come garante della salute pubblica. È in questo contesto che, come richiamato sopra, avviene un ripensamento del contratto sociale tra biomedicina e società industriale e quindi tra professione medica e Stato-nazione: il ruolo medico viene condizionato sia per quanto riguarda la sua determinante sociale, sia per quanto attiene al riconoscimento di un ruolo centrale nella sanità, cui corrispondono certi riconoscimenti in termini di status, prestigio e potere.

L’aziendalizzazione impone infatti logiche nuove per un settore che era uno dei cardini dello stato sociale novecentesco: la “dimensione del controllo economico-gestionale” [Vicarelli 2006] diffonde infatti le pratiche gestionali della *Clinical Governance*. Nell’assunzione di pratiche che lasciano ampio spazio ad istanze tipiche dei settori dominati dal mercato è centrale il ruolo di Tangentopoli, che induce anche i più scettici a pensare che tutto il sistema dei servizi pubblici debba essere depoliticizzato attraverso meccanismi tipici del settore privato.

Il modello culturale che fa da sfondo alle riforme messe in atto nel mondo occidentale dagli anni Settanta in poi tradisce dunque una forte caratterizzazione neoliberista, in base alla quale il mercato diviene il precipuo riferimento su cui far leva per risanare le finanze statali dopo il trentennio glorioso del *welfare state*. La linea generale adottata è improntata su di una espansione delle logiche di mercato nel settore pubblico, fondata sull’assunto che l’adozione del modello privatistico possa tenere a freno gli sprechi e permetta una gestione più efficace ed efficiente delle strutture. Negli anni Settanta, infatti, si erano palesate forti criticità in relazione alla sostenibilità finanziaria e di sovraccarico funzionale dei sistemi di *welfare* occidentali. Ciò aveva sollevato una marcata tendenza a rendere il governo dell’apparato statale più efficiente e pragmaticamente “*business-like*”, volto a risparmiare denaro e più responsivo nei confronti dei cittadini.

I processi descritti sono innescati, dal punto di vista prettamente ideologico-culturale, dalla “forza dell’economicismo”, risultato della convergenza del neo-conservatorismo e del neo-liberismo: il primo “denigra la capacità dello Stato di occuparsi efficacemente

di problemi sociali quali sanità, benessere, istruzione, qualità della vita, ed enfatizza, al contrario, l'esito fruttuoso dei tentativi condotti dai singoli e dalle autorità locali di gestire i propri affari quando siano liberi dall'interferenza dello Stato" [Freidson 2002b, 274]; il secondo, come noto, è il precipuo sostenitore del libero mercato come migliore forma di regolazione economica, che sarebbe la sola ed unica panacea per i mali che affliggono i regimi socio-economici contemporanei.

Una delle risposte più comuni alle criticità del settore pubblico degli Stati nazione consiste nella gestione privatistica e nel concetto di "amministrazione guidata da una missione" [Osborne e Gaebler 1995, 154], anziché da regolamenti e vincoli di tipo burocratico-amministrativo e di bilancio. Tutto ciò viene rimpiazzato dal presupposto dell'amministrazione imprenditoriale, cioè guidata da una *mission* centrale e che su questa base permettono a coloro che vi lavorano di perseguire con una tendenziale libertà d'azione gli obiettivi.

Si presuppone dunque che il meccanismo concorrenziale nella fornitura dei servizi pubblici sia funzionale a contenerne i costi e a soddisfare maggiormente l'appaltatore, così come i clienti. Il postulato di fondo rimanda ad un'impostazione profondamente economicistica e consiste nella credenza che il mercato inneschi dei meccanismi di selezione naturale e favorisca l'innovazione, andando sempre più incontro alle esigenze dell'utente-consumatore. Tutto questo ha creato le condizioni per una verticalizzazione dei processi decisionali ed una standardizzazione delle forme organizzative, ma soprattutto ha prodotto conseguenze rilevanti sulle professioni sanitarie e su quella che per anni le ha dominate, la professione medica.

La gestione politica degli uffici e dei servizi pubblici del passato viene vista come ottusamente burocratica e tendente a generare forti sprechi di risorse ed inefficienze, mentre le organizzazioni orientate da una missione sono considerate più efficaci ed efficienti, più aperte alle innovazioni e tendenti a generarne. In particolare, si ritiene che queste modalità organizzative tendano a dotare le realtà in cui vengono implementate di una certa flessibilità, requisito centrale in un contesto sempre più dinamico e competitivo. L'appartenenza ad un mercato renderebbe inoltre più motivati e ben disposti i dipendenti, dato il carattere più stimolante dell'ambiente e del lavoro svolto. In relazione a quest'ultima caratteristica, diventa centrale il ruolo dei manager nella veste di "dirigenti imprenditoriali", il cui ruolo diviene anche quello di dare risalto alla dimensione prettamente culturale dell'organizzazione, che dovrebbe essere espressa dai suoi valori fondanti di riferimento.

Il *Management by Objectives* (MBO) individua un'amministrazione guidata dalla finalità di perseguire la maggior soddisfazione possibile del cliente a cui sono destinati i servizi. Una delle credenze fondanti di questo approccio consiste infatti nel presupporre che i sistemi guidati dal cliente costringano i fornitori di servizi ad essere maggiormente responsabili nei loro confronti.

Sotto questo punto di vista viene ritenuto necessario che i manager pubblici acquisiscano una mentalità di tipo imprenditoriale: i risultati delle organizzazioni che gestiscono vengono costantemente monitorati e la loro continua misurazione nel tempo dovrebbe, in linea teorica, ridurre al minimo la necessità di regole e vincoli formali per creare automatismi di tipo virtuoso. Il livello di efficienza e di efficacia dei risultati è la base su cui si effettua il finanziamento, che fa anche da apripista rispetto ad incentivi di vario tipo o, in caso di *output* non all'altezza, di una reimpostazione del lavoro con la finalità di migliorarlo.

È questo il *framework* culturale nel quale si colloca la “nuova generazione di politiche pubbliche”, estrinsecantesi principalmente nell'adozione delle tecniche organizzative del *New Public Management* e nelle pratiche di aziendalizzazione. In gioco sono però anche altri fattori, quali le conseguenze della globalizzazione, in particolar modo con la “potente asimmetria tra Stato regolatore ed interventista e forze di mercato” [Donolo 2005, 33], il processo di unificazione europea con le sue istanze omogeneizzanti per le politiche nazionali e, non ultimo, la crisi di efficacia e di credibilità dello Stato come apparato burocratico-amministrativo.

3.3.2 Il conflitto delle interpretazioni: due letture delle riforme

Il ricorso alle tecniche del *New Public Management* è un processo complesso e dagli esiti non banali che ha suscitato una molteplicità di letture: le linee interpretative che ha stimolato possono essere tra loro molto differenti, se non contrapposte. In questa sede proporremo un breve *excursus* relativo ad una lettura critica di origine neo-foucaultiana ed una di matrice neo-istituzionalista.

La prima linea interpretativa trae origine dal filone foucaultiano della biopolitica e della bioeconomia, secondo cui l'economia giunge ad acquisire le caratteristiche di un progetto di salvezza, che governa la vita mediante forme di conoscenza e di potere che si intrecciano tra loro. L'economia ha qui un significato duplice: non solo campo delle relazioni produttive, secondo la sua concezione classica, ma anche modalità di gestione

delle condotte e di certi contesti attraverso meccanismi latenti. Biologia ed economia dunque si intrecciano in quanto “discorsi di veridizione” che si declinano in termini di pratiche di governo politico ed economico della vita. In questo senso, governare significa delineare i confini di azione entro cui i soggetto possono muoversi per orientare la loro condotta, mantenendo comunque una dose di scelta del proprio agire.

L’economia mantiene alcuni tratti caratteristici della governamentalità biopolitica: flessibilità della norma, che non è rigidamente vincolante; pretesa di scientificità dei suoi presupposti ed autorevolezza degli esperti; finalità esterna benevolente; un ordine esterno sostanzialmente vissuto come oggettivo e coercitivo, seppur originato in parte dalla combinazione di comportamenti autonomi degli attori.

Nello specifico, la bioeconomia diventa “la totale incarnazione o immanentizzazione del potere sui fenomeni del mondo, potere degli uni sugli altri, nella forma dell’economia” [Bazzicalupo 2006, 103-4]. Questa è il risultato dell’unione di tecnica ed economia di carattere autoreferenziale, in quanto si legittima e trova la propria logica a partire da se stessa e dai corpi su cui esercita il proprio potere. Pertanto, è il corpo stesso ad essere qualificato come oggetto e come soggetto all’interno del mercato, che diviene il precipuo mezzo di giudizio e di azione, e si articola nella prevalenza del linguaggio e della logica economicistica.

La transizione dal un regime fordista retto sull’universalismo del proprio stato sociale viene letta come passaggio dalla “governamentalità economica del *welfare*” alla “biopolitica del mercato”. Di conseguenza:

Il bioeconomico è un governo agli antipodi del disciplinamento e esalta le doti relazionali, creative, cooperative, la psiche, lo stile, l’atteggiamento, la vita nel suo complesso. Alcuni tratti distintivi della governamentalità, assenti nel disciplinamento fordista, evidenziano ora una modalità di governo più *soft* e più incline, come quella pastorale, a dare un indirizzo alle spontanee inclinazioni dei soggetti [Bazzicalupo 2006, 130].

Sotto l’aspetto dell’ideologia sottostante, l’etichetta NPM viene presentato come quell’insieme di attrezzi concettuali e gestionali capaci di migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni dei servizi pubblici e al contempo di eliminare gli sprechi, facendo leva sui meccanismi di mercato e su logiche privatistiche.

Il ricorso alle tecniche organizzative improntate su questo modello viene letto in tal modo come un “meccanismo governamentale” che orienta (ma non determina rigidamente) i pensieri e le azioni del soggetto, in quanto attore sociale e lavoratore. La

base dottrinarica ed ideologica di fondo rimane il “mito unificatore” del mercato come principio integratore dell’economia, capace di esercitare una certa influenza in tutti gli ambiti della vita dei soggetti. L’idea di governamentalità sposta così il fuoco dell’analisi dalle istituzioni alle modalità di esercitare il potere e di “praticare il governo” [Joyce, in Cipolla e Giarelli 2002].

Il *New Public Management* come pratica governamentale definisce i nuovi confini di auto-rappresentazione e di costruzione dell’identità dei lavoratori, i quali rischiano da un lato di restarne vittime e dall’altro sono posti di fronte ad una sfida che può indurre alcuni a mettere in atto “tattiche” [De Certeau 2001] difensive di rinegoziazione dei propri ruoli professionali. In questa lettura, il NPM è foriero di elementi ideologici, come la retorica dell’essere “agenti intraprendenti del cambiamento” e dello stabilire e mantenere degli elevati standard di prestazione attraverso meccanismi di mercato; chiama perciò i professionisti a fare del loro meglio per soddisfare le esigenze dell’utenza ma anche a raggiungere tale obiettivo all’interno di stretti controlli finanziari. Il linguaggio del “*commercialised professionalism*” è fatto di pratiche e forme mentali che non sono instillate in modo costrittivo dal vertice, ma si articolano in un potere “coordinativo” fatto di “dispositivi simultaneamente diversificati, personalizzati e coinvolgenti, optando per la normalizzazione, dunque l’efficacia continuativa, che incita, rafforza, maggiora le forze sottomesse, potenzia le attitudini” [Bazzicalupo, in Bazzicalupo e Esposito 2003, 139].

La presenza dell’organizzazione non si sostanzia in un’opera di dominio esercitato dall’alto, bensì in un’opera più sottile di convincimento, di influenza delle condotte non coercitiva, ma secondo una prassi che “regolarizza contenendo”. Delimita e circoscrive le condotte, ma lascia sempre dei margini all’interno dei quali i soggetti possono muoversi ed applicare una certa autonomia.

Le precipue finalità che esso si pone, quali il controllo dei costi e la minimizzazione degli sprechi, l’esaltazione della concorrenza di mercato e della privatizzazione in genere come strumento atto a perseguire trasparenza gestionale e finanziaria, sono in vero meccanismi di governo delle condotte, ma non di dominio. Il *New Public Management* viene in tal modo legato ai concetti di sorveglianza, regolazione e controllo [Dent 2005], ad una modalità *soft* di gestione delle condotte.

Il liberalismo come riferimento teorico di fondo viene interpretato criticamente a partire dall’assunto che esso designi una “mentalità di governo”, che si insinua nelle realtà pubbliche e private e che influenza i comportamenti delle soggettività, penetrando

anche nelle sfere di vita non connesse con quella strettamente lavorativa. Ciò avviene secondo meccanismi latenti come l'aura di sacralità che circonda il concetto di competenza e quello di efficienza manageriale, che si declinano praticamente nel ruolo del dirigente. Il manager, ruolo figlio del sé "emotivista" contemporaneo, viene rappresentato come una figura centrale, facendo leva sulla pretesa di porsi da un punto di vista necessariamente razionale e richiamandosi "al campo dei fatti, al campo dei mezzi, al campo dell'efficienza misurabile" [MacIntyre 1988, 45].

Foucaultianamente, il liberalismo è visto non solo come ideologia politica, ma anche come modalità di governare le condotte quotidiane degli individui, che sono pensati liberi, mossi da una razionalità di fondo che li induce a perseguire naturalmente il proprio utile ed in grado di discernere autonomamente i mezzi per conseguirlo. Il liberalismo diventa un insieme di conoscenze e modalità di condotta atte a fare sì che gli individui governati esercitino la propria libertà di costituirsi come soggetti autonomi secondo linee ben definite e controllate in modo latente [Fournier 1999].

Questa temperie culturale, inoltre, spiana la strada al consumerismo, così come definito in precedenza, sostenendo la necessità da parte degli individui di assumersi in prima persona la responsabilità del perseguimento della propria salute e di non adagiarsi passivamente in base al ricordo delle elargizioni che lo Stato era in grado di accollarsi in passato ed attualmente insostenibili.

All'interno di questo contesto di governo delle condotte, il lavoro rimane comunque uno degli ambiti fondamentali per il "riconoscimento" del soggetto in quanto tale. Tra i confini tratteggiati dal mercato, si dà infatti la possibilità per l'attore di costruire se stesso e la propria individualità attraverso il lavoro, anziché nonostante il lavoro. In questa visione, i meccanismi di mercato non vengono visti tanto come primazia di leggi impersonali che disumanizzano i soggetti e ne riducono la libertà ed il pieno dispiegarsi della personalità. Il mercato è invece letto come parte della vita sociale, retto da norme ed istanze che non sono solo di origine economica. Il lavoro permane come elemento fondamentale attraverso cui il soggetto può esprimersi e può esprimere la propria individualità, pur in presenza di vincoli, latenti o meno [Honneth 2010].

Una lettura differente e più concentrata sui processi socio-culturali di formazione del processo di aziendalizzazione della sanità dopo gli anni Settanta è stata proposta a partire dalle teorie del filone neo-istituzionalista: il ricorso a pratiche discorsive ed organizzative proprie della realtà del settore privato può essere letto infatti alla luce del

concetto neoistituzionalista di isomorfismo [Rizza, in Cipolla e Maturò 2008], nella sua triplice forma, così come teorizzata da Powell e DiMaggio.

È possibile utilizzare il concetto di “campo organizzativo”, in quanto costituente “un’area riconosciuta di vita istituzionale” [Powell e DiMaggio 2000, 90], come riferimento per leggere il processo di aziendalizzazione. Esso costituisce un’arena in cui operano vari attori di diversa natura (imprese, organizzazioni pubbliche, associazioni di categoria, associazioni professionali, sindacati, istituzioni formative pubbliche e private), che si influenzano vicendevolmente in relazione alla definizione di dimensioni ed altri aspetti rilevanti per la vita organizzativa, quali politiche di gestione del personale, sviluppo di nuovi prodotti e servizi, nuove soluzioni a problematiche molteplici.

Il campo istituzionale relativo al sistema sanitario fa riferimento all’idea per cui l’aziendalizzazione, le sue pratiche ed i suoi repertori simbolici sono i principi guida considerati necessari per recuperare l’efficienza nel settore in base alla “credenza nell’efficacia del meccanismo di mercato competitivo e nella superiorità delle pratiche gestionali del settore privato” [Doolin 2002, 385]. L’identità, la struttura organizzativa e le pratiche sono forgiate da modelli istituzionalizzati di azione nell’ambiente (“miti”), che operano una vera e propria pressione esterna su individui ed istituzioni. L’isomorfismo crea così un “effetto campo” per cui il mito dell’aziendalizzazione viene assunto e fatto proprio dalle organizzazioni sanitarie e, più a monte, dai *policy makers* addetti alla sua riforma. In questo processo è ravvisabile l’azione dei tre idealtipi classici di isomorfismo, individuati dalla corrente neo-istituzionalista: l’isomorfismo coercitivo, mimetico e normativo.

L’isomorfismo coercitivo fa riferimento ad esigenze di carattere politico-istituzionale; nello specifico, è ravvisabile nella riorganizzazione in senso aziendalista come “imperativo governativo”, in quanto imposta dalle normative che hanno regolato e riformato il sistema sanitario.

L’isomorfismo mimetico deriva dal principio per cui “quando un’organizzazione si trova ad affrontare un problema le cui cause e soluzioni sono difficilmente identificabili, la ricerca di un modello esterno costituisce spesso una via praticabile ed economicamente vantaggiosa” [Powell e DiMaggio 2000, 98]. In presenza della necessità di rispondere a fonti crescenti di incertezza, quest’ultima agisce come potente fattore di omogeneizzazione. La scelta di far leva su elementi organizzativi propri di altre realtà (in questo caso del settore privato) è una delle più semplici per rispondere ad

obiettivi come il perseguimento della salute della popolazione in presenza di vincoli finanziari sempre più restrittivi. Ciò può anche condurre a mere innovazioni che in vero possono rivelarsi elementi di carattere rituale più che funzionale, come certificazioni di qualità, consulenze esterne, corsi di formazione professionale destinati al personale.

L'isomorfismo normativo trae origine dall'influenza del sistema formativo e dalle reti professionali trasversali (sindacati, associazioni di categoria, istituti di formazione, *business schools*, scuole di formazione), per cui si pongono le basi per la creazione di un medesimo modo di pensare dal punto di vista organizzativo e professionale. Nel settore sanitario, esso viene innescato dal *management* delle istituzioni pubbliche, che sostiene la natura economica dei servizi socio-sanitari e pubblici in generale e rimanda ad una gestione improntata sul modello e sul mito della gestione privatistica. Ciò è spiegato dalla presenza di manager formati in istituzioni educative simili e socializzati ai medesimi orientamenti valoriali, figli della cristallizzazione di certe idee e credenze sul giusto modo di organizzare specifiche realtà istituzionali che vengono poi catalizzate nelle politiche di riforma del settore. In ciò un ruolo non di secondo piano è ricoperto anche da *opinion makers*, consulenti di alto livello, attori politici e amministrativi, amministratori delegati di multinazionali, figli e propagatori della medesima ideologia del nuovo capitalismo e della gestione imprenditoriale dei servizi pubblici come primaria modalità per incrementarne l'efficienza e la sostenibilità finanziaria.

La pratica discorsiva dell'aziendalizzazione cui si ispirano le riforme fa riferimento a "miti" che chiamano in causa "pressioni cerimoniali e ritualistiche" anche dal punto di vista linguistico: efficienza, flessibilità, auto-imprenditorialità, competizione, privatizzazione identificano termini chiave che, una volta reificatisi, divengono parte integrante di un certo ordine del discorso e fonte di legittimazione per molteplici tipologie di pratiche, un *frame* concettuale auto-evidente da recepire ed utilizzare in modo inconscio.

3.4 Il punto di vista dell'organizzazione: Clinical Governance e valutazione delle prestazioni

Le riforme hanno avuto un impatto molto forte dal punto di vista dell'organizzazione dei sistemi sanitari e da quello delle singole aziende. L'impalcatura teorica di fondo e le tecniche di *management* sottostanti si declinano infatti in una rinnovata configurazione della struttura delle aziende sanitarie e di quelle ospedaliere.

La logica gestionale non avviene per singola problematica, bensì per processi; ciò implica il passaggio da un approccio di tipo statico, focalizzato sul singolo problema da risolvere, ad uno di tipo dinamico, che considera la degenza e la malattia come un percorso da gestire dalla prima fase ai suoi molteplici sviluppi. Ciò che va risolto non coincide con la malattia in sé, ma con l'essere umano malato nel suo complesso e pertanto nel malato come persona sociale.

Queste dinamiche si traducono nell'adozione della *Clinical Governance* come strumento di gestione, che individua la “possibilità concreta di utilizzare gli strumenti e le metodologie del management sanitario per realizzare l'interrelazione tra la gestione clinica ed organizzativa al fine di rispondere in modo appropriato, omogeneo e sicuro, ai bisogni di salute” [Mele e Triassi 2008, 162]. Il termine rimanda alla necessità di coniugare la dimensione clinica con le pratiche di controllo quali monitoraggio, valutazione ed indirizzo delle prestazioni e in generale dell'operato delle organizzazioni sanitarie. Il lemma “*clinical*” ha però un significato più ampio rispetto a quello letterale in lingua inglese, giacché si riferisce all'ambiente sanitario nella sua totalità e lascia intendere la “costruzione delle condizioni assistenziali ed organizzative finalizzate a permettere un'attenzione sistematica e continuativa alla valutazione della qualità di tutti gli aspetti relativi all'assistenza” [Megali 2008, 37-8].

Ciò di cui necessita il sistema sanitario riformato è dunque un'ottica di “Governo delle Organizzazioni Sanitarie”, che sia contraddistinta dall'integrazione tra aspetto clinico ed aspetto organizzativo e che persegua specifiche strategie di carattere multidisciplinare. Il fondamento consiste nella condivisione di responsabilità e di obiettivi tanto organizzativi quanto clinici. Il punto di vista è invece ravvisabile nella prospettiva del “pianificare, fare, controllare ed agire” (PDCA, cioè *Plan, Do, Check, Act*).

Il governo clinico costituisce dunque uno strumento di gestione e di organizzazione della sanità, fatto di elementi che contribuiscono ad individuare linee guida e riferimenti per l'attività pratica quotidiana. Questi corrispondono a quattro specifici ambiti: la medicina basata su evidenze (*Evidence Based Medicine*), la gestione del rischio sanitario (*Risk Management*), la gestione della malattia (*Disease Management*) e degli effetti delle nuove tecnologie (*Technology Assessment*).

La medicina basata su evidenze (EBM) è il “cuore metodologico” della *Clinical Governance*: trova il suo cardine nella ricerca epidemiologica e nello studio dell'efficacia di certi trattamenti terapeutici in determinate condizioni di controllo e

meta-analisi. La sua chiave di lettura è la “rilevanza clinica”, che comprende tutto quello che è utile a perseguire gli obiettivi di salute della popolazione nel rispetto degli imperativi di efficienza e di appropriatezza. Implica la disponibilità, da parte degli operatori, a fare uso di tecnologie informatiche e quella ad aggiornarsi in modo indipendente sulla letteratura scientifica più recente riguardante il proprio ambito.

A livello di standard professionali, le Linee Guida si intrecciano con la strategia valutativa delle “buone pratiche” (*good practises*): le prime rappresentano l’effetto di azioni già attivate e sono perciò valutabili esclusivamente *ex post*. Le buone pratiche rimandano invece alla volontà di non perseguire una *one best way*, bensì solo di far leva sulle esperienze positive suggerite dall’empiria e di prenderle come riferimento nel condurre esperienze avviate o da avviare.

Esiste naturalmente una relazione circolare fra questi due elementi, e le buone pratiche possono essere realizzate anche cercando di perseguire delle linee guida. D’altra parte le linee guida sono costruite anche a partire dalla rilettura delle esperienze e delle buone pratiche. Questa reciproca influenza non toglie che si tratti di modi diversi di sviluppare una riflessione sulla qualità. Le linee guida perseguono una finalità di indirizzo dei processi decisionali e li anticipano, mentre le buone pratiche si pongono in una prospettiva di valutazione degli effetti e di attivazione di processi di riflessività e di apprendimento dal confronto delle esperienze [Bertin 2007, 86].

Il *Risk Management* consiste nella valutazione delle possibilità che possano darsi eventi avversi nel processo di cura del paziente: il significato della parola rischio è dunque da intendersi in senso ampio, poiché non si riferisce al solo rischio clinico, ma alla possibilità che possano verificarsi eventi inattesi e, in generale, ai punti di debolezza dei percorsi di assistenza. La gestione del rischio è demandata ad un gruppo di lavoro interprofessionale coordinato auspicabilmente dalla direzione sanitaria. I suoi compiti sono molteplici: *in primis* è necessario che siano rilevati gli eventi avversi e gli errori nei processi e che siano analizzati a fondo i percorsi e le dinamiche che hanno condotto ad essi. È poi d’uopo che siano identificati i momenti critici specifici, che siano diffuse informazioni concernenti le misure di prevenzione e, infine, deve essere verificata l’applicabilità di protocolli di comportamento ed organizzativi nel trattare le varie situazioni problematiche.

Il *Disease Management* contempla invece l’osservazione della malattia in quanto evento figlio di fattori oggettivi e soggettivi, sociali e culturali oltre che prettamente clinici; poggia dunque su di una visione globale della malattia, non solo biologica, che

in termini operativi si declina nella maggiore integrazione tra assistenza di base ed assistenza specialistica. Analogamente rispetto alla gestione del rischio, deve tenere conto di fattori multidisciplinari e multiprofessionali finalizzati a tenere sotto controllo la malattia nel suo percorso naturale e a metterne in evidenza le criticità in rapporto all'organizzazione e ai vari livelli del sistema sanitario nel suo complesso. Presuppone un "approccio integrato ai problemi di salute" [Mele e Triassi 2008, 493] implementato in una gestione per processi che evita l'eccessiva frammentazione degli interventi e si riferisce a questioni delicate. Un esempio è la gestione delle patologie cronicodegenerative, che si declina naturalmente nel coinvolgimento dei vari livelli di assistenza, da quello territoriale a quello ospedaliero, secondo la linea di continuità dell'assistenza tracciata dal *Chronic Care Model*. È dunque di non secondaria importanza il fatto che non vi sia una concezione dicotomica tra dimensione gestionale-organizzativa e dimensione professionale, bensì una convergenza di obiettivi: "ancora una volta non è la clinica che governa il sistema ma gli strumenti del management che se utilizzati in maniera appropriata possono modificare il sistema dell'offerta sanitaria secondo logiche mirate al miglioramento della qualità assistenziale" [ivi, 171].

La valutazione dell'efficacia delle nuove tecnologie e del loro impatti organizzativo (*Technology assessment*) individua il quarto pilastro del governo clinico. Questo non riguarda solo la strumentazione in senso proprio, ma anche interventi di carattere preventivo o riabilitativo. È un'analisi di carattere multidimensionale sull'impatto dell'utilizzazione di nuove dotazioni strumentali in termini sanitari (salute dei pazienti), economici (analisi costi-efficacia, costi-utilità), sociali (conseguenze per la collettività), etici (scelte di carattere etico come la fecondazione assistita) ed organizzativi (conseguenze per le aziende sanitarie, come nuovi spazi di gestione e nuove professionalità per fare uso dei nuovi apparati tecnologici). Si costituisce di quattro fasi: identificazione delle nuove tecnologie da inserire, valutazione, scoperta dei risultati significativi e diffusione delle informazioni emerse nel percorso.

Il governo clinico si sostanzia, a livello pratico-operativo, nel favorire le condizioni di un equo accesso ai servizi sanitari, nella dottrina della centralità del paziente e nella definizione di standard di prestazione fondata su analisi comparativa e meccanismi di ritorno informativo agli operatori (*feedback*). In questa prospettiva, la comunicazione, sia all'interno della struttura che esterna, risulta essere di primaria importanza nella gestione dell'immagine data agli *stakeholders*, siano essi i pazienti o altri enti istituzionali. Altri elementi di rilevanza sono l'autoregolamentazione professionale, data

dal contributo alla definizione degli standard e dei protocolli e lo sviluppo di una base metodologica fondata, e la formazione continua degli operatori e dei vari professionisti coinvolti.

Le nuove modalità gestionali hanno chiaramente dei risvolti di carattere culturale, che chiamano in causa i valori fondanti delle strutture sanitarie, cioè le credenze e le idee che muovono coloro che vi operano. Nel diffondere queste forme culturali e nel socializzare le nuove leve di professionisti ad esse è cruciale il ruolo del sistema formativo, dalle lauree triennali ai master di specializzazione, e la formazione continua del personale. L'essenza del governo clinico consiste nell'integrare nel modo più armonioso possibile l'aspetto clinico con quello economico-organizzativo.

Il rinnovamento delle logiche di lavoro e la rinegoziazione delle prestazioni di *welfare* che interessano la sanità innescano anche un processo di mutamento delle strategie di valutazione della qualità [Bertin 2007]. I modelli di regolazione basati sulla programmazione pubblica sono impostati sul paradigma rigido della razionalità assoluta: la valutazione ha il compito di fare emergere l'eventuale discrasia tra quanto atteso in termini di qualità e quanto effettivamente raggiunto nei risultati, verificandone l'adeguatezza e premiando le pratiche virtuose o disincentivando gli esiti negativi a seconda dei risultati.

Nei modelli regolati mediante *governance*, tipici del *welfare* riformato degli ultimi decenni del XX secolo, il paradigma di riferimento diviene più flessibile del precedente. La valutazione mantiene sì il compito di occuparsi dello scostamento dai risultati attesi, ma si attesta anche su un ruolo più costruttivo: sussiste infatti anche una valutazione *ex ante*, per cui la decisione stessa diviene un processo che si enuclea *in itinere*, anziché essere stabilita a priori. Il concetto di qualità non è quindi uno standard a cui è necessario uniformarsi, bensì una costruzione cui è sotteso un processo riflessivo che coinvolge l'organizzazione tutta. Essa costituisce un processo di costruzione di senso, non un mero "adempimento burocratico".

Tabella 5. Valutazione e modelli di regolazione

| | <i>Programmazione pubblica</i> | <i>Governance</i> |
|--------------------------------------|---|---|
| <i>Valutazione</i> | Verifica di adeguamento a standard prestabiliti (adempimento burocratico) | Costruzione di senso a partire dalla semantica dei singoli attori |
| <i>Paradigma di fondo</i> | Razionalità assoluta | Razionalità limitata |
| <i>Processo organizzativo</i> | Rigido | Riflessivo |

La *Clinical Governance* diviene uno strumento di valutazione delle attività e del funzionamento delle aziende sanitarie, in particolare rispetto a parametri quali il rispetto dei tempi, il grado di assorbimento delle risorse economiche, il rispetto di standard qualitativi e quantitativi prestabiliti. Il concetto di qualità acquisisce centralità nella prospettiva valutativa e si contraddistingue per l'eterogeneità delle sue declinazioni semantiche.

In questo contesto organizzativo, gli attori in gioco sono i manager, i professionisti ed i cittadini, i quali si differenziano per quanto attiene i criteri di azione e valutazione del sistema sanitario. I manager sono mossi in prima istanza dall'attenzione all'efficienza delle risorse utilizzate, dall'equità e dall'accettabilità o meno degli interventi implementati. Ne deriva un approccio alla qualità non prettamente sanitario, ma rivolto altresì alle modalità di gestione del lavoro, che chiama in causa anche la dimensione della soddisfazione del cliente e che rende la valutazione uno strumento di *feedback* sull'operato dell'azienda e anche uno strumento di comunicazione e *marketing*.

Il criterio dei professionisti è invece rintracciabile nell'adeguatezza della prestazione rispetto agli standard scientifici e dalla sua efficacia, ovvero la capacità di risolvere il problema posto dal paziente. La prospettiva sulla valutazione della qualità diviene uno "strumento di autodefinizione e controllo delle competenze e conoscenze che fanno parte del sapere professionale" [Bertin 2008, 70]. Essa è legata agli standard professionali quali linee guida e protocolli, che costituiscono una sorta di unità di misura sulla base della quale i professionisti considerano il proprio operato in relazione a determinate tendenze del dibattito scientifico interno alla professione. All'interno di questo approccio, la valutazione costituisce anche un meccanismo di autogoverno e di perpetuazione della specificità identitaria per la categoria professionale

Il criterio di giudizio dei cittadini, infine, è dato dall'efficacia percepita in base alle proprie conoscenze, che, nonostante i più canali informativi di cui possono avvalersi, sono necessariamente scarse e insufficienti a bilanciare la condizione di asimmetria informativa esistente rispetto a coloro che lavorano nel settore. Qui si apre la prospettiva partecipativa, che prevede l'inserimento del punto di vista del cittadino utente nelle dinamiche valutative della qualità, finalizzata ad evitare la deriva autoreferenziale dei pubblici servizi.

Le percezioni degli attori riguardo la nozione di qualità mutano in base ai loro "filtri cognitivi", che sono dati dal loro ruolo all'interno dell'organizzazione, dalle

competenze, dai meccanismi psico-sociali innescati dall'erogazione o fruizione del servizio *et amplius* dal sostrato culturale di fondo.

Nel caso di interesse specifico, i professionisti hanno proceduto sulla linea di definizione di norme e standard che potessero ottemperare al triplice obiettivo di rendere il lavoro omogeneo, valutabile in base a criteri definiti e di conseguenza maggiormente legittimato agli occhi degli altri attori in gioco. Inoltre, questa strategia è funzionale a difendersi dagli attacchi di soggetti appartenenti ad ambiti differenti rispetto a quelli della propria giurisdizione professionale. Il professionista tende a valutare la qualità nella fase che precede l'erogazione, cioè nella sua progettazione, e in quella che la segue. Qualità attesa e qualità percepita rappresentano per così dire il contraltare, il punto di vista del fruitore della prestazione.

Ne risulta un concetto di qualità dal carattere multidimensionale, che fa riferimento ad una molteplicità di aree semantiche, delle quali quelle che chiamano direttamente in causa i professionisti sono l'efficienza, cioè il rapporto tra costi e risultati ottenuti, e l'appropriatezza, che si declina nella triplice dimensione dell'efficacia dell'intervento, la congruenza con le necessità dell'utente e l'essenzialità, definita come la capacità di evitare azioni ed interventi inutili nell'erogazione del servizio professionale.

Tabella 6. La triplice declinazione della qualità nei servizi pubblici

| | <i>Manager</i> | <i>Professionisti</i> | <i>Cittadini-utenti</i> |
|--------------------------------------|---|--|---|
| <i>Criteri di riferimento</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Efficienza risorse • Equità di accesso • Accessibilità interventi | <ul style="list-style-type: none"> • Adeguatezza prestazione rispetto a standard scientifici • Efficacia | Efficacia percepita |
| <i>Approccio alla qualità</i> | Modalità di gestione del lavoro | Standard professionali (LG, protocolli) | Auto-informazione e conoscenze pregresse (asimmetria informativa) |
| <i>Valutazione</i> | Meccanismo di <i>feedback</i> | Meccanismo di autogoverno della professione | Meccanismo di partecipazione attiva |

Un altro aspetto importante di questa prospettiva è la valutazione del personale delle organizzazioni sanitarie, finalizzata alla responsabilizzazione degli operatori ed al miglioramento dei servizi forniti. Questa si declina in tre dimensioni: valutazione delle posizioni, delle prestazioni e del potenziale. La valutazione delle posizioni è focalizzata

sui compiti che il ruolo implica: non è interessata pertanto al singolo operatore, ma al ruolo in sé, considerato nella sua generalità. La valutazione delle prestazioni è finalizzata ad un'analisi sia sulla qualità che sulla quantità nell'ottica di vagliare le prestazioni lavorative del personale e di migliorarle. Per quanto attiene infine la valutazione del potenziale, essa ha come oggetto le possibili prestazioni future del lavoratore e la finalità di innescare un processo di *empowerment* volto alla massimizzazione delle sue capacità e del suo apporto personale.

Le principali problematiche palesate dai meccanismi valutativi nel settore sanitario italiano sono legate a determinanti socio-culturali. La prima è la deriva burocratica della sua applicazione, che l'ha quasi reificata facendola cristallizzare in procedure ottusamente conformi alla norma e pensate come automaticamente foriera di efficienza organizzativa e di efficacia delle prestazioni [Mele e Adinolfi 2005]. La seconda è l'opposizione mossa contro le procedure valutative da parte dei gruppi professionali istituzionalizzati: "l'appartenenza a gruppi professionali codificati rende, infatti, poco accettabili valutazioni elaborate dalla gerarchia aziendale, soprattutto quando si riferisce a competenze tecnico-professionali" [Mele e Triassi 2008, 338]. Facendo leva sull'autonomia professionale, molti medici hanno infatti opposto resistenza alle procedure di valutazione del personale, percependole come una minaccia alla professionalità personale ed alla categoria professionale tutta. E proprio sugli effetti del mutamento sulla professione medica ci concentreremo nel prossimo paragrafo.

3.5 Il punto di vista della professione medica

In questo paragrafo vengono prima definite le principali sfide alla logica professionale medica: managerialismo e consumerismo. Il tutto viene poi collocato nel contesto della sanità vista come intreccio tra differenti "logiche istituzionali", quella professionale medica e quella aziendalista. In secondo luogo, si pongono in evidenza le principali "risposte strategiche" messe in atto dalla professione per rispondere a processi di mutamento e, infine, si propone un piccolo approfondimento sul rapporto tra professione e vita privata.

3.5.1 Le sfide alla logica professionale medica

Il settore sanitario rappresenta uno dei pochi ambiti nei quali la logica professionale, affermata durante il medioevo nel contesto delle corporazioni delle arti e dei mestieri, non solo non si è indebolita, ma si è altresì rafforzata con l'avvento della modernità, sancendo una dominanza medica al suo interno. La transizione verso la tarda modernità [Giddens 1994] o post-modernità [Lyotard 2002; Bauman 1999, 2002] vede la logica del professionalismo attaccata dalle due altre logiche di divisione del lavoro: il consumerismo e burocrazia.

La sanità e la professione medica sono esemplificativi di questo attacco: la sfida del consumerismo è contestualizzabile, come abbiamo accennato, nel paradigma del neoliberismo che domina gli ultimi decenni del XX secolo e si fonda sul presupposto economicistico del paziente consumatore. Quest'ultimo, dotato di autonomia di decisione e mosso da razionalità strumentale, è reputato capace di massimizzare il proprio interesse ed il proprio benessere all'interno di un mercato naturale autoregolantesi.

La sfida consumerista [Giarelli 2003; Tousijn 2008] si traduce nella maggiore capacità del paziente di attingere informazioni da canali molteplici a seconda anche dell'età anagrafica, tra cui vecchi *media*, come la televisione, e nuovi *media*, su tutti internet. Il consumerismo implica, peraltro, un minor grado di fiducia nei confronti del medico come figura professionale, determinando quindi la crisi del modello di relazione medico-paziente di stampo paternalista e un generalizzato declino della fiducia nei confronti della professione, mossa anche da fattori come l'elevata attenzione dei mezzi di comunicazione di massa ai casi di malasanità. Nel modello tradizionale, infatti, i concetti di fiducia, discrezione e competenza professionale sono tra loro strettamente legati; la loro interdipendenza aveva accompagnato la nozione di professionismo a partire dall'*ancien régime* alla modernità, ma è ora messa seriamente in discussione [Evetts 2009].

Il consumerismo implica poi una maggiore disposizione del paziente a far sentire la propria voce in ambito medico sia a livello individuale, nel rapporto con il proprio professionista di fiducia, sia a livello collettivo, mediante associazioni di consumatori e movimenti organizzati di pazienti. La riduzione del capitale sociale di fiducia nei confronti dei medici si manifesta anche attraverso il ricorso del paziente alle medicine non convenzionali e in quello all'autocura e al *self-help*.

Il sostrato culturale del consumerismo è quello dell'ideologia liberista, che trae nuova forza a partire dalla crisi del "capitalismo del benessere" degli anni centrali del XX secolo e da quella dello stato sociale che palesa decisi segnali di decadenza a partire dagli anni Settanta. La crisi coinvolge la fiducia nell'istituzione statale e nella redistribuzione come principale agente di regolazione economica, e lascia maggiore spazio al mercato ed allo scambio. In quest'ottica, il consumatore diviene un agente razionale e capace di attingere le informazioni di cui necessita per massimizzare le sue decisioni quotidiane, dall'acquisto di beni a quello di servizi, compresi quelli sanitari.

Gli effetti del managerialismo sono anche più incisivi e direttamente relati alle riforme degli anni Novanta ed al processo di aziendalizzazione. Questo "tende a rompere le giurisdizioni e le identità professionali esistenti, così come già fece un secolo fa con gli operai di mestiere, e ad instaurare una nuova organizzazione del lavoro composta da mansioni e compiti progettati in funzione delle finalità economiche dell'azienda" [Tousijn 2008, 86]. È utile, a tal proposito, rimarcare come il caso della sanità italiana si sia distinto per la presenza pervasiva della logica politica, che non si è limitata alla scelta degli obiettivi di fondo, ma ad entrare nel merito delle decisioni aziendali particolari. Ciò ha fatto sì che il processo di apertura ai principi aziendalistici fosse più rallentato e contrassegnato da alti e bassi nella sua implementazione.

Inoltre, il managerialismo suggerisce una forma di *governance* delle strutture sanitarie mediante controllo esterno dei manager e dei politici. In linea con la dottrina del *New Public Management*, Il *Management by Objectives* si compone di quattro fasi: fissazione di obiettivi *ex ante*, costante monitoraggio delle prestazioni, valutazione delle stesse e premi di prestazione in caso positivo (spesso in termini monetari, cioè come premio produttivo sullo stipendio) o sanzioni in caso di esiti non all'altezza. Gli obiettivi di carattere macro sono dati dalle limitazioni per quanto attiene il *budget* delle aziende sanitarie ed ospedaliere, l'imperativo di garantire efficienza delle prestazioni e quello di migliorarne di continuo la qualità. È in particolare il terzo a costituire una forte minaccia all'autonomia professionale:

The first two types of objective seem to have a limited impact on medical performance, as far as they do not impinge directly on clinical autonomy. But the third type potentially marks a significant shift from the traditional view of medicine as the clinical care of individuals to a population-oriented perspective. To the extent that this type of objective is introduced and properly implemented, this may represent an important change in the governance of medical performance. It signals a move from traditional forms of professional self-

regulation based on the autonomy of the individual doctor over collective self-regulation by the profession, together with hierarchy-based forms of governance in the form of external regulation by managers and politicians [Tousijn e Giorgino 2009, 336].

Un altro tipo di mutamento rilevante imposto dall'alto è la diffusione della medicina burocratica: la *Evidence Based Medicine* (EBM) e l'adozione delle Linee Guida (LG) su di essa predisposte. Queste segnano il passaggio dal paradigma bio-medico, su cui è stata impostata l'epistemologia della scienza medica, contrassegnato da un apprendimento dello specialista a partire dall'esperienza diretta individuale quotidiana e sulla pratica della medicina convenzionale, al paradigma bio-psico-sociale, figlio di protocolli standardizzati e linee guida procedurali.

La EBM viene legittimata da assunti di tipo quantitativo-empirista [Numerato *et al.* 2012] ed è focalizzata sull'epidemiologia e sulla salute della collettività piuttosto che su quella del singolo individuo: "l'EBM rappresenta, prima ancora che un cambiamento dei comportamenti dei medici, uno spostamento della base scientifica della conoscenza medica dalla cura degli individui verso l'epidemiologia e la salute della popolazione" [Tousijn 2008, 150]. Tale approccio alla medicina è finalizzato non solo a fornire riferimenti in grado di rendere uniforme l'operato dei professionisti, ma è inoltre strumento della medicina difensiva, volta a sollevare il professionista da eventuali responsabilità in sede legale nel caso di esiti negativi della sua attività. Se da un lato la tesi della deprofessionalizzazione enfatizza la minaccia alla base cognitiva della scienza medica portata dalle medicine alternative, la EBM può anche essere interpretata anche come il tentativo di ricostituire un paradigma "forte" dopo la crisi di quello biomedico, unendolo all'imperativo del contenimento dei costi e dell'attenzione alle risorse [Filc 2006].

Le Linee Guida cliniche, frutto del lavoro di strutture di ricerca ed istituzioni nazionali ed internazionali, costituiscono delle raccomandazioni atte a trattare patologie generali e finalizzate ad essere messe in pratica nel caso particolare. Sono insomma dei "binari" entro i quali il medico è tenuto a mantenersi nella pratica per non incorrere in potenziali problematiche in caso di negligenza o di *malpractice*. Almeno a livello formale, le Linee Guida non sono volte a ledere l'autonomia dei professionisti della medicina, anche se all'atto pratico molte istituzioni sanitarie ne fanno dei protocolli rigidi, tanto da far assumere loro il carattere non solo di linee scientifiche per l'intervento pratico, ma di vere e proprie costrizioni.

In definitiva, la medicina basata su evidenze rappresenta un'arma a doppio taglio, poiché da un lato rappresenta un potente strumento di difesa contro eventuali attacchi dei pazienti, mentre dall'altro può anche rendere i medici più vincolati a certe pratiche e più facilmente passibili di un controllo esterno relativo al loro operato, in quanto strumento altamente standardizzato. Dunque le Linee Guida finiscono in qualche modo per “imbrigliare” il margine decisionale del professionista, marcando la transizione dalla pratica clinica fondata su conoscenze e competenze proprie del singolo ad una medicina scientifico-burocratica altamente razionalizzata [Waring 2007].

In un settore sanitario profondamente mutato dagli interventi strutturali delle riforme, anche le competenze della professione medica comunemente intesa sono interessate dal cambiamento: il professionalismo organizzativo rende cogente una presa di coscienza ulteriore per quanto attiene l'operato quotidiano. Il professionista si trova a fare i conti con restrizioni che rimandano a dinamiche organizzative che vanno oltre i presupposti deontologici ed i principi su cui lo sviluppo ed il consolidamento della professione medica si è fondata.

Ciò comporta necessariamente anche una rivisitazione delle competenze proprie di un medico in senso tradizionale: la cura del paziente non diventa l'unica e sola discriminante in base a cui agire nell'attività quotidiana. È inevitabile che le competenze per essere medico in un contesto organizzativo radicalmente mutato non possano essere le medesime rispetto a quelle del sistema sanitario non aziendalizzato del periodo precedente.

Il medico è necessitato a prendere coscienza dell'utilità di lavorare in *team* con altri colleghi e in *team* multi-professionali, composti ad esempio da assistenti sociali ed altri professionisti sanitari in un'ottica molto differente rispetto a quella dominante in passato, “tipicamente individualista” [Tousijn 2006, 476]. Il lavoro all'interno di squadre composte da specialisti di altri settori ed altri contesti di intervento, in specie quello sociale, implica uno sforzo cognitivo e pratico che va oltre quanto insegnato al medico durante il suo percorso formativo. È necessario infatti interfacciarsi con nuovi tipi di operatori, a partire da quelli appartenenti ai servizi sociali, nell'ottica sinergica dell'integrazione socio-sanitaria.

Quello composto dai colleghi e dalle altre professioni sanitarie diviene un *network* all'interno del quale anche il medico è tenuto a destreggiarsi, cercando di mediare tra molteplici norme di carattere formale ed informale. Questi deve infatti dimostrarsi clinicamente competente, ma anche essere disposto ad aggiornarsi di continuo ed

impegnarsi in un tipo di pratica di cura incentrata sul paziente (*patient-centered*), la cui collaborazione attiva si rivela di primaria importanza all'interno del processo diagnostico e terapeutico.

Sfuma pertanto in modo graduale il concetto stesso di “giurisdizione professionale”, dal momento che i confini tra ruoli si fanno più fluidi e meno rigidi: è questo un chiaro segno di intreccio tra logiche lavorative differenti, ma non necessariamente escludentesi a vicenda [Tousijn 2013]. Essere medico diventa così qualcosa di diverso rispetto al passato: i ruoli non sono più compartimenti stagni e la flessibilità lavorativa *et amplius* mentale assurge a precipua caratteristica dei nuovi professionisti operanti nel settore.

Cresce poi il peso di competenze di carattere “*soft*” [Sennett 1999] come quelle di carattere relazionale-comunicativo, rese centrali dalla ridefinizione del rapporto medico-paziente. Tale rapporto è reso più complesso non solo da fattori sociali come il consumerismo, che rende di più difficile gestione interfacciarsi con un paziente sempre più ansioso e per certi versi spavaldo, ma anche dall'aumento dei profili patologici e dalla gestione del rischio clinico.

L'incremento dell'apparato amministrativo della sanità, fa sì che aumentino anche le incombenze burocratiche dei medici, per i quali le logiche manageriali e quelle economiche vanno inevitabilmente ad intrecciarsi con quelle cliniche. Ma le reazioni messe in atto dalla professione medica possono essere le più varie tra loro ed eterogenee. L'ottica della gestione del rischio rende cogente il superamento della “cultura della colpevolizzazione” a prescindere, quanto di quella dell'inevitabilità dell'errore, che diviene altresì una fonte di apprendimento organizzativo.

3.5.2 *L'intreccio tra logiche: un profilo generale*

Gli studi recenti si sono concentrati sulle reazioni messe in atto della professione medica alle istanze organizzative introdotte dalle riforme nelle varie arene della sanità. In special modo, oggetto di particolare interesse sono state le risposte dei medici nelle realtà ospedaliere e nella medicina di base. A livello generale, l'attenzione è stata posta sulla reazione dei medici all'introduzione di una “logica istituzionale” diversa rispetto a quella dominante in precedenza [Reay e Hinings 2009]. L'interesse è motivato dal fatto che è stata inserita una logica lavorativa “altra” all'interno di un settore dominato per decenni da logiche e modalità di lavoro del tutto differenti. Le riforme hanno avuto

quindi come effetto l'ingresso di nuovi modelli di azione, nuove forme mentali e nuovi principi sui quali impostare il lavoro a partire dalla sua dimensione quotidiana.

Le logiche istituzionali che si trovano di fronte nella sanità sono quelle del professionalismo medico tradizionale, che ha sancito la posizione dominante dei medici nel settore per anni, e quello della *business-like healthcare*, implementato in seguito agli interventi istituzionali degli anni Novanta. Queste stabiliscono un legame diretto tra organizzazione e comportamento individuale: danno forma ai pensieri ed ai comportamenti degli attori all'interno di una certa realtà lavorativa. Le logiche sono foriere di principi organizzativi, di norme date per scontate ed interiorizzate nel tempo mediante percorsi formativi ed esperienze pratiche sul campo, che fanno parte della *forma mentis* di chi le applica; si traducono in forme di regolazione del comportamento lavorativo del professionista, che ne fa uso in modo più o meno consapevole.

A tal proposito, è utile rilevare come “piuttosto di analizzare i cambiamenti esterni nel *management* o nell'amministrazione relativi ai metodi messi in atto dai professionisti per opporsi alla dirigenza, è necessario considerare più a fondo i mutamenti interni alla pratica e alla cultura professionale per comprendere come la resistenza o l'adattamento conducano a nuove forme di governamentalità e ad una convergenza tra professionalismo e managerialismo” [Waring 2007, 177.]. I cambiamenti occorsi nella sanità sono implicano anche un mutamento di carattere linguistico, segnando il passaggio da un lessico improntato sul servizio pubblico, sulla cura del paziente e sulle conoscenze cliniche ad uno contrassegnato da lemmi quali efficienza, cura dell'utente consumatore e contenimento delle risorse [Bolton *et al.*, 2011].

Secondo l'approccio neo-istituzionalista, la sanità come campo organizzativo è costituito dai fornitori di prestazioni (professionisti singoli e strutture come ospedali, Asl *etc.*), gli utenti di prestazioni e prodotti sanitari, ossia i pazienti/consumatori, le agenzie regolatrici (ad esempio le istituzioni statali e le associazioni professionali) ed infine le organizzazioni che producono ed erogano il medesimo tipo di servizi rifacendosi a teorie e tecniche differenti, come ad esempio la medicina alternativa.

Le riforme hanno fatto sì che tale campo organizzativo divenisse il terreno d'incontro di queste due logiche, corrispondenti a veri e propri riferimenti per muoversi a livello pratico nella realtà quotidiana dell'organizzazione. Già dalla seconda metà degli anni Novanta è stato notato [Parker e Dent 1996] come il mutamento organizzativo accostasse due “comunità di discorso” all'interno del settore sanitario: in questo caso

era stato evidenziato come all'interno del *National Health Service* inglese medici e manager costituissero due realtà nettamente distinte con una visione dell'organizzazione molto differente tra loro e come ciò risaltasse dallo stesso modo di esprimersi e dal linguaggio utilizzato. L'idea è quella di una cultura organizzativa polarizzata, ma che tuttavia sta gradualmente mutando le concezioni degli attori in gioco e il loro modo di lavorare.

La riconfigurazione organizzativa si è quindi posta come fattore di discontinuità rispetto alla logica istituzionale dominante in precedenza e ha imposto un modo nuovo di agire e di lavorare a professionisti abituati, per forma mentale e pratiche quotidiane, ad esercitare un forte margine di autonomia nel proprio operato. Sono state create le basi per un conflitto tra differenti modi di vivere e praticare un'attività all'interno della medesima realtà istituzionale.

Per questa serie di ragioni, è stato notato [Vicarelli 2004] come il mutamento abbia creato una crescente separatezza tra operatori sanitari e categorie professionali di vario tipo, con conseguenze rilevanti in termini di erosione di capitale sociale fiduciario al loro interno. Ciò avviene in un settore in cui la fiducia è un elemento essenziale, nonché condizione di cooperazione. Come conseguenza, diviene più problematico sviluppare un forte senso di appartenenza all'organizzazione tra coloro che vi operano, considerando che si trovano a convivere figure anche molto differenziate tra loro quali medici, manager, personale infermieristico, assistenti sociali e figure come Operatori Socio-Sanitari (OSS) ed Operatori Socio-Assistenziali (OSA). E, come vedremo a breve, si danno risvolti molteplici e reazioni di vario tipo anche all'interno della medesima categoria.

Le logiche del professionalismo organizzativo possono essere lette in modo più o meno critico: nel primo caso gli studi sembrano concentrarsi sulle reazioni dei lavoratori mossi da professionalismo occupazionale alle forme di controllo esterno; il secondo orientamento, sul modello della lettura critica del mutamento vista nel paragrafo precedente, si concentra sul professionalismo all'interno della grande organizzazione ed opera il tentativo di contestualizzare il "discorso manageriale" nell'ottica della governamentalità o della de-professionalizzazione.

La governamentalità individua la "condotta della condotta" che funge da meccanismo di sorveglianza, la quale fa sì che le azioni dei soggetti si conformino alla pratica discorsiva dominante, un risvolto simile a quello del concetto gramsciano di egemonia. In quest'ottica, il professionalismo ed il concetto di competenza divengono

un meccanismo di controllo degli attori operanti in un determinato contesto [Fournier 1999]. Le pratiche discorsive costituiscono dei dispositivi di controllo “a distanza” delle identità lavorative dei singoli, che si traducono poi nella loro attività di ogni giorno.

Soprattutto nelle prime analisi sulle conseguenze della sanità aziendalizzata, viene ripresa la teoria della proletarizzazione come chiave di lettura del rapporto tra organizzazioni e professioni: le forme regolative di mercato hanno indotto a teorizzare che ne risultasse lesa l'autonomia del professionista *qua talis*, in quanto detentore di una conoscenza teorica e una competenza pratica in cui nessuna imposizione organizzativa poteva prima intervenire:

Managerial control, medical auditing and corporate work have resulted in less autonomy and in the loss of traditional professional values; the transition from self-employed to employee status has shortened the distance from the working class; the flourishing of alternative therapies and the dissemination of medical knowledge among lay people have done away with monopoly over skills [File 2006, 274].

Questo ha indotto vari studiosi a proporre le teoria di una tendenziale perdita, da parte della professione medica, della propria posizione dominante nel settore sanitario e del ruolo di coordinamento delle altre professioni sanitarie, e quindi anche una perdita di quell'autonomia che costituisce l'anima del professionalismo occupazionale. Portando in qualche modo alle estreme conseguenze questi esiti, è stato sostenuto anche che i medici non hanno tanto perduto la dominanza all'interno del settore, ma che piuttosto non l'abbiano mai esercitata effettivamente [Navarro 1988].

Similmente, altri autori hanno notato come la progressiva razionalizzazione e burocratizzazione dei sistemi sanitari stesse conducendo ad una inesorabile de-professionalizzazione della categoria tutta [Ritzer e Walczak 1988], estrinsecantesi in un *ethos* ed in una forma mentale sempre più improntata su una razionalità di carattere formale, che li sta conducendo verso un'attività di tipo più burocratico-routinario che prettamente medica. Ciò si riflette anche sull'immaginario che circonda la professione organizzata, in termini di diminuzione della fiducia da parte dei pazienti e di credibilità in generale. In altri termini, la fiducia riposta negli specialisti viene trasferita nelle organizzazioni di cui sono parte, nonché nei meccanismi e nelle procedure che le regolano.

A risultare minata, secondo questa corrente di studi, è l'autonomia professionale degli specialisti, definita come “contratto sociale negoziato tra una professione e le

élites politiche basato sulla fiducia pubblica in una professione che agisce nell'interesse della società intera" [Sandstrom 2007, 99]. Si presuppone che questa sia attaccata nella sua duplice dimensione: tecnica, ossia squisitamente clinica, e socioeconomica, intesa come possibilità del lavoratore di gestire con un certo margine di discrezione le risorse necessarie a rendere effettivo il proprio potere decisionale.

Un caso esemplare delle dimensioni dell'autonomia è quello della sanità inglese prima del 1983 e quindi della "Griffiths *Inquiry*"⁶: controllo sulla diagnosi ed i trattamenti; controllo sulle cure e sulla loro appropriatezza; controllo sulla natura e sul volume dei propri compiti; infine, indipendenza contrattuale e possibilità di impegnarsi in attività privata, giacché i medici inglesi erano prima lavoratori indipendenti appaltatori del NHS e sottoposti ad intervento amministrativo solo in casi estremi [Harrison e Ahmad 2000].

3.5.3 *Gli esiti in termini lavorativi: le "risposte strategiche" dei medici*

Il filone aperto da questo settore di studi ha nel tempo continuato ad approfondire la relazione tra medici e manager e la reazione dei medici al managerialismo in termini di "risposte strategiche"; l'idea del rapporto managerialismo/professionalismo è stato assunto in prima istanza come gioco a somma zero, fatto di gruppi in lotta tra loro per accaparrarsi il potere di gestire risorse all'interno delle strutture sanitarie [Tousijn 2012; 2013].

L'idea iniziale di medici e manager come fazioni tra loro nettamente contrapposte è stata poi gradualmente superata nel corso degli anni: il processo di "ristratificazione" della professione medica [Freidson 2002a] ha posto le basi per una ricollocazione della figura del medico all'interno delle organizzazioni sanitarie. La ristrutturazione prevede l'assunzione, da parte dei medici, di ruoli di carattere gestionale e dirigenziale (a livello locale ed apicale) e lo sviluppo di competenze di carattere organizzativo. Questa tendenza è stata interpretata dallo stesso Freidson come strategia messa in atto dalla professione per mantenere i privilegi e la propria posizione di "dominanza" all'interno del sistema sanitario. Una letteratura di stampo maggiormente critico ha invece interpretato la tendenza di cooptare i professionisti nella dirigenza come specifica

⁶ La Griffiths *Inquiry* fu condotta sul *National Health Service* inglese nel 1983, prima della sua riforma in senso aziendalistico.

strategia finalizzata a controllare questi attori attraverso tecniche normative che coinvolgono la valutazione delle prestazioni, l'analisi dei costi, la valutazione di qualità e la fissazione degli obiettivi, considerato che “i manager professionisti sono obbligati ad assumere e mantenere il discorso dell'impresa accanto al linguaggio della qualità e della cura del cliente” [Evetts 2011b, 336].

Sheaff e colleghi [2003], facendo ricorso al concetto di “*soft bureaucracy*” di Courpasson, hanno rilevato come, dopo le riforme, nel contesto sanitario il potere non sia esercitato secondo una supervisione rigida e gerarchica, ma mediante un corporativismo flessibile, in base alle cui logiche taluni professionisti si inseriscono in ruoli di confine e fungono in qualche modo da cerniera tra dirigenza apicale e professionismo di base. Questi trasmettono così le direttive che giungono dall'alto edulcorandole ed introducendovi elementi propri del professionalismo classico. La ristrutturazione non delinea una semplice opposizione tra medici e manager, e quindi tra logica professionale e logica organizzativa, bensì una differenziazione di ruoli che non può essere semplicisticamente intesa come loro mutua esclusione.

A tal proposito, la letteratura ha messo in evidenza come le due culture istituzionali non solo non siano mutualmente esclusive, ma possano altresì compenetrarsi vicendevolmente, dando vita a nuove forme di negoziazione e di professionalismo, i cui confini si fanno sempre più labili, ad esempio in corrispondenza di tendenze come l'integrazione dei servizi socio-sanitari. L'integrazione socio-sanitaria è infatti gestita secondo un'impostazione multi-professionale e fa rilevare una molteplicità di conseguenze: in primo luogo, il lavoro in *équipe* coinvolge tutti i tipi di lavoratori operanti in un certo contesto. Le decisioni quindi devono essere negoziate e la dominanza medica lascia spazio a forme maggiormente cooperative di lavoro di squadra, in cui anche le altre professioni sanitarie ricoprono un ruolo non di secondo piano. La situazione muta tra i professionisti addetti a procedure più routinarie e professionisti con ruoli manageriali, ma in generale:

This situation does not constitute a substantial reduction of professional autonomy and a corresponding increase in the power of managers. Professionals not only provide services; in HIS [health-and-social-integration care] they seem to be the lead actors. Consequently, managerialism is far from being a threat to professionalism from the outside; rather it is integrated in the work of professionals and taken on their shoulders [Tousijn 2012, 528].

Pertanto, il rapporto managerialismo/professionalismo non ne risulta come un gioco a somma zero: medici e dirigenza possono altresì portare avanti relazioni di collaborazione e mantenere i loro interessi e la loro identità. I professionisti, in definitiva, nella situazione lavorativa specifica creano le loro procedure, cooptando istanze manageriali nel loro lavoro. Il rapporto tra logica manageriale e logica professionale necessita quindi di essere riconsiderato, giacché elementi come i *team* multi-professionali comportano un intreccio di logiche, che non può essere ricondotto al solo avanzamento del managerialismo nei confronti dell'autonomia professionale.

Le possibili reazioni al managerialismo possono essere molto diverse tra loro e mutare anche a seconda dei contesti analizzati, in base alle loro caratteristiche e a quelle degli attori che vi operano: l'interazione cui danno vita dinamiche manageriali e strategie professionali può essere contraddistinta da una marcata eterogeneità. Come è stato riscontrato di recente, la cooptazione delle procedure organizzative (*co-optation*) è attuata dai medici del dipartimento di ostetricia e ginecologia: “questi medici riconoscono un merito al sostituire o aggiornare le loro pratiche preesistenti con nuove procedure” [Waring e Currie 2009, 768]; accettano quindi di buon grado i nuovi *input*, che ritengono possano migliorare la qualità delle prestazioni offerte, e li inseriscono di fatto all'interno della propria giurisdizione professionale.

L'elusione è riscontrata invece nel dipartimento di anestesia, ove gli anestesisti sostengono apertamente che i loro metodi lavorativi sono di comprovata efficacia e che non sia necessario fare ricorso alle nuove procedure. Questi rivendicano l'affidabilità del retaggio professionale classico e la capacità dei medici di gestire in modo autonomo il proprio lavoro e la tendenziale inutilità delle procedure “non mediche” (*unmedical*).

Infine, la reazione può essere all'insegna di un adattamento tendenzialmente scettico e superficiale alle direttive organizzative, che giunge ad essere parte integrante del processo lavorativo quotidiano, come rilevato nel dipartimento di riabilitazione e medicina acuta.

Per quanto riguarda l'assunzione di ruoli manageriali da parte di rappresentanti della professione medica, i due autori propongono la teoria della “colonizzazione inversa” (*reverse colonization*), per cui “le tecniche di *management* sono cooptate nel lavoro professionale come una forma di resistenza, con i professionisti che divengono competenti in ambito manageriale piuttosto che esser semplicemente cooptati nei ruoli manageriali” [Waring e Currie 2009, 774]. Secondo questa lettura, la managerializzazione del lavoro professionale fa sì che i professionisti facciano proprie

le tecniche ed i metodi manageriali per prevenire l'avanzamento del *management*. Essi divengono così maggiormente "manageriali" nelle loro pratiche e nella loro identità. È questo un modo, da parte dei gruppi professionali, di produrre confini cognitivi e sociali nei confronti di novità organizzative profonde, che coinvolgono le dimensioni fondamentali della loro identità professionale.

La generalizzazione cui perviene questa ricerca è che le modalità di risposta al mutamento da parte dei professionisti non possono essere omogenee; sono altresì influenzate da caratteristiche proprie del settore di appartenenza, della specializzazione e del ruolo ricoperto nella struttura, giacché ognuno di questi fattori presenta retaggi particolari che si riflettono sul modo di sentire e di lavorare del singolo.

La direzione sembra dunque essere quella che porta dalla linea interpretativa della polarizzazione tra due culture lavorative e professionali a quella della loro ibridazione, ma sono rilevabili eccezioni non di poco conto. Lo studio condotto da Martinussen e Magnussen [2011] nel settore ospedaliero norvegese ha infatti riscontrato una decisa contrapposizione tra due subculture presenti nella professione medica.

I due studiosi hanno sottoposto ad analisi medici clinici e medici con ruoli manageriali, riscontrando l'esistenza di una decisa differenziazione tra questi in termini di cultura professionale e logiche lavorative. Viene infatti rilevato come i medici occupanti ruoli organizzativi, avendo maggiori responsabilità, palesino una maggiore identificazione con l'organizzazione ed i suoi obiettivi. Questi enfatizzano la necessità di coniugare le istanze cliniche con l'aspetto delle risorse disponibili e di integrarle nell'erogazione del servizio, giacché le due dimensioni non sono separabili; sono pertanto denominati "*financial realists*" e lasciano trasparire una subcultura diversa rispetto a quella dei "*clinical purists*". Questi ultimi sono medici impegnati in ruoli classici, di carattere clinico e non gestionale, che mettono le necessità dei pazienti al centro della sanità, facendole assurgere a principale riferimento nel prendere decisioni. I clinici percepiscono una profonda cesura tra la propria attività lavorativa e la propria subcultura rispetto a quella dei medici manager, il cui incarico è vissuto come una minaccia nei confronti dell'autonomia e del margine decisionale esercitabile nel trattare coi pazienti. Le riforme avrebbero sollecitato dunque una reazione duplice da parte dei medici: la resistenza dei clinici puri e l'accettazione dei medici manager.

È possibile affermare che l'introduzione di un professionalismo organizzativo si pone come fattore di discontinuità e crea i prodromi di un incontro/scontro tra logiche differenti e tra loro potenzialmente in competizione, ma può anche determinare una

graduale solidarietà e nuove forme collaborative tra dirigenza e medici [Reay e Hinings 2009]. L'idea che va consolidandosi è che l'introduzione di una nuova logica all'interno di un contesto istituzionale definito non determini necessariamente vincitori e perdenti, ma solo strategie volte al mantenimento delle specificità identitarie e della propria indipendenza nell'ottica del raggiungimento di obiettivi condivisi.

Di conseguenza, non si dà una logica dominante, bensì differenti logiche istituzionali che governano vari aspetti dell'organizzazione [McDonald *et al.*, 2013]. Ciò crea le basi per una rinegoziazione dei ruoli e delle identità tanto dei medici coinvolti nella professione classica quanto di quelli coinvolti nel *management*; è questo un modo di produrre confini cognitivi e sociali nei confronti di novità organizzative profonde. Una delle teorie maggiormente in voga è quella dell'ibridazione tra le logiche professionale classica e quella organizzativa [Evetts 2011a], di una reciproca influenza che tende a rimodellare le professioni mediche nei suoi diversi ruoli e nelle sue differenti forme all'interno delle organizzazioni sanitarie: le competenze manageriali e quelle cliniche si intrecciano, anziché escludersi reciprocamente, nel concetto di “professionalismo organizzativo”⁷. In definitiva, il campo di studi sulle reazioni messe in atto dalla professione medica ai radicali mutamenti dei sistemi sanitari occidentali è molteplice: la risposta muta a seconda del contesto di riferimento (ospedale, medicina generale, Distretto socio-sanitario) e anche in base alle caratteristiche dei medici, in particolare l'età, il ruolo ricoperto ed il contesto in cui è avvenuta la loro socializzazione professionale.

Le risposte strategiche possono essere tra loro molto eterogenee e si attestano su un vero e proprio *continuum* che va dall'accettazione passiva di taluni medici all'aperto rifiuto di tal'altri: Tousijn ha recentemente [2013] proposto una classificazione delle reazioni dei medici a partire da una sistematizzazione della letteratura, dalla quale ha espunto i vari gradi ed i livelli di risposta al managerialismo da parte della professione medica.

Partendo dagli idealtipi di risposte strategiche ai processi istituzionali proposti da Oliver [1991], sono stati individuati varie modalità di reazione: i profili variano dall'acquiescenza al rifiuto totale, ma all'interno di questi confini si danno molteplici sfumature. L'accettazione può essere un consenso totale, avere carattere strumentale di facciata (tesa cioè a mantenere i propri spazi di autonomia), passiva rassegnazione o può

⁷ Sul concetto di professionalismo organizzativo si veda il capitolo primo.

infine definirsi come “riduzione”, ovvero un’accettazione solo parziale delle direttive organizzative. La costante crescita del ricorso ad *équipes* multi-professionali ha invece dato il là ad una reazione che rappresenta qualcosa di più di un compromesso tra le due logiche in gioco, che si traduce in una rinegoziazione delle conoscenze e delle competenze utilizzate nell’interfacciarsi ad altri professionisti del settore per portare avanti un progetto comune.

Similmente, Numerato e colleghi [2012] individuano cinque linee interpretative dell’impatto del managerialismo: egemonia manageriale, cooptazione, negoziazione, adattamento strategico e opposizione.

L’egemonia manageriale è teorizzata da coloro che sostengono una lettura critica di stampo foucaultiano, filone cui abbiamo accennato in precedenza, che interpreta la managerializzazione della sanità come figlia di una più ampia forma governamentale fortemente improntata sul neoliberismo. Questa è una forma ideologica fatta di simboli, codici e linguaggi che individuano un’impostazione tesa ad introdurre i principi della standardizzazione della razionalizzazione in ambito sanitario. Secondo questo filone, quella manageriale costituisce un’ideologia orientata a colonizzare la professione medica mediante meccanismi governamentali.

La cooptazione esprime l’utilizzo da parte dei clinici di linguaggi e codici tipici del *management* all’interno della loro logica e giurisdizione professionale; questa reazione poggia sul riconoscimento di una sostanziale utilità degli strumenti concettuali e tecnici della dirigenza.

La negoziazione implica l’assunzione da parte dei medici di ruoli manageriali a tempo pieno o parziale e si trovano a mediare necessariamente tra le esigenze dell’organizzazione da un lato e quelle cliniche dall’altro. In questa casistica si assiste ad un superamento del conflitto, della dicotomia tra cultura manageriale e cultura professionale.

L’adattamento strategico induce invece i medici ad agire come se avessero fatto propri certi modi di agire e di pensare manageriali per preservare le proprie peculiarità, identità ed obiettivi lavorativi. È questa un’aderenza di tipo formale al *management* per far sì che le pratiche professionali rimangano inalterate ed è perciò stata definita come una “colonizzazione inversa” (*reverse colonization*), cioè non una colonizzazione della logica clinica da parte di quella dirigenziale, bensì una colonizzazione del *management* messa in atto dalla professione medica.

La resistenza vede infine le direttive dirigenziali come un'invasione di campo, data la loro natura fortemente in contrasto con le logiche lavorative classiche: muove pertanto da un rafforzamento del professionalismo come reazione al *management*, estrinsecantesi in forma di aperta resistenza ai suoi assunti. L'ottica del controllo dei costi e la standardizzazione delle pratiche (ad esempio tramite EBM) viene visto come limitativo dell'autonomia professionale che per sua essenza pertiene al professionista. Le ultime due forme di reazione poggiano sull'idea di due logiche istituzionali e due culture altamente conflittuali: quella occupazionale e quella organizzativa.

Le letture dicotomiche sul modello "occupazioni contro organizzazioni", e quindi la linea interpretativa della polarizzazione tra due culture professionali e due modi di vivere il lavoro all'interno delle organizzazioni sanitarie, rischia però di reificare la dialettica tra professionisti e manager. Il rapporto tra queste due categorie può infatti essere ridotto ad una battaglia volta ad accaparrarsi spazi più ampi per la propria giurisdizione professionale.

Per le finalità di ricerca, si rende pertanto utile tentare uno sforzo in questa direzione, opponendo una lettura maggiormente scientifica e meno conflittuale del mutamento in corso nei sistemi sanitari. Per andare oltre il pregiudizio dicotomico creato ed alimentato da molti studi del settore, appare utile il concetto di "professionalismo organizzato" (*organized professionalism*), sottoponibile ad analisi dal punto di vista di varie sue dimensioni: l'aspetto dei gruppi professionali, il cui studio può dar conto della nozione stessa delle professioni ad essi relative e della loro natura mutevole in corrispondenza di certe dinamiche evolutive; l'aspetto del comportamento professionale è utile per delineare i confini dei ruoli assunti e le tipologie di reazione praticate dagli attori per fronteggiare il mutamento organizzativo; il tema della professionalizzazione della figura del manager; ed infine l'approfondimento riguardante le azioni manageriali in termini di meccanismi di controllo innescati e gestione del cambiamento all'interno delle strutture di riferimento [Nordegraaf 2011].

Questi aspetti possono rivelarsi utili per superare le letture polarizzate, che rischiano di imbrigliare la visione dello studioso e di costituire delle precomprensioni e delle gabbie mentali che impediscono una visione più plausibile del fenomeno:

These various outlooks are different, but they share a search for overcoming dichotomies. Both theoretically and practically, they highlight relational dynamics in and around professional services and reinterpret the meaning occupational autonomies and boundaries. They show how different parties

increasingly experience a 'loss of fixation', as professional standards change, careers become less static, boundaries become permeable, and autonomies are constrained [Nordegraaf 2011, 1355].

Il concetto di “professionalismo organizzato” cerca di dare rilievo alle determinanti sociali e culturali del mutamento, e non solo quelle economiche: il momento professionale e quello dell'organizzazione non sono tra loro opposti, ma si integrano in una visione più complessa e multidimensionale. Si supera la visione rigida del professionalismo e si collocano piuttosto le reazioni dei soggetti all'interno di un *continuum* che può far comprendere meglio nuove linee interpretative e nuove forme di negoziazione all'interno delle organizzazioni sanitarie.

3.5.4 Gli esiti in termini di altre sfere di vita: un nuovo professionalismo medico?

La letteratura recente si è concentrata anche sul mutamento della professione medica in relazione alle altre sfere di vita degli attori, in particolare il rapporto tra sfera del lavoro e sfera privata e le motivazioni che inducono ad intraprendere la professione.

Jones e Green [2006], sulla base di una ricerca attuata sui medici di medicina generale inglesi, affermano che la professione è caratterizzata da un declino del “vocazionalismo”, ossia dell'idea tradizionale che essere un medico sia una scelta motivata da una chiamata (*calling*) e che il lavoro rappresenti la sfera di vita centrale del soggetto. La vocazione si sostanzia infatti in un'attività “durevole, progettuale e sensata” capace di dare senso all'esistenza e di essere la base su cui costruire il resto del proprio percorso di vita [Miegge 2010]. Ciò sarebbe frutto di una rinegoziazione (*reframing*) del ruolo della professione nella vita di chi la esercita, per cui essa non rappresenta più la precipua fonte di identificazione per il soggetto, ma solo una tra le molteplici attività che fanno parte della sua vita. In tal caso, la professione sembrerebbe confermare quella tendenza socio-culturale per cui il lavoro in genere avrebbe perso la sua centralità rispetto alle altre sfere di vita e la sua capacità di strutturare l'identità sociale degli attori ed i loro percorsi biografici [Beck 2000; Gorz 1992; Martinelli 2003].

Ad integrazione di ciò, va però detto che la generalizzazione appare impraticabile da applicare a tutto l'universo medico e che la centralità della

professione è una questione che muta anche a seconda della specializzazione scelta [Palmieri 2012]. Per la precisione, l'elemento vocazionale non viene del tutto espunto, ma viene riscontrata la tendenza per cui la medicina pare non costituire in se stessa una vocazione, quanto piuttosto una pratica lavorativa come le altre, messa in atto in orari prefissati ed organizzata dai professionisti in modo tale da non confliggere con le altre sfere o da insinuarsi in esse.

È altresì vero che il disconoscimento (*disavowal*) della vocazione come caratteristica definitoria e quasi ontologica della professione non comporta un rifiuto del professionalismo tradizionale e dell'orgoglio di cui è portatrice la competenza clinica per chi la pratica. Si assiste quindi ad una sorta di ridimensionamento della professione rispetto alle altre sfere di vita: “i medici intervistati sono stati rigidi nel loro impegno nella qualità della vita. Non percepivano che la medicina fosse la loro vita; la vita stessa accadeva al di fuori della realtà del lavoro” [Jones e Green 2006, 939]. In questi termini, viene rilevata una significativa discontinuità tra un vecchio ed un nuovo professionalismo, che le due ricercatrici inglesi rilevano tra il prima e il dopo riforma.

Tabella 7. Professionalismo classico e nuovo professionalismo [Jones e Green 2006]

| | <i>Professionalismo classico</i> | <i>Nuovo professionalismo</i> |
|--|--|--|
| <i>Movente</i> | Vocazione | Ricerca di un lavoro gratificante e stimolante |
| <i>Conoscenze</i> | Relativamente stabili | Aggiornamento continuo e impegno al miglioramento costante |
| <i>Competenze</i> | Cliniche | Relazionali, <i>team-work skills</i> , informatiche |
| <i>Relazione col paziente</i> | Paternalismo ed asimmetria informativa | Egualitarismo; consumerismo |
| <i>Ruolo della sfera di vita lavorativa nella costruzione dell'identità</i> | Centrale | Mutevole |
| <i>Valori centrali (ethos)</i> | Ideale di servizio; status | Qualità del lavoro; qualità della vita |
| <i>Struttura della carriera</i> | Carriera definita | Percorsi di carriera molteplici |
| <i>Carico di lavoro</i> | Routinario | Stimolante; controllato |
| <i>Relazioni professionali</i> | Gerarchiche; modello del professionista individuale e della dominanza medica | Democratico; modello del <i>network</i> professionale |

I “vecchi” medici generici “incorporavano forse il professionalismo vocazionale, con la loro accettazione della centralità del ruolo lavorativo nell’identità sociale” [ivi, 945] ed il paternalismo tipico dello stato sociale nel periodo del suo apogeo, estrinsecantesi nella responsabilità nei confronti del paziente ventiquattro ore su ventiquattro all’interno di una realtà territoriale locale. La struttura di carriera di questi professionisti era definita e si sostanziava in *routines* lavorative rigide e regolari: alla motivazione interiore derivante dall’impegno vocazionale si univa il perseguimento di un certo status collegato a determinate risorse sociali (reddito, prestigio, potere), in una forma mentale orientata dalla centralità della professione rispetto alle altre sfere di vita.

I medici figli del nuovo professionalismo concepiscono invece il lavoro come una delle molteplici sfere in cui si costruisce e si consolida l’identità; privilegiano il lato espressivo, ovvero la capacità di risultare gratificante e stimolante a livello soggettivo. I percorsi di carriera sono destrutturati ed all’insegna della flessibilità; per questo aspetto, riflettono le tendenze legate al lavoro nel rinnovato contesto socio-economico del “nuovo capitalismo” [Sennett 1999; 2006]. Di conseguenza,

i professionisti prediligono un adeguato bilanciamento tra tempi di vita e tempi di lavoro.

Questa analisi, pur con tutti i limiti che generalizzazioni del genere comportano, fornisce comunque interessanti stimoli non solo per lo studio di altre realtà lavorative, ma anche un rilevante supporto per l'analisi empirica. A dimostrazione della difficoltà di generalizzare, una ricerca quantitativa piuttosto recente dà conto dell'elevata eterogeneità dei profili motivazionali all'interno della stessa categoria professionale, quella dei medici di medicina generale [Cipolla *et al.*, 2006]. Viene proposta infatti una tipizzazione delle motivazioni, individuando quattro sottodimensioni: l'aspetto economico-strumentale, l'interesse scientifico, l'acquisizione di uno status elevato nella società e la componente umanistico-altruistica. Queste tendono a combinarsi in modi differenti e a dar vita a moventi di diverso genere, che possono rimandare a molteplici idealtipi di medico.

Gli spunti forniti dalle ricerche sulla professione medica e sul rapporto tra professione ed organizzazione considerati in quest'ultimo paragrafo ed il rinnovato contesto sanitario disegnato dalla riforme hanno costituito la base per individuare il problema di ricerca e per elaborarne le chiavi di lettura. Nel prossimo capitolo ci concentreremo sulla parte empirica del lavoro e sui principali risultati.

CAPITOLO QUARTO. UNA FIGURA IN TRANSIZIONE: DAL MEDICO TRADIZIONALE AL MEDICO AZIENDALIZZATO

Il quarto capitolo riguarda la parte empirica del lavoro e consta di due sezioni: la prima è relativa all'impostazione della ricerca; la seconda si concentra sull'analisi delle venticinque interviste realizzate. Nella prima parte sono individuati il problema di ricerca ed il suo oggetto: l'identità professionale medica in rapporto alle riforme in senso aziendalista della sanità. Si procede alla formulazione delle ipotesi di lavoro e all'individuazione del tipo di medici selezionati, del contesto territoriale e delle Aziende Sanitarie Locali. Facendo riferimento ai concetti della parte teorica, vengono elencate e motivate le singole dimensioni dell'identità professionale medica che si è scelto di indagare con lo strumento dell'intervista semi-strutturata e viene sottoposta ad analisi la traccia d'intervista. Si procede poi ad una breve descrizione della sanità toscana e dei profili delle due aziende sanitarie selezionate come contesto della ricerca (Firenze e Pistoia), specificando il criterio seguito per la selezione dei casi.

La seconda parte del capitolo riguarda i risultati dell'analisi delle interviste: è diviso a seconda della prospettiva analitica (organizzativa, professionale e personale) e propone l'analisi per ogni singola dimensione. Nel paragrafo finale vengono intrecciati i profili di risposta relativi al livello organizzativo e a quello professionale e sono individuati tre idealtipi di medico afferente alle strutture territoriali: il medico "tradizionale", quello "liminale" e quello "aziendalizzato".

4.1 L'oggetto, gli assunti e le ipotesi

Le riforme sollevano questioni di notevole rilevanza: il professionista medico ed i suoi criteri di azione all'interno di un contesto di *welfare* profondamente mutato nella sua natura e nei suoi presupposti, l'introduzione di dinamiche di mercato all'interno di un settore prettamente pubblico ed il mutamento che porta nelle modalità di lavorare e di rapportarsi con colleghi, pazienti ed altre professioni sanitarie.

Il problema di ricerca generale che ci si è posti riguarda come le riforme e l'aziendalizzazione del sistema sanitario italiano influiscano sui modi di vivere, praticare e concepire la professione da parte dei rappresentanti della professione medica impegnati in ruoli clinici e dirigenziali o comunque di rilievo organizzativo.

L'assunto di carattere macro è che *trends* tipici degli ultimi decenni del XX secolo, come la centralità della conoscenza e dell'immaterialità rispetto alla società industriale

di stampo fordista (intreccio scienza-tecnologia-potere), la globalizzazione, intesa come internazionalizzazione e diffusione di forme flessibili di organizzazione del lavoro e dei lavoratori, il clima di *deregulation* prodotto dalla massiccia ripresa di teorie neoliberiste e la contrazione del *welfare state* in corrispondenza con la fine del suo “trentennio glorioso”, producano rilevanti conseguenze a livello individuale (ossia sul singolo individuo concepito come attore sociale e come lavoratore) e anche a livello di categoria professionale. Si presuppone che il complesso intreccio di istanze sociali, economiche e culturali alla base di tali macro-dinamiche contribuisca a forgiare una specifica tipologia di lavoratore, di attore sociale e di essere umano, che muta radicalmente nel momento in cui cambiano le condizioni in cui opera quotidianamente [Accornero 1994; 1997].

Applicando tali principi al settore specifico di studio, si ipotizza che l’organizzazione del lavoro all’interno di una struttura complessa, come in tal caso si configura il sistema sanitario, produca un differente approccio rispetto all’attività svolta, alle pratiche discorsive utilizzate ed in generale alla *forma mentis* degli attori sociali coinvolti. La rinnovata struttura delle organizzazioni sanitarie genererebbe, in altre parole, conseguenze rilevanti sull’identità professionale medica, che, come visto nel precedente capitolo, esperisce vari mutamenti in relazione a molteplici fattori e dà vita a forme eterogenee di risposta alle innovazioni.

L’ipotesi generale è che il mutamento organizzativo possa condurre ad un nuovo professionalismo medico, che coinvolge le modalità di approcciarsi alla professione a trecentosessanta gradi: il modo di concepire la professione medica in sé, i suoi assunti deontologici di fondo, i criteri pratici di azione quotidiana. Le rivoluzioni organizzative, come quella che ha interessato la sanità italiana dal biennio 1992-93 in poi, producono effetti gradualmente ma profondi dal punto di vista individuale tra coloro che vi lavorano, a partire dal vissuto soggettivo, per arrivare a coinvolgere l’identità professionale di tutto il gruppo professionale.

Un altro degli assunti teorici, conseguenza di quanto detto fino ad ora, è il principio per cui le professioni non sono delle entità isolate, ma interagiscono di continuo con il loro ambiente di riferimento; non sono quindi dei sistemi fissi ed immutabili, ma recepiscono e traducono in nuove forme mentali e nuove pratiche le dinamiche che coinvolgono il loro ambiente istituzionale di riferimento. Le professioni “non sono delle entità stabilite ma sono destinate a confrontarsi in modo permanente con una molteplicità di cambiamenti” [Bezes e Demazière 2011, 301].

Alla luce delle ipotesi e dei loro assunti di riferimento, questa ricerca si pone l'obiettivo di rilevare e analizzare gli effetti del processo di aziendalizzazione, e quindi delle riforme del sistema sanitario, sulla professione medica. Questa rappresenta infatti un caso di studio molto particolare, perché il medico nel contesto socio-culturale occidentale ha acquisito autorità in una "giurisdizione professionale" [Abbott 1988] molto delicata, che coinvolge la salute e specifiche aree di tabù sociale relative al corpo umano [Freidson 2002a; Tousijn 2000].

Per questa ragione è importante comprendere come i cambiamenti del sistema sanitario, improntati sull'intreccio di logiche manageriali e meccanismi di quasi-mercato, vadano ad influire su questa professione e sul modo di approcciarvisi. Inoltre, come è stato di recente rilevato, la sociologia in Italia si è concentrata più sulla relazione medico-paziente, sulla costruzione sociale della malattia e sulla divisione del lavoro in sanità all'insegna della dominanza medica, ma analisi sul vissuto soggettivo dei medici sono più rare [Speranza, Tousijn e Vicarelli 2008].

Gli studi si sono maggiormente concentrati sul cambiamento occorso alla professione medica a livello ospedaliero e di medicina generale; altre ricerche hanno preso invece in considerazione il mutamento di medici afferenti a vari tipi di specializzazione e di contesti organizzativi in termini di stili di vita e di collocazione della professione all'interno della propria esistenza e del suo rapporto con le altre sfere di vita [Palmieri 2013]. In questa prospettiva, il lavoro di ricerca sul campo è stato sviluppato in linea con i seguenti obiettivi:

- far emergere alcuni degli effetti dell'introduzione di logiche di mercato o quasi-mercato in un settore tradizionalmente pubblico;
- individuare gli effetti del processo di aziendalizzazione su una delle professioni classiche *par excellence*, quella medica;
- osservare come l'intreccio tra le differenti logiche istituzionali dia il la a forme di negoziazione dei presupposti stessi della categoria professionale dei medici e dell'*ethos* ad essa sotteso.

Il focus specifico della ricerca è stato posto sui medici in possesso di specializzazione post-laurea a livello territoriale, ovvero sui medici specialisti ambulatoriali e sui medici con un ruolo di rilievo organizzativo a livello locale (direttori di struttura semplice, di dipartimento o di Unità Operativa). L'obiettivo ha quindi a che fare con gli effetti che l'orientamento aziendalista delle riforme genera su questo tipo specifico di medico operante nel contesto territoriale e in particolare nei Distretti socio-

sanitari, che rappresentano un ambito centrale nell'economia del ripensamento e della riorganizzazione della sanità italiana, anche alla luce del decreto Balduzzi preso in esame nel capitolo precedente.

La rilevanza del contesto di ricerca e del tipo di medico scelto è data inoltre dal fatto che, in Italia, l'attenzione finora è stata posta maggiormente sul mutamento nel campo della medicina generale e in ambito ospedaliero, meno sui medici che lavorano all'interno di realtà distrettuali. Risulta inoltre interessante concentrarsi sugli effetti dell'intreccio tra mutamento organizzativo, modalità di pensare e operare in quanto medici (categoria professionale) ed essere medici all'interno di un contesto professionale di tipo "tradizionale" in ambito sanitario, come quello dell'ambulatorio specialistico, costituito da un medico specialista, un'eventuale figura infermieristica ed il paziente.

È poi necessario precisare per quale motivo non sono stati presi in considerazione i medici di medicina generale, che costituiscono uno dei capisaldi della sanità territoriale e che sono peraltro coinvolti in prima persona nella rivoluzione della sanità territoriale e nelle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), ultima forma assunta dal tentativo di istituzionalizzare forme di associazionismo medico a livello territoriale⁸.

In primo luogo, nella maggior parte delle ASL toscane la riforma del territorio prevista dal Decreto Balduzzi è partita solo in via sperimentale da pochi mesi e pertanto, dato il periodo troppo breve, una ricerca in tal senso non potrebbe dare conto degli effetti della riorganizzazione. Perciò, nonostante la ricchezza di spunti emersi, per essere significativa, una ricerca sui medici di medicina generale necessita di una piena implementazione dei nuovi enti territoriali, e quindi di un lasso di tempo maggiore.

Ricollegandoci al primo punto, la scelta è stata quella di studiare gli effetti della rinnovata impostazione organizzativa in un ambito "tradizionale" come quello dell'ambulatorio specialistico. L'organizzazione della tempistica delle visite, degli appuntamenti da parte dei Centri Unici di Prenotazione (CUP), il monitoraggio dei costi relativi alla prescrizione dei farmaci e ad ulteriori controlli specialistici prescritti, il sistema di valutazione delle *performances* sono tutti fattori che anche i medici specialisti ambulatoriali si trovano a dover affrontare. Si ipotizza quindi che i nuovi principi organizzativi possano mutare le modalità di lavorare e di approcciarsi alla professione,

⁸ Le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) sono anch'esse forme di associazionismo medico territoriale, ma si differenziano dalle AFT perché coinvolgono i medici specialisti. Su questo si veda il capitolo terzo.

soprattutto nei medici che esercitano da molti anni e che hanno avuto a che fare con il sistema precedente l'aziendalizzazione.

Analizzare questo contesto può da un lato rendere più apprezzabile il mutamento di prospettiva presente nella categoria, ma dall'altro comporta anche il rischio di avere a che fare con una realtà, soprattutto quella dei professionisti più anziani, meno toccata dalle riforme e sulla quale la riorganizzazione potrebbe aver influito meno o in modo meno evidente. In secondo luogo, non prendere in considerazione una realtà importante come quella della medicina generale limita sicuramente la portata dell'analisi, che non può essere estesa a questo ambito o può esserlo in modo limitato.

4.2 I riferimenti teorici, lo strumento di rilevazione e la selezione delle dimensioni rilevanti

I concetti teorici selezionati per affrontare il problema di ricerca sono stati mutuati in gran parte dalla sociologia delle professioni, in particolare il concetto di professionalismo come “terza logica”, le teorie del professionalismo classico e di quello organizzativo ed infine la nozione di identità professionale. Delineeremo brevemente i caratteri principali di questi costrutti concettuali, che sono stati descritti nello specifico nel primo capitolo.

La teoria delle tre “logiche” [Freidson 2002b] assume l'esistenza di tre tipi di organizzazione e divisione del lavoro: consumerismo, burocrazia e professionalismo, per cui la struttura ed il contenuto dell'attività lavorativa sono determinati rispettivamente dal mercato, dalla dirigenza e dalle professioni organizzate. La vera e propria “anima” della terza logica è la possibilità, da parte del professionista, di esercitare una elevata discrezionalità nel proprio lavoro, frutto della decennale organizzazione della professione in forma collettiva.

La teoria più recente per interpretare il mutamento intervenuto nel settore sanitario riformato è invece quella strutturata sulla base dei concetti di “professionalismo occupazionale” e di “professionalismo organizzativo” [Evetts 2011a; 2011b]. Infatti, l'implementazione di strumenti di gestione di tipo aziendale come il *New Public Management*, comporta l'accostamento di un professionalismo classico e di un nuovo professionalismo, i cui effetti restano ancora in buona parte da analizzare. Il primo trae origine dal modello classico durkheimiano e parsonsiano e pone enfasi sui valori comuni della professione, sul rapporto fiduciario con i colleghi e sull'elevato grado di

autonomia che il lavoratore può esercitare. Il professionalismo organizzativo costituisce invece una serie di tecniche utilizzate come chiave per il riordino dei sistemi sanitari, così come di tutte le pubbliche amministrazioni dei principali Stati nazione occidentali. È perlopiù utilizzata da manager e legata a forme di autorità legale-razionale all'interno di realtà di natura burocratica, strutturate in modo gerarchico e soggette a procedure standardizzate di lavoro. La prospettiva dominante è quella del managerialismo, che implica processi di individuazione degli obiettivi *ex ante* e costante monitoraggio delle pratiche lavorative.

L'identità professionale è invece il concetto centrale in base al quale è stata impostata la fase empirica della ricerca. Si è infatti ipotizzato che il mutamento indotto dalle riforme abbia influito su una molteplicità di dimensioni che afferiscono all'identità professionale degli specialisti ambulatoriali dei distretti.

L'identità si esprime mediante un processo duplice di auto e di etero-riconoscimento, che chiama in causa una dimensione soggettiva ed una sociale, frutto di un'interazione fra "traiettorie individuali e sistemi occupazionali" [Dubar 2004, 187]. Dal punto di vista lavorativo, l'identità implica un cammino di "iniziazione" ad una specifica cultura professionale e una conseguente "conversione" [Hughes 1958] ad essa da parte di soggetti che rilevano nella professione un progetto futuro in base ad un processo di socializzazione anticipatoria. Di conseguenza, questa è "prodotta e riprodotta attraverso la socializzazione occupazionale e professionale mediante la condivisione del medesimo *background* educativo, il *training* professionale ed il praticantato, e anche dall'appartenenza alle associazioni professionali di vario livello" [Evetts 2006, 134-5]. È la condivisione di queste esperienze che ha permesso e permette alle professioni di mantenere una comune cultura ed identità. Si è scelto di studiare in che modo le riforme influiscano sull'intreccio organizzazione-professione-personalità.

Tabella 1. I tre livelli di analisi empirica

| <i>Livello analitico</i> | <i>Aspetti centrali</i> | <i>Chiavi di lettura</i> |
|---------------------------------|---|---|
| Organizzativo | Sistema sanitario riformato | Professionalismo occupazionale/professionalismo organizzativo |
| Professionale | Modalità e criteri di lavoro; aspetto relazionale (colleghi, pazienti, professioni sanitarie) | Professionalismo come "terza logica" |
| Personale | Collocazione della professione tra le sfere di vita della propria esistenza | Identità professionale |

Sulla base di questo triplice livello di analisi e degli interrogativi di fondo, sono stati scelti l'approccio, gli ambiti di interesse e lo strumento mediante cui approfondirli. Tali ambiti di interesse costituiscono le dimensioni afferenti all'identità professionale medica, sulle quali si ritiene che il processo di aziendalizzazione abbia influito e continui ad influire.

Si è scelto di fare ricorso ad un approccio qualitativo, ritenuto più idoneo per raggiungere gli obiettivi e per rendere apprezzabile il mutamento indotto dalle riforme a livello soggettivo, mediante il racconto aperto dei diretti interessati; cosa che un approccio quantitativo non avrebbe consentito.

Per quanto riguarda lo strumento di ricerca, in prima battuta si voleva utilizzare l'approccio sotteso all'utilizzo dell'intervista biografica, poiché ritenuto più idoneo ad entrare nel "mondo vitale del lavoro" [Dubar 2004, 157] dell'intervistato e a comprendere il vissuto soggettivo in relazione ai mutamenti organizzativi. Si assume che la parola dell'intervistato funga da modalità precipua di costruzione della realtà sociale, in tal caso intesa come contesto lavorativo di riferimento. In particolare, dato che l'interesse della presente ricerca è incentrato sul contesto professionale e sul vissuto soggettivo ad esso inerente, lo strumento è stato in un primo momento individuato nel racconto di vita, il quale, a differenza del più ampio strumento della storia di vita, si concentra su un "preciso spazio dell'esperienza vissuta" [Bichi 2007, 53]; in tal caso, chiaramente, l'ambito è quello del lavoro.

Si è quindi proceduto inizialmente con una fase esplorativa atta a testare lo strumento del racconto di vita, che ha però palesato subito delle criticità in relazione agli argomenti affrontati, a motivo dell'ampiezza della sua consegna e quindi del margine eccessivo di autonomia lasciato all'intervistato. La necessità di cambiare strumento d'indagine è emersa a partire da due serie di criticità rilevate in sede di fase esplorativa: la prima, di carattere metodologico, è data dal fatto che l'ampia consegna del racconto di vita rischiava di far sì che gli intervistati conducessero la tematizzazione del discorso in ambiti troppo distanti da quelli che si volevano indagare; la seconda, di carattere più pratico, è la mancanza di tempo dei soggetti studiati, spesso intervistati tra una visita e l'altra, che non consentiva eccessive divagazioni.

Appurato che il racconto di vita non era lo strumento più adatto per condurre la ricerca, la scelta è dunque ricaduta sull'intervista semi-strutturata. L'intervista è uno degli strumenti precipui della ricerca qualitativa o non standard, il cui obiettivo è quello di accedere alla prospettiva dell'intervistato, a farne affiorare le visioni e le percezioni

personali. Questo tipo di “attrezzo” è particolarmente utile “quando si vuole analizzare il significato che gli individui attribuiscono al mondo esterno e alla propria partecipazione in esso, la costruzione di identità, le emozioni” [Della Porta 2010, 16]. Questa presuppone, a monte, una serie definita di argomenti da affrontare, ma lascia spazio anche alle integrazioni dell’intervistato, permettendo di esplorare anche tematiche e significati non previsti nella traccia: la sua caratteristica principale è dunque la flessibilità.

L’intervista è infatti funzionale a rispondere a domande di ricerca riguardanti il significato di eventi o fenomeni per i soggetti studiati: “il ricercatore cerca esplicitamente di avere accesso alla conoscenza, all’esperienza e alle prospettive dei soggetti, piuttosto che organizzare le credenze, l’esperienza e le prospettive dei soggetti in categorie prestabilite” [Kelly in Bourgeault *et al.* 2010, 309]. Il processo di interazione tra intervistatore ed intervistato risulta essere centrale in questo tipo di approccio, poiché le informazioni stesse desunte mediante l’intervista sono da considerarsi frutto di questo processo di interazione delle due soggettività coinvolte nella “situazione d’intervista” [Bichi 2002]. L’intervista semi-strutturata consente di andare in modo più diretto e celere al punto che si vuole approfondire e di evitare le eccessive divagazioni cui dà vita il racconto di vita, pur non perdendo quel carattere flessibile che è richiesto ad uno strumento di analisi di questo tipo. Il clima che si crea è di tipo “discorsivo” e la traccia risulta in una commistione di elementi direttivi e non direttivi, nella misura in cui costituisce lo strumento mediante cui condurre l’intervista⁹.

La traccia dell’intervista è stata costruita a partire dalle dimensioni e dagli ambiti tematici considerati parte integrante dell’identità professionale medica, dai quali si riteneva che emergessero istanze rilevanti in relazione al mutamento organizzativo. Alcune domande costituiscono degli spunti ampi, delle sollecitazioni che danno discrete possibilità all’intervistato di esprimersi e di allargare l’ambito della risposta. Altre sono invece delle domande più puntali, che danno meno spazio alla discrezione del rispondente e richiedono invece la sua opinione su un tema circoscritto. Si è dunque cercato di unire i vantaggi del racconto di vita con quelli dell’intervista.

⁹ La traccia costituisce “la griglia operativa che consente lo svolgimento dell’intervista, l’elenco delle domande o degli stimoli o degli argomenti che si intendono sottoporre all’intervistato” [Bichi 2002, 19].

La traccia è stata leggermente modificata *in itinere*, aggiungendo domande sulle tematiche che si sono rivelate degne di essere approfondite, ad esempio il pensiero legato al termine azienda in ambito sanitario, l'opinione sul consumerismo e sulla professionalizzazione delle figure sanitarie non mediche.

Nella preparazione della traccia sono state individuate le dimensioni più rilevanti dell'identità professionale medica sulla base della letteratura di riferimento, unitamente a quelle su cui si è ipotizzato che le riforme ed il rinnovamento organizzativo potessero influire in modo significativo. La traccia è stata costruita in base ai tre livelli analitici sopra individuati: organizzativo, professionale e personale. Sulla base di questa suddivisione sono stati individuati gli aspetti specifici da indagare, ovvero le dimensioni analitiche che congiuntamente definiscono l'identità professionale. Sono presenti sei sezioni, corrispondenti alle dimensioni che definiscono il concetto complesso di identità professionale medica, desunte in parte dalla letteratura e in parte dalle idee maturate nel corso dell'approfondimento teorico relativo alla configurazione organizzativa del settore oggetto di analisi.

Tabella 2. L'individuazione delle dimensioni dell'identità professionale medica

| <i>Dimensioni identità professionale medica</i> | <i>Condizioni di possibilità della plasmazione delle dimensioni della realtà professionale</i> | <i>Tematica/concetto teorico specifico sotteso</i> |
|---|--|---|
| <i>Motivazioni ad intraprendere gli studi di medicina (1)</i> | Vocazione e ideale di servizio | <i>Ethos</i> professionale e vocazione (Weber); professionalismo classico (Durkheim, Tawney, Parsons) |
| | Interesse scientifico | |
| | Ruolo della famiglia di origine | |
| | Motivazioni economico/strumentali e prestigio sociale | |
| <i>Tappe della carriera professionale (2)</i> | Strutture in cui è stato prestato servizio e ruolo ricoperto al loro interno | Socializzazione professionale (Merton, Hughes); identità professionale (Dubar); coerenza della carriera con i <i>trends</i> della fase socio-economica di riferimento (Sennett) |
| | <i>Background</i> formativo: eventuali elementi di gestione delle aziende sanitarie nel curriculum di studi e/o in corsi di formazione | |

| | | |
|---|---|--|
| <i>Concezione generale della professione (3)</i> | Significato attribuito alla professione: A. valori fondanti B. criteri di azione e finalità perseguite nella pratica quotidiana | Professione e professionalismo; <i>ethos</i> e logica professionale (Freidson); lavoro e identità sociale; strumentalità/espressività del lavoro (Sennett) |
| | Rapporto professione-vita privata: A. centralità-perifericità rispetto alle altre sfere di vita B. conciliazione | |
| <i>Riforme del sistema sanitario (4)</i> | Opinione sulle riforme e sul processo di aziendalizzazione della sanità | Aziendalizzazione; professionalismo classico/nuovo professionalismo (Freidson, Evetts) |
| | Rapporto sanità-concetto di azienda | |
| <i>Pratica lavorativa e competenze specifiche (5)</i> | Tipo di competenze necessarie per svolgere la professione | Nuovo professionalismo medico (Tousijn, Vicarelli) |
| | Impatto delle Linee Guida e dei protocolli organizzativi | |
| <i>Rapporti con la dirigenza (6a)</i> | Definizione dei rapporti con la dirigenza | Managerialismo; autonomia professionale (Freidson; Evetts); ibridazione/coesistenza/esclusione tra logiche professionali (Reay-Hinings) |
| | Rapporto tra logiche manageriali e logiche cliniche | |
| | Strategie collettive di mobilitazione nel rapportarsi ai dirigenti (a livello formale ed informale) | |
| <i>Relazione medico-paziente (6b)</i> | Definizione del rapporto col paziente e criteri di riferimento nel rapportarsi | Paternalismo medico, asimmetria informativa (Parsons); Professionalismo, consumerismo, managerialismo (Freidson) |
| | Opinione in merito alla capacità del paziente di accedere ad informazioni di carattere medico su vecchi e nuovi <i>media</i> | |
| <i>Rapporti con le altre professioni sanitarie (6c)</i> | Definizione del rapporto con le altre professioni sanitarie e declinazioni in termini di struttura delle relazioni lavorative | Dominanza medica (Freidson) |
| | Opinione in merito alla crescente professionalizzazione di altre figure sanitarie (infermieri, OSS, OTA <i>etc.</i>) | |

La traccia dell'intervista è stata suddivisa in sei sezioni:

1. le motivazioni ad intraprendere gli studi di medicina e la carriera di medico;

2. le principali tappe della carriera, a partire dal tirocinio durante la specializzazione;
3. il significato generale attribuito alla professione medica;
4. l'opinione maturata in merito alle riforme sanitarie degli anni Novanta e del processo di aziendalizzazione;
5. i fondamenti ed i criteri di riferimento per la pratica quotidiana;
6. l'aspetto relazionale specifico della professione, in particolare il rapporto con la dirigenza, con i pazienti e con le altre professioni sanitarie.

La dimensione delle motivazioni ad intraprendere gli studi di medicina è finalizzata a far emergere gli aspetti che hanno maggiormente influito sulla decisione di iscriversi a medicina e, in seconda istanza, alla specializzazione. L'obiettivo è quello di rilevare se prevalga la prospettiva "vocazionale" della medicina come missione mossa da ideale altruistico ed interesse scientifico per la materia o se prevalgano invece motivazioni di appartenenza familiare e di tipo strumentale (gratificazione economica e prestigio sociale).

La seconda sezione è volta a far ripercorrere all'intervistato le tappe principali della propria carriera, a partire dal tirocinio effettuato durante la specializzazione. L'obiettivo è quello di ricostruire il contesto in cui il soggetto si è socializzato a livello formativo e lavorativo, le influenze che l'organizzazione può aver esercitato sul suo modo di lavorare e di vivere la professione, i criteri di giudizio e di lavoro. In particolare, si indaga l'eventuale frequenza di corsi riguardanti l'organizzazione sanitaria ed il *management*.

La terza sezione è incentrata sulla concezione generale della professione medica, e si articola nel significato generale attribuito ad essa in termini di valori fondanti imprescindibili e finalità perseguite nel quotidiano e, in secondo luogo, nell'approfondimento del rapporto tra sfera del lavoro e sfera della vita privata. L'obiettivo è quello di vagliare la capacità del lavoro di strutturare l'identità e di capire se prevalga nel singolo l'aspetto strumentale o quello espressivo dell'attività. In relazione a questa dimensione, si ipotizza che la variabile genere possa esercitare un ruolo molto importante nel trattare la tematica della conciliazione.

La dimensione successiva è tesa ad approfondire l'opinione maturata riguardo l'impatto delle riforme sanitarie sulla professione medica. La finalità è quella di evidenziare possibili aspetti di mutamento nel modo di dirigere le strutture sanitarie e di

mettere in risalto la sfumature che può avere la concettualizzazione del rapporto tra sanità ed aziendalizzazione.

La penultima sezione è relativa alla pratica lavorativa ed alle competenze specifiche ritenute necessarie per essere medico in un contesto sanitario come quello attuale. La finalità è capire quanto peso sia attribuito alle competenze prettamente tecnico-cliniche, ovvero quelle classiche, e quanto a quelle tendenzialmente più legate al dinamismo organizzativo, come le capacità relazionali e di lavorare in squadra, le competenze burocratiche e quelle manageriali. Inoltre, viene approfondita l'idea maturata in merito ai meccanismi tendenti a standardizzare la professione: Linee Guida cliniche e protocolli organizzativi aziendali.

La sesta ed ultima sezione si divide a sua volta in tre parti ed è volta ad indagare l'aspetto relazionale del lavoro, cioè quello del rapporto con la dirigenza, con i pazienti e con le altre professioni sanitarie. Il rapporto con la dirigenza è indicativo della risposta messa in atto rispetto al managerialismo ed alla percezione delle logiche organizzative rispetto a quelle cliniche, in particolare se sono recepite come una minaccia all'autonomia professionale o meno. La dimensione del rapporto con il paziente cerca di far luce sul peso attribuito al benessere del paziente rispetto alle restrizioni di azione poste dall'organizzazione nel quotidiano e indaga la percezione del fenomeno del consumerismo da parte dei medici. Infine, l'approfondimento relativo al rapporto con le altre professioni sanitarie sonda l'opinione maturata in merito alla crescente professionalizzazione, in termini di percorso formativo e certificazioni ufficiali (l'esempio più lampante è l'infermiere laureato), di altre figure che operano in ambito sanitario ed è finalizzato a scandagliare se questa tendenza sia recepita come una minaccia al proprio ruolo e se questo sia dunque visto come meno centrale al contesto della sanità.

L'intervista è stata finalizzata a riscontrare come il "discorso organizzativo" delle riforme abbia influito sulle pratiche e sulla forma mentale dei professionisti. La traccia presenta un grado intermedio di direttività, vale a dire di possibilità da parte dell'intervistatore di definire i contenuti dell'intervista, reso necessario dalle finalità che ci siamo posti, e che il racconto di vita non consentiva. Ciò non toglie che venga lasciata libertà all'intervistato di integrare le sollecitazioni proposte con il proprio apporto in termini di esperienze, vissuti soggettivi ed affrontando tematiche collegate ma non direttamente toccate dalla traccia. Anche il livello di strutturazione è discreto, giacché le domande principali sono state poste a tutti nella medesima sequenza, salvo integrazioni

dell'intervistato. Il livello di standardizzazione, che si riferisce all'uniformità degli stimoli offerti in sede di conduzione dell'intervista, è medio, poiché lo schema degli argomenti è stato sottoposto nello stesso ordine a tutti gli intervistati, anche se in certi casi si è integrato il tutto con domande e rilanci riguardanti istanze che sono emerse a partire dalle risposte dell'intervistato.

È necessario specificare che le consegne relative ad alcune delle sei sezioni in cui si divide la traccia sono meno direttive e meno strutturate, lasciando più spazio ai racconti dell'intervistato. Ci si riferisce in particolar modo alla sezione relativa alle motivazioni, alle tappe della carriera professionale ed al significato generale attribuito alla professione medica.

Tabella 3. Livello di strutturazione e direttività delle sezioni dell'intervista

| <i>Dimensioni identità professionale medica</i> | <i>Strutturazione</i> | <i>Direttività</i> |
|---|-----------------------|--------------------|
| <i>Motivazioni ad intraprendere gli studi di medicina (1)</i> | Bassa | Bassa |
| <i>Tappe della carriera professionale (2)</i> | Bassa | Bassa |
| <i>Concezione generale della professione (3)</i> | Bassa | Bassa |
| <i>Riforme del sistema sanitario (4)</i> | Media | Media |
| <i>Pratica lavorativa e competenze specifiche (5)</i> | Media | Media |
| <i>Rapporti con la dirigenza (6a)</i> | Media | Media |
| <i>Relazione medico-paziente (6b)</i> | Media | Media |
| <i>Rapporti con le altre professioni sanitarie (6c)</i> | Media | Media |

La predisposizione della traccia d'intervista deve rispondere alla necessità di unire il rigore interpretativo delle informazioni con il margine soggettivo che il ricercatore può e deve esercitare nel processo scientifico di interpretazione. L'ipotesi di partenza, come visto sopra, è che il processo di aziendalizzazione indotto dalle riforme sanitarie abbia prodotto effetti a livello di identità professionale medica, da verificare in sede empirica.

4.3 Il contesto di studio: la sanità toscana

Il contesto territoriale scelto per la ricerca sul campo è quello della Regione Toscana. La sanità toscana è composta da dodici Aziende USL (Massa Carrara, Lucca, Pistoia, Prato, Pisa, Livorno, Siena, Arezzo, Grosseto, Firenze, Empoli, Viareggio) e 4 Aziende Ospedaliere-Universitarie (Careggi, Meyer, Azienda Ospedaliera pisana e Azienda Ospedaliera senese).

Nel complesso, le dodici ASL sono distribuite in tre Aree Vaste, cui fanno riferimento altrettanti Enti per i Servizi Tecnico Amministrativi di Area Vasta (ESTAV): ESTAV Centro (ne fanno parte le Aziende USL Firenze, Prato, Pistoia, Empoli e le Aziende Ospedaliere-Universitarie Careggi e Meyer di Firenze), ESTAV Nord Ovest (che comprende le ASL di Lucca, Massa e Carrara, Versilia, Pisa, Livorno e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa) e l'ESTAV Sud Est (Aziende USL Siena, Arezzo, Grosseto ed Azienda Ospedaliero-Universitaria di Siena). Tali soggetti istituzionali, enti di diritto pubblico istituiti con la Legge Regionale n. 40/2005 (Disciplina del servizio sanitario regionale¹⁰), sono figli del processo di ripensamento e razionalizzazione della sanità regionale.

Ogni azienda sanitaria, a sua volta, è divisa in Zone Distretto, che generalmente costituiscono il riferimento territoriale per le Società della Salute¹¹, adibite quest'ultime alla valutazione e definizione dei bisogni del contesto dal punto di vista socio-sanitario. La Zona Distretto è il livello in cui vengono attuate le nuove forme di organizzazione improntate sulle cure primarie e sul *Chronic Care Model*.

Le Società della Salute sono preposte ad organizzare ed impostare i servizi in modo da incidere sulle determinanti della salute (di natura sanitaria e non) a livello locale; sono costituite, a titolo volontario, dall'azienda sanitaria e dalle istituzioni comunali. Nel perseguimento dell'obiettivo del benessere fisico e sociale della popolazione, le Società della Salute coinvolgono varie professionalità (appartenenti al settore sanitario e a quello del sociale), che operano in modo integrato e coordinato per offrire servizi che rispondano ai bisogni del territorio individuati *ex ante*: la base organizzativa è da rintracciare nell'integrazione gestionale e professionale. Il livello territoriale si compone di varie strutture, tra cui le principali sono i distretti socio-sanitari.

¹⁰ Negli ESTAV sono confluiti i Consorzi di Area Vasta, istituiti nel 2002 ed attivi dal 1/1/2003.

¹¹ Le Società della Salute sono state istituite con la Legge Regionale n. 60/2008.

Come è stato di recente notato [Pavolini e Vicarelli 2013], la Toscana si è contraddistinta per essere una delle regioni che maggiormente hanno risposto agli interventi riformatori del 1992-93 e del 1999: sono state infatti emanate due leggi regionali relative all'organizzazione delle ASL e delle AO (1994 e 2000), tre leggi sull'accREDITAMENTO istituzionale (1999, 2003 e 2004) e tre piani sanitari regionali (uno nel periodo 1994-98 e due in quello 1999-2006). Si registra quindi un alto grado di responsabilità alle riforme degli anni Novanta dal punto di vista politico-istituzionale. La Toscana, inoltre, presenta un rendimento istituzionale caratterizzato da una buona *performance* in assenza di deficit, assieme all'area del Nord-est e la Lombardia.

Il sistema sanitario regionale si contraddistingue per una marcata attenzione per la sanità territoriale e dunque anche per le strutture distrettuali ed i professionisti che vi lavorano. La regione, facendo leva su una tendenziale stabilità politica, ha istituzionalizzato il modello dell'integrazione socio-sanitaria, declinatosi a livello operativo nell'integrazione tra ospedale e territorio e di presa in carico del paziente, in base al modello del *Chronic Care* e teso ad evitare derive "ospedalocentriche" [Polillo 2013].

Nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010 l'enfasi è stata posta sull'approccio di tipo proattivo della sanità d'iniziativa, volta alla prevenzione nella gestione della cronicità, individuata come precipua sfida ai sistemi sociosanitari occidentali. Le tre aree di intervento per rendere operativi gli obiettivi sono il potenziamento ed il riordino delle cure primarie, il lavoro in *équipe* e la valorizzazione del ruolo del cittadino, concepito come paziente "consapevole e informato". Gli ultimi provvedimenti normativi regionali riflettono un modello gestionale del sistema sanitario regionale improntato sull'*Expanded Chronic Care Model*. Il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale del 2011 ha ribadito la sostanziale inscindibilità dell'aspetto sanitario da quello sociale nel perseguimento dell'obiettivo di "produrre salute".

Lo stesso documento individua le principali linee strategiche: interazione tra i diversi livelli e le articolazioni della sanità (operatori, professionisti e soggetti istituzionali); prossimità alla popolazione e orientamento/accompagnamento nel percorso assistenziale; solidarietà come "valore civico di vita" e come rete di protezione sociale; sostenibilità del sistema e responsabilizzazione di tutti gli attori in gioco, strettamente legata all'appropriatezza della prestazione, ovvero "quando viene erogata al paziente giusto (in considerazione della situazione clinica), al momento giusto, nella giusta

quantità e al livello organizzativo (*setting*) ottimale” [Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2011, 20].

Il sistema sanitario toscano si fonda su un universalismo che ha a che fare anche con la coesione che si vuol creare tra soggetti pubblici, privati e terzo settore, nell’ottica della quale ha un ruolo centrale la sussidiarietà orizzontale, garantita da una forte tradizione associazionistica. In tal senso, uno degli obiettivi generali diventa quello di garantire la salute intesa come “ben essere, non solo dell’individuo in sé, ma come parte attiva di una comunità Civile” [Piano Sanitario Regionale 2011, 18]. Il tipo di approccio necessario è di carattere multiprofessionale e multidisciplinare, poiché è di basilare importanza l’individuazione dei bisogni per prevenire il disagio sociosanitario. Per rendere efficace tutto il processo, dall’identificazione dei bisogni all’implementazione delle azioni pratiche, è necessario che vi sia capillarità sul territorio delle strutture sanitarie e dei loro professionisti: per questo la dimensione del territorio diviene oltremodo centrale.

Uno degli obiettivi strategici perseguito dalla Delibera n. 754 del 10/08/2012 individua una serie di ambiti cruciali per il riordino del sistema sanitario regionale. Il primo punto riguarda nello specifico l’organizzazione di ospedale e territorio, e prevede la razionalizzazione della rete ospedaliera, interventi di potenziamento su Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), medici di medicina generale, spesa farmaceutica ed estensione della sanità d’iniziativa nella logica della continuità assistenziale.

Il “Piano operativo per il riordino del sistema sanitario regionale”, parte della Delibera 1235 del 28/12/2012, ha ribadito la necessità dello sviluppo del ruolo dei professionisti nell’ottica delle cure primarie e della loro integrazione, che è stato tra l’altro recepito dai medici di base mediante l’accordo collettivo integrato regionale per la medicina generale, e coinvolge anche gli specialisti ambulatoriali che operano a livello di territorio. Questo accordo ha, tra l’altro, previsto l’istituzione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e delle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) nelle aziende sanitarie toscane¹². Il loro obiettivo è quello di ottemperare in modo integrato a tutti quei compiti atti ad affrontare il tema della cronicità in tutte le sue declinazioni.

La scelta della regione Toscana è dunque motivata dall’oggetto della ricerca, gli specialisti operanti sul territorio: il sistema sanitario regionale ben rappresenta la

¹² Su AFT e UCCP si veda il capitolo precedente.

traduzione in pratiche politiche ed istituzionali il “nuovo paradigma assistenziale” dell’*Expanded Chronic Care Model* per la gestione della cronicità. I principi teorici della riorganizzazione sono stati realizzati grazie ad un modello concertato tra enti istituzionali, professionisti della salute e organi rappresentativi dei cittadini.

Il contesto regionale ha infatti fatto proprio il modello della sanità d’iniziativa che si sostanzia nelle politiche di valorizzazione del territorio e di *empowerment* della proattività degli enti e del loro personale. Ciò è funzionale a favorire un approccio gestionale volto a prevenire la malattia a partire dall’analisi dei bisogni, accompagnando il cittadino-paziente nel processo assistenziale relativo alle malattie croniche.

La sanità d’iniziativa abbracciata dalla regione costituisce un modello della presa in carico del paziente che rende necessario uno sviluppo delle cure primarie, e quindi del territorio, cui è affidato il compito di analizzare i bisogni della popolazione del territorio, programmare e coordinare gli interventi basati sulle necessità emerse: “il modello operativo prescelto, il *Chronic Care Model*, è basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il *team* multiprofessionale composto da operatori socio sanitari, infermieri e MMG” [Bollettino Ufficiale della Regione Toscana del 30/07/2008, 34].

La presa in carico del paziente in tutto il percorso assistenziale deve essere contestualizzato in una “comune cultura dell’integrazione” condivisa da tutti i professionisti e da tutti gli attori, collettivi e non, coinvolti nel processo. Tutto questo necessita, inoltre, di un adeguato sistema di monitoraggio e valutazione delle pratiche messe in atto a livello territoriale, all’interno delle quali l’azione degli specialisti diviene cruciale, così come l’azione volta predisporre un piano di dimissione per una ottimale gestione di assistenza domiciliare.

La Toscana rappresenta inoltre un caso interessante per la presenza di forme sperimentali che coinvolgono la professione infermieristica, come il *Triage* e il *See and Treat* in Pronto Soccorso, che implicano un allargamento delle competenze ed una parziale ridefinizione del ruolo dell’infermiere e della sua giurisdizione professionale rispetto a quella del medico.

All’interno del territorio regionale toscano, si è scelto di condurre la ricerca su due aziende sanitarie: l’Azienda Sanitaria di Firenze (ASF) e l’Azienda Sanitaria Locale di Pistoia (ASL 3).

Firenze rappresenta il centro istituzionale della sanità toscana; il suo territorio costituisce una realtà complessa in termini di organizzazione e di strutture, data

l'ampiezza del contesto e della popolazione residente. L'Azienda Sanitaria di Firenze è composta da quattro Zone Distretto e, di conseguenza, da quattro Società della Salute (Firenze, zona fiorentina Nord Ovest, zona fiorentina Sud Est, Mugello), consorzi tra l'Azienda Sanitaria ed i comuni istituzionalizzati ufficialmente nel 2008 dopo una fase sperimentale.

L'ASF è stata istituita il 1/1/1995 e in precedenza era costituita da dieci Unità Sanitarie locali; oltre all'Azienda Sanitaria, comprende le Aziende Ospedaliere di Careggi e l'Azienda Meyer, che sono a gestione autonoma. È una delle aziende sanitarie più grandi del territorio nazionale: afferiscono ad essa 33 comuni, che corrispondono ad un'utenza di circa 838.346 persone. Il personale medico, comprendente specialisti ambulatoriali ed ospedalieri e medici di medicina generale, rappresenta l'11,7% del personale totale; gli amministrativi il 10,6%.

Pistoia è stata scelta in quanto realtà aziendale "tipica" della Toscana, caratterizzata da dimensioni medio-piccole e meno numerosa dal punto di vista della popolazione residente e da quello dei soggetti presenti. La popolazione degli assistiti è pari a più di un quarto di quella della realtà fiorentina (293.061 assistiti), che fanno riferimento a 22 comuni e 2 Società della Salute (Pistoiese e Valdinievole). La ASL3 si compone delle strutture territoriali relative alle due Zone-Distretto e di due presidi ospedalieri (Pistoia e Pescia). Il territorio dell'azienda fa parte dell'area vasta Firenze-Prato-Pistoia. I medici rappresentano il 16,8% del personale dell'azienda, una percentuale leggermente più alta di quella registrata per l'azienda di Firenze, mentre quella di amministrativi è leggermente più bassa (8,2%).

I contesti sono stati selezionati con la finalità di rilevare l'eventuale trasversalità degli effetti delle nuove strategie organizzative e della riorganizzazione sui medici specialisti che lavorano su due territori, quelli di Firenze e Pistoia, tra loro differenti dal punto di vista della morfologia sociale, a parità di condizioni istituzionali. Nel territorio toscano vige infatti una tendenziale omogeneità istituzionale dal punto di vista dell'organizzazione della sanità. Inoltre la realtà distrettuale funziona in modo molto simile a prescindere dai contesti di riferimento: il carattere regionale della sanità fa sì che essa sia regolata dai medesimi principi di carattere macro in ogni sua declinazione territoriale.

Tabella 4. il contesto di studio: l'Azienda Sanitaria Fiorentina e la Asl 3 di Pistoia

| | <i>Azienda Sanitaria Fiorentina</i> ¹³ | <i>Asl 3 Pistoia</i> ¹⁴ |
|---|--|---|
| Comuni di riferimento | 33 | 22 |
| Assistiti | 838.346 ¹⁵ | 293.061 |
| Dipendenti | 6.556 (di cui 11,7% medici e 10,6% amministrativi) | 3.072 (di cui 16,8% medici e 8,2% amministrativi) |
| Società della Salute | 4 | 2 |
| Posti letto ospedalieri | 973 | 680 |
| Prestazioni specialistiche ambulatoriali | 1.187.607 | 730.604 |

4.4 Il disegno della ricerca e la scelta dei casi

La selezione dei casi da intervistare è avvenuta mediante un campionamento non probabilistico¹⁶: l'obiettivo, infatti, non è stato quello di perseguire la rappresentatività statistica di tutti i soggetti appartenenti alla popolazione di interesse, bensì una rappresentatività di tipo sostantivo.

Il tipo di campionamento scelto è di tipo “teoricamente fondato”: fa riferimento ad un modello euristico-esplorativo che si adatta notevolmente alla natura iterativa del tipo di studio in questione. Questa tecnica è guidata “dalle interpretazioni emergenti dei dati ed è organizzata intorno all'obiettivo di raggiungere la ‘saturazione teorica’, laddove i casi ulteriori non apportano nuove informazioni o intuizioni” [Kelly in Bourgeault *et al.* 2010, 317].

Sulla base di questo presupposto metodologico, la selezione è stata realizzata in corso d'opera, in quanto guidata gradualmente dall'interpretazione delle informazioni che man mano emergevano dalle interviste. È necessario precisare che, in questo tipo di ricerche, non si può mai avere la certezza di avere a disposizione un insieme

¹³ La fonte dei dati è il Bilancio Sociale dell'ASF 2009-2010, l'ultimo disponibile sul sito aziendale (www.asf.toscana.it). I dati sono aggiornati al 31/12/2010.

¹⁴ Fonte: Relazione Sanitaria 2011

¹⁵ Compresi 19.464 persone con domicilio sanitario e stranieri non residenti. Dati al 31/12/2010. Fonte: Bilancio Sociale 2009-2010.

¹⁶ Il campionamento può essere probabilistico e non probabilistico: il primo prevede tecniche di selezione dei casi per cui tutti i casi hanno la medesima probabilità di essere selezionati; il secondo, anziché basarsi sul criterio di equiprobabilità, si basa su criteri differenti, che mutano a seconda del tipo e degli obiettivi della ricerca [Bruschi 1999].

sufficientemente completo ed esauriente di informazioni per l'analisi, data anche la complessità della realtà di riferimento.

La selezione degli intervistati è continuata fino a quando non si è ritenuto di avere raggiunto la saturazione, cioè una volta maturata la convinzione che nuove interviste non avrebbero apportato nuove informazioni ritenute significative ai fini della nostra ricerca. Sulla base di questi presupposti, le interviste realizzate sono state venticinque; dopodiché, abbiamo ritenuto di aver saturato la variabilità delle possibili testimonianze [Bertaux 1999].

Per quanto concerne i risultati, resta fermo che il criterio di fondo non è quello della generalizzabilità, che risulta essere improprio per il tipo di ricerca, e si è preferito pertanto rifarci a quello di "estrapolazione" [Silverman 2002], ritenendo di far emergere elementi di interesse che possano essere validi tendenzialmente per la realtà in questione, oltre la popolazione studiata direttamente.

Il campionamento a scelta ragionata o teorico è dunque teoricamente motivato dai risultati che gradualmente emergono dalle interviste, in quanto il campione viene selezionato *in itinere* sulla base delle caratteristiche che si ritengono salienti per vagliare se le suggestioni che nascono sono fondate ed eventualmente per svilupparle ed affinarle. Si basa dunque sul processo iterativo circolare analisi-risultati.

Sono stati pertanto selezionati medici provenienti da molteplici specializzazioni ed afferenti a varie Unità Operative distrettuali. Ciò per rilevare se il mutamento abbia influito trasversalmente in modo simile sui rappresentanti della categoria nelle sue varie sfumature, giacché ciò che maggiormente interessa è il discorso organizzativo e non la specializzazione del professionista.

Nel territorio di Pistoia la ricerca è iniziata sulla base di contatti personali precedentemente esistenti, mentre su Firenze si è proceduto a contattare i rappresentanti dei principali sindacati medici presenti sul territorio, a cui è stata presentata la ricerca, e a partire dalle indicazioni dei quali sono stati scelti i soggetti da intervistare.

Sono stati poi intervistati anche medici dirigenti e medici che svolgono attività di rappresentanti sindacali a livello provinciale o regionale con la finalità di sondare la ricezione del mutamento, rispettivamente, dal punto di vista dell'azienda e da quello della categoria professionale organizzata. Dati gli spunti di riflessione che emergevano intervista dopo intervista, si è scelto di integrare la ricerca con interviste anche ad altri medici con ruoli organizzativi, come dirigenti di Unità Operative distrettuali o medici responsabili di Distretto.

Le interviste sono state tutte registrate e trascritte *verbatim*, per consentire una più completa analisi del contenuto. Solo in un caso l'intervistato ha rifiutato di farsi registrare, non gradendo che fosse trascritto quanto affermato. In quest'unica occasione, sono comunque stati presi appunti nel corso dell'intervista, anche se molti elementi sono andati inevitabilmente perduti.

Ottenere l'intervista non è stato un problema nella maggior parte dei casi: si provvedeva sempre a precisare che il tutto si sarebbe svolto con l'ausilio di un registratore e che il contenuto sarebbe stato trascritto e trattato comunque in modo anonimo solo da me e maneggiato da nessun'altra persona. I medici sono stati tutti contattati prima ed è stato necessario fissare un appuntamento, dato che l'intervista è durata in media tra i 30 e i 45 minuti. Mentre solo in due occasioni è stato possibile effettuare interviste senza contatto precedente, grazie alle indicazioni di medici intervistati in quello stesso luogo ed in quello stesso giorno.

Le interviste sono state realizzate tutte negli ambulatori specialistici dove lavorano i professionisti e, per quanto concerne i dirigenti ed i rappresentanti sindacali, nell'ufficio di riferimento. L'ambiente dunque è stato funzionale sia a far sentire a loro agio gli intervistati, sia a garantire l'assenza di rumori di fondo e dunque condizioni ottimali per la trascrizione della registrazione. In tal caso è stato rispettato il principio per cui l'intervista dovrebbe avvenire in un "contesto il più possibile vicino a quello abitudinario e quotidiano dell'intervistato" [Montesperelli 1998, 95]. Una sola intervista, ad una rappresentante sindacale, è stata invece realizzata nella sede della regione, dove l'intervistata si era recata per un'assemblea regionale.

L'aspetto maggiormente problematico è stato il fattore tempo: molte interviste sono state realizzate tra un appuntamento e l'altro o comunque in orario di lavoro, giacché nella più parte dei casi non è stato possibile farsi concedere un incontro fuori dall'orario di lavoro. Ciò non ha comunque precluso il dispiegarsi della conversazione nella situazione d'intervista, una volta sbloccata la ritrosia iniziale.

Come visto sopra nell'analisi della traccia, le sezioni relative ad alcune dimensioni prevedevano delle consegne iniziale molto ampie (ad esempio la richiesta generica di parlare delle motivazioni che avevano indotto ad intraprendere gli studi e la professione di medico), che lasciavano ampio spazio al racconto dell'intervistato. In queste sezioni gli intervistati spesso sono giunti ad affrontare le sotto-tematiche previste dalla traccia; nei casi in cui ciò non è avvenuto, si è cercato di condurli con una serie di interventi e di rilanci. Nei casi in cui gli intervistati hanno risposto ad uno stimolo che lasciava loro

ampia libertà in modo sintetico, la difficoltà (non sempre superata) è stata quella di far sì che essi si aprissero maggiormente o superassero la riluttanza iniziale, facendo leva anche sul ruolo “maieutico” che l’intervistatore è chiamato a ricoprire [Montesperelli 1998]. Nella parte successiva del capitolo ci concentreremo sull’analisi delle interviste e sulla presentazione dei risultati.

4.5 Il processo di analisi e i risultati dell’indagine

L’analisi delle interviste è stata effettuata mediante la griglia interpretativa relativa alle dimensioni della traccia ed è proceduta di pari passi con lo svolgimento delle interviste stesse, cosa che, come abbiamo visto, ha influenzato la selezione dei casi successivi. L’obiettivo che ha mosso l’analisi è stato quello di indagare come il processo di aziendalizzazione abbia influenzato l’identità professionale medica e in quale senso abbia inciso sulle singole dimensioni.

L’analisi è stata condotta in una tripla prospettiva: il livello organizzativo, quello professionale e quello personale. Di seguito proporremo l’analisi per ogni singola dimensione e per ognuna delle tre prospettive individuate. Col supporto di stralci tratti dalle interviste, abbiamo messo in evidenza tre profili di risposta per ogni dimensione, tranne che per quella del rapporto con la dirigenza.

Nel paragrafo finale, intrecciando i profili di risposta relativi al livello organizzativo e a quello professionale sono stati individuati tre “tipi ideali” di medici specialisti territoriali. Questo risultato è stato raggiunto estrapolando alcuni tratti che possono dare conto di un mutamento dell’identità professionale della categoria, con riferimento alle pratiche discorsive introdotte dall’aziendalizzazione. Tali idealtipi sono considerati indicativi, seppure non in modo esaustivo, di un mutamento tuttora in corso che coinvolge i medici operanti sul territorio e, in particolare, nei Distretti socio-sanitari.

4.5.1 Il livello analitico organizzativo

L’analisi del livello organizzativo è stata realizzata sulla base delle dimensioni della ricezione ed interpretazione da parte dei medici del processo di aziendalizzazione del sistema sanitario e, in seconda istanza, della definizione dei rapporti con la dirigenza (a livello locale ed apicale). Si procederà con l’analisi delle due dimensioni considerate singolarmente, proponendo i relativi profili di risposta individuati per ognuna di esse.

Il processo di riforma e l'aziendalizzazione

La prima dimensione organizzativa analizzata approfondisce la visione del processo di riforma del sistema sanitario e la rappresentazione dell'idea di aziendalizzazione maturata dai professionisti. Sono stati individuati tre profili di risposta, corrispondenti a tre gruppi di medici: il primo tende a delegittimare l'idea di gestione aziendale e a ricondurla *in toto* alla politicizzazione della sanità; il secondo ne sottolinea risvolti positivi (organizzazione sistematica) e negativi (eccessiva rilevanza dell'aspetto economico); il terzo mostra invece una certa apertura nei confronti dell'idea di azienda.

Nel primo gruppo di intervistati prevale la tendenza a legare il processo di riorganizzazione in senso aziendalista della sanità all'idea di politicizzazione, delineando i contorni di un'opinione decisamente negativa in merito. La politica, espressamente presente prima del 1992 nell'ente del Comitato di Gestione delle USL e che doveva essere eliminata con le riforme, viene percepita come una presenza persistente ed ineliminabile nel settore.

L'aziendalizzazione è un eufemismo. Per partitizzazione. Ma neanche partitizzazione nel senso nobile del termine. Nel senso più basso: di spartizione del potere politico [...]. Abbiamo avuto a che fare con una marea di imbecilli, di funzionari che non sapevano un c...o della sanità, ma che dovevano da un lato far quadrare i conti anno per anno – quindi impossibilità di pianificare a lungo termine, come servirebbe in sanità – e soprattutto senza nessuna competenza in ambito sanitario [...]. Il problema è che ci sono direttori generali che non usano capitali propri e quindi non rischiano in proprio [...]: fanno il bello e il cattivo tempo, tanto non gli succede nulla. E quindi è una contraddizione in termini l'aziendalizzazione all'italiana che è stata fatta nella sanità. Sono dei dilettanti dell'economia e dei dilettanti della sanità: sono solamente dei funzionari di partito [Intervistato n. 4].

Nella ricostruzione operata da questi medici, le riforme degli anni Novanta non hanno fatto altro che acuire quella pervasività della politica che caratterizzava già da prima la sanità italiana, tradendo così lo spirito che animava le riforme stesse. Il concetto di aziendalizzazione è visto come un'etichetta tendente a mascherare la costante presenza della politica, che designa i funzionari e soprattutto le figure dirigenziali a tutti i livelli, soprattutto a quelli più alti.

Ciò che viene rimarcato in questo profilo è la distanza esistente tra parte professionale e parte organizzativa manageriale: sussiste una vera e propria

contrapposizione, che sfocia sostanzialmente in quello che viene interpretato come un dialogo tra sordi¹⁷.

Lo spirito che anima questo gruppo è quello di aperta delegittimazione della figura dei dirigenti: gli intervistati si soffermano in particolare sul fatto che figure dirigenziali non appartenenti al mondo della sanità, figure tecniche come il direttore generale e quello amministrativo, non possono essere in grado di comprendere le esigenze di un sistema che è retto da un'altra logica, quella del professionalismo. In questo profilo, tale logica è considerata dominante in sanità e le riforme vengono lette come un attacco alla professione medica portato dall'esterno.

Si riscontrano, infatti, posizioni che sostengono l'idea di una sanità organizzata e diretta da medici, che, a motivo della loro esperienza pratica all'interno del settore, sono visti come gli unici in grado di organizzarlo in modo coerente e funzionale. Le riforme sono lette anche come un tentativo di minare alla base l'autonomia professionale del professionista, che non può più esercitare la discrezione cui ritiene di avere diritto.

Il rapporto tra aziendalizzazione e sistema sanitario è letto dagli intervistati in termini antitetici: quello di azienda è un concetto che non è adatto a definire l'organizzazione del lavoro e dei rapporti istituzionali all'interno di una struttura che persegue come finalità il benessere delle persone.

Uno degli esiti più negativi delle riforme è riscontrato nel fatto che hanno portato ad una "aziendalizzazione all'italiana", per cui sono stati inseriti dei dirigenti apicali che rappresentano figure di frontiera, che non appartengono del tutto al mondo della medicina, né a quello dell'economia e della gestione aziendale. Essi sono visti come legittimati da un'etichetta, quella di dirigente in quanto figura tecnica, che in vero è posta ai vertici delle strutture solo per le sue vicinanze politiche¹⁸: "è questo il problema: hanno cambiato il nome e non hanno cambiato la sostanza" [Intervistato n. 21].

¹⁷ "Io penso che l'aziendalizzazione della sanità sia una contraddizione in termini delle più assurde. Non può essere che ci sia un bilancio tra necessità di accesso alle cure e razionalizzazione finanziaria. Son dei concetti che non stanno insieme. Assolutamente antitetici" [Intervistata n. 11].

¹⁸ "Parliamoci chiaro: sono convinto che i vertici della dirigenza vengano dati innanzitutto proprio per correnti politiche. E quelli più validi, i funzionari coi quali io mi trovo benissimo e coi quali abbiamo risolto molti problemi da una parte il sindacato e da una parte l'azienda, son quelli che non hanno fatto carriera all'interno. Son quelli che non son diventati, parliamoci chiaro, direttori sanitari o direttori generali" [Intervistato n. 21].

Gli intervistati mettono in evidenza come la politica sia parte stessa del tessuto connettivo della sanità. I “politici” vengono fatti individuati nei:

Vari direttori aziendali, e vicedirettori e così via che molto spesso [...] non sono medici e non hanno nulla a che vedere con la sanità. E quindi non sanno, da un punto di vista pratico, come si svolge un determinato lavoro e le esigenze per far sì che quel lavoro funzioni bene [...]. Un manager non s’improvvisa. Quindi i manager veri sono persone che devono fare un tragitto particolare per fare quel lavoro lì, invece purtroppo nella sanità italiana sono spesso gente di partito e basta [Intervistata n. 8].

La politicizzazione è la chiave di lettura mediante cui gli intervistati interpretano la riorganizzazione in senso aziendalista della sanità: viene quindi percepita una vera e propria cesura tra i “politici” e tra le figure sanitarie classiche. I vari disservizi e gli sprechi di risorse propri della realtà in questione sono attribuiti alla mancanza di cooperazione e di collaborazione tra queste due categorie: i professionisti della sanità ed i “politici”.

In questo profilo si rilevano dunque che posizioni che tendono ad enfatizzare la dimensione prettamente medica della sanità, che non può essere ricondotta ad un discorso economico: le uniche figure pensate capaci di dirigere la sanità sono rintracciate nei medici stessi, che conoscono la realtà del lavoro pratico all’interno delle strutture sanitarie e che pertanto saprebbero orientare verso la riduzione degli sprechi di carattere macro ed un migliore funzionamento globale del sistema.

Le problematiche endemiche della sanità italiana, come gli sprechi e la sempre maggiore scarsità di risorse, sono imputati alla gestione macro del sistema e la strada intrapresa con le riforme non viene percepita come la più adatta a risolverle. Queste sono altresì il segno evidente della persistenza di criticità la cui esistenza non può più essere messa in secondo piano, ma non forniscono la soluzione. La discrasia tra il *management* e la parte sanitaria è molto marcata e sfocia qui nel vero e proprio conflitto. Sono le due facce della medaglia della sanità: la parte professionale classica e quella manageriale, il cui male è rappresentato dalla pervasiva influenza della politica. A conferma di quanto emerso da altre ricerche, la politica viene vista come un fattore che interviene in ambito sanitario influenzando direttamente sulle scelte aziendali [Tousijn 2008; Tousijn e Giorgino 2009].

Il passaggio disegnato dalle riforme viene dipinto come forse troppo celere e come una transizione da un estremo (la dominanza o egemonia professionale del medico nel

sistema sanitario) ad un altro (sanità governata da figure tecniche): “perché forse non si può passare così da un estremo a un altro. Quindi forse è necessario che la parte sanitaria venga più coinvolta e responsabilizzata piuttosto che comandata a bacchetta. Poi spesso da persone che magari sono scelte soltanto da un livello politico” [intervistata n. 24].

Anche il secondo gruppo di medici individua una definizione ambivalente delle riforme e dell'aziendalizzazione sanitaria, che designa una visione tendenzialmente critica con spiragli di parziale apertura in determinate condizioni. Questo profilo denota una molteplice interpretazione del fenomeno in oggetto, contraddistinta da diverse sfumature.

A partire dalle ricostruzioni degli intervistati, si nota una duplice lettura del processo di aziendalizzazione: la prima enfatizza l'aspetto dell'introduzione di un criterio economicistico e quindi l'implementazione di un sistema di gestione privatistica della sanità; la seconda definisce invece l'aziendalizzazione come criterio organizzativo.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la gestione delle organizzazioni sanitarie come aziende private, la lettura è ambivalente: se da un lato gli intervistati sanciscono il riconoscimento di una sostanziale legittimità delle istanze aziendali, nella misura in cui sottolineano l'importanza di contenere i costi e di gestire al meglio le scarse risorse disponibili, dall'altro l'obiettivo della depoliticizzazione non è considerato raggiunto:

In linea teorica potevano essere anche riforme giuste da fare. Perché si doveva passare da una situazione dettata dalla 833 del '78, che era durata abbondantemente una quindicina d'anni in cui tutto a tutti. In cui questo tutto a tutti generava una serie di meccanismi a cascata per cui le varie ASL, che erano molte più di adesso, venivano poi a fine anno ripianate a piè di lista. Chi più spendeva era stato bravo. Non c'era un problema di compatibilità di risorse all'epoca [...]. L'aziendalizzazione ha portato sostanzialmente a lavorare su meccanismi di trattativa di *budget* e tutte queste cose qui, che sono teoricamente giuste. Quindi su questa cosa io credo che sia assolutamente condivisibile [...]. È inutile che ci diamo degli obiettivi di spendere mille, se poi le nostre risorse sono cento. Questa è stata forse la parte più concreta e realistica dell'aziendalizzazione. Dopodiché è finita lì, perché l'aziendalizzazione era stata venduta anche con un altro tipo di obiettivi e di speranze che non si son realizzate, tipo fuori gli interessi politici dalla sanità: non è cambiato nulla. Forse, se è cambiato qualcosa, in peggio [...]. Quindi sotto questo aspetto fallimento, l'aziendalizzazione. Sotto l'aspetto, direi, di introdurre dei criteri di gestione da azienda, secondo me non se ne poteva fare a meno di farlo [Intervistato n. 15].

Le riforme e l'aziendalizzazione, nonostante abbiano in discreta parte significato una persistenza di certi effetti perversi endemici della sanità, sono state anche foriere di una

ventata di realismo nella sua gestione. L'aziendalizzazione è anche portatrice di effetti positivi come il perseguimento del pareggio di bilancio, la riduzione degli sprechi e l'attenzione ai costi ed una più rigida divisione dei ruoli e di burocrazia: obiettivi realistici, la cui legittimità non è messa in discussione.

Gli intervistati imputano al sistema precedente una gestione poco attenta alle risorse disponibili, che si era lasciata prendere la mano dall'universalismo del "tutto a tutti" e che tendeva ad assecondare anche le richieste infondate dei pazienti. Il principio aziendalistico è considerato un utile strumento per fare sì che la sanità sia gestita in modo più oculato a tutti i livelli: dai medici di base ai dirigenti.

La parte negativa dell'aziendalizzazione, legata in tal caso al primo profilo di risposta, è quella invece relativa all'obiettivo della depoliticizzazione, che è stato perseguito sulla carta, ma che non ha trovato del tutto riscontro nell'applicazione pratica della riforma. Gli intervistati sottolineano come sostanzialmente non sia mutato nulla da quel punto di vista e come la presenza della politica sia ancora pervasiva in ambito sanitario.

Passando al secondo aspetto presente in questo profilo di risposta, gli intervistati interpretano il concetto di azienda come criterio organizzativo, come divisione dei ruoli in una struttura gerarchica:

Il termine azienda mi piace nel senso [...] che ognuno c'ha i suoi compiti, deve svolgere i suoi compiti al meglio: questo mi sta bene. Nel senso buono del termine di azienda. Il resto no: se questo termine azienda viene visto diciamo come azienda privata per cui uno sta agli umori di Tizio e Caio, da questo punto di vista non mi sta bene [...]. Aziendalizzazione l'intendo come avere una gerarchia, rendere conto a qualcuno, sapere quali sono i propri compiti e li devi fare. Allora questo mi sta benissimo. Ripeto, ritengo che sia giusto far così [...]. È chiaro che ci deve essere una figura apicale che si piglia le proprie responsabilità: diritti e doveri, come si suol dire. E se sbaglia magari è disposto anche a pagare del proprio. Ma qualcuno che ti dia delle indicazioni, dice fai così perché mi piglio io la responsabilità, una figura così ci deve essere. Molte volte quelle figure non ci sono qua dentro. Armiamoci e partite, come si suol dire [...]. L'aziendalizzazione se si intende questo mi sta anche bene. Non mi sta bene la figura dell'aziendalizzazione quando c'è la gerarchia, ma la gerarchia si defila. Allora no: questo non mi sta bene [Intervistato n. 17].

Il presupposto aziendalistico è accettato nella misura in cui implica una rigida divisione dei ruoli e delle responsabilità collegate, con particolare attenzione a quelli apicali. Il concetto di azienda, in questo caso, è accettato nella misura in cui non soffre di distorsioni: è un concetto valido ed accettabile se implica divisione precisa dei ruoli e

dei compiti e responsabilizzazione di tutte le figure coinvolte, a partire da quelle apicali. Solo in questo modo è possibile che il professionista si riconosca nella struttura e trovi sicurezza in essa e nel proprio operato. Viene rimarcato come sia necessaria una ben precisa responsabilizzazione delle figure appartenenti ai vari livelli dell'organizzazione. Azienda significa, anzi dovrebbe significare, che ognuno ha dei compiti ben definiti e che è direttamente responsabile del proprio operato.

Il lato negativo di questa interpretazione del concetto di azienda è che la responsabilizzazione che dovrebbe caratterizzare la struttura non è stata realizzata nei fatti e anzi proprio gli apicali risentono di una decisa mancanza di responsabilizzazione e di coerenza rispetto al proprio operato. Gli intervistati riscontrano infatti come spesso coloro che appartengono alla "gerarchia" non si prendano "onori ed oneri" che spettano al proprio ruolo, ponendo le basi per una deriva burocratica delle organizzazioni sanitarie. Secondo quanto affermato dagli intervistati, in questo tipo di realtà, il medico si trova ad espletare pratiche ed attività che sarebbero in vero appannaggio di altre figure, come amministrativi e dirigenti stessi¹⁹.

In definitiva, nonostante permanga in questo secondo profilo una certa ritrosia nei confronti del principio aziendalistico, si mostrano spazi di apertura: in determinate condizioni, il processo di riorganizzazione può apportare migliorie in termini di razionalizzazione dal punto di vista organizzativo ed economico alle strutture sanitarie. Il lato negativo denunciato dagli intervistati consiste soprattutto nell'applicazione pratica dei presupposti riformatori, che spesso rimangono vincolati alla sola teoria, lasciando un senso di frustrazione nei professionisti.

Il terzo gruppo di medici fa riscontrare invece una espressa apertura al concetto di aziendalizzazione della sanità. Come nel caso di una parte degli intervistati del secondo profilo, i processi di aziendalizzazione vengono associati all'aspetto economico del

¹⁹ "Il termine azienda credo sia stato introdotto proprio il fatto che hanno introdotto un criterio economico [...]. Però ancora sicuramente c'è tanto da fare in quest'ambito. Perché non si può pensare che un medico abbia la testa di un economista. Son due cose un po' contraddittorie secondo me. Normalmente, non lo so, perché son cose che non ho mai fatto, dei supporti ulteriori, anche dall'esterno potrebbero essere molto utili; anche per avere noi dei mezzi per capire meglio determinate cose. Insomma anche noi, quando lavoravo in reparto, facevamo il DRG; è una cosa abbastanza complicata da gestire e soprattutto una cosa che fa perdere un sacco di tempo. Cioè il tempo che uno dedica [...] invece che fare il ragioniere sarebbe meglio stare al letto del malato e fare il medico. Il ragioniere che faccia il ragioniere, ecco. Visto che ci sono tanti amministrativi che lavorano nell'ospedale più dei medici assunti. Potrebbero essere un po' meglio dislocati nelle strutture sanitarie in maniera forse più utile [...]. Invece noi facciamo i medici e gli amministrativi insieme, qualche volta anche gli infermieri e i segretari. Tutto quanto insieme" [Intervistata n. 18].

contenimento dei costi in presenza di risorse scarse ed anche ad una minore politicizzazione del sistema²⁰.

Io la trovo positiva questa visione aziendale della sanità. Penso che manchi un controllo di quello che si produce. Cioè, gli sprechi, l'inefficienza è tanta. Se si volesse basterebbe andare a guardare se veramente si produce salute [...]. Quello che mancano sono degli [...] la presa in considerazione di indicatori, in cui si faccia il rapporto tra quanto una data azienda sanitaria, un dato medico migliora lo stato di salute della popolazione che fa riferimento a lui e quanto spende per farlo. Ora ci son degli indicatori che guardano quanto spende il medico, degli indicatori che guardano quanto è bravo quel medico ad evitare ricoveri, o quanto anche è bravo a migliorare lo stato di salute della sua popolazione, ma un indicatore che valuti l'efficienza nel far questo no. Quindi il medico bravo non è quello che spende poco; non è quello che ricovera poca gente, ma è quello che fa, che spende i soldi in maniera appropriata. Quindi bisogna premiarne l'efficienza [...] più che il fatto di risparmiare [Intervistato n. 3].

Il linguaggio stesso di questi medici, che perlopiù appartengono alle fasce d'età più giovani o sono medici con ruoli dirigenziali, denota una presa di coscienza del mutamento.

La riorganizzazione viene interpretata in modo decisamente positivo, perché riconosce e legittima che la finalità del sistema sanitario è quella di “produrre salute” in modo efficiente. Questi medici vedono nell'aziendalizzazione un presa di coscienza della necessità di operare in modo da produrre salute nella popolazione in modo appropriato, cioè utilizzando le risorse in maniera adeguata. La gestione precedente viene definita come economicamente inefficiente, dedita allo spreco di risorse e poco controllata. L'aziendalizzazione chiama in causa proprio l'idea di un monitoraggio continuo dell'operato delle aziende sanitarie.

Uno dei compiti principali del sistema sanitario è quello di individuare indicatori per raggiungere gli obiettivi di carattere micro e macro con sempre maggiore efficienza ed appropriatezza. Sono però soprattutto i medici appartenenti alle fasce d'età più giovani e quelli con ruoli organizzativi a palesare una più marcata consapevolezza dell'aspetto organizzativo e di quello economico. Volente o nolente, il professionista della sanità deve abbandonare parte della visione classica e “romantica” del medico: non si può più

²⁰ “Diciamo che prima c'era un maggiore, purtroppo, lottizzazione dei posti. Perché, sa, erano in mano ai politici. Per cui c'era un presidente del comitato di gestione, c'era il consiglio [...] e quindi una maggior spartizione e una lottizzazione. Oggi questo di meno. Non è scomparso eh, però, perlomeno in Toscana, di meno. In Toscana, cioè, secondo me perché insomma la sanità è a un buon livello perché in Toscana nelle strutture pubbliche non si entra soltanto perché sei il figlio di o perché c'hai la raccomandazione di. Non è sufficiente quello. Perché entri una persona bisogna che sia capace” [Intervistato n. 7].

prescindere dal considerare il bene del paziente come unica finalità del proprio lavoro, ma assumere altresì una mentalità *cost-conscious*.

Si aprono spazi per una rinegoziazione delle caratteristiche del medico in rapporto alla rinnovata concezione dell'organizzazione sanitaria e delle sue logiche. Il professionalismo organizzativo entra a far parte delle strutture sanitarie e della figura professionale medica e la gestione aziendale è il veicolo che innesca il mutamento. Di conseguenza, Il concetto di azienda assume un nuovo significato:

[*Il concetto di azienda*] Sembrerebbe un controsenso perché noi siamo un'azienda ma non produciamo reddito: produciamo salute. Però il concetto di azienda, tutto sommato, può far sentire tutti uniti sotto un cappello. Il senso di gruppo, il senso di squadra. Questa parola azienda non si presta molto bene a quello che facciamo. Però può essere anche una casa comune che ci fa sentire parte di un sistema. Non mi dispiace, ecco. Quando dico "io appartengo all'azienda sanitaria", non mi sento penalizzata, usando un termine che è più proprio per chi fa lavatrici piuttosto che reddito in altra forma. Nessuno lo percepisce male questo concetto, credo [Intervistata n. 16].

Operando una comparazione con gli intervistati del primo profilo, secondo i quali vige un rapporto antitetico tra la sanità ed il concetto di azienda, in questo caso essa si configura come un'organizzazione atta a "produrre salute". Diventa una collettività che deve essere capace di creare un gruppo di operatori professionali, medici e non, che sappiano essere una squadra e per perseguire gli obiettivi prefissati.

Il senso di totale divergenza tra obiettivi della categoria professionale medica ed organizzazione aziendale qui cade del tutto: i dirigenti diventano anzi fondamentali nel far sì che i medici e le altre figure sanitarie divengano un tutto orientato verso il perseguimento dell'obiettivo comune della salute. In questa visione c'è, o dovrebbe esserci, una cooperazione ed una integrazione tra le varie figure coinvolte ed un *esprit du corps* che è mosso da una rinnovata logica lavorativa ed un nuovo approccio alla sanità ed alla professione medica.

Tabella 5. La rappresentazione del processo di riforma in senso aziendalista

| | Rappresentazione del processo di aziendalizzazione | Reazione della professione medica | Rapporto sanità-azienda |
|------------------------|---|--|--------------------------------|
| Primo profilo | Politicizzazione | Delegittimazione; critica | Antitesi |
| Secondo profilo | Economicismo, organizzazione | Parziale apertura | Apertura condizionata |
| Terzo profilo | Gestione aziendalistica (connotazione positiva) | Apertura | Armonia |

I rapporti con la dirigenza

La seconda dimensione organizzativa sottoposta ad analisi è relativa alla definizione del rapporto tra medici e dirigenti. Per i medici clinici è stato preso in considerazione il rapporto sia con i dirigenti responsabili immediati (direttori di Unità Operativa e dirigenti di Distretto), sia con gli apicali (direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo).

Il concetto teorico utilizzato per l'analisi è quello di managerialismo, come definito nel capitolo terzo [Tousijn 2008]. Per questa dimensione, differentemente dalla prima, sono stati rilevati due profili di reazione: il primo risponde ad una dirigenza che è vista come autoritaria e distante dal lavoro quotidiano; il secondo risponde invece ad uno stile organizzativo interpretato come autorevole più che autoritario.

Il primo gruppo di intervistati fa registrare la percezione di una scarsa o inesistente responsabilità della dirigenza alle richieste avanzate in forma individuale o organizzata. A ciò si accompagna l'idea di una profonda deresponsabilizzazione del personale dirigente e di una tendenziale incoerenza per quanto attiene alle direttive date al personale sanitario. Questa incoerenza è strettamente associata dagli intervistati alla eccessiva burocratizzazione del sistema.

In questo universo kafkiano che sono diventate le USL c'è un signor nessuno che sta lì da solo, a prendere le decisioni senza misurarsi, diciamo, con le professionalità, in nome di altre motivazioni [...]. Cioè, è qualcosa di sbagliato in partenza perché sono legati a bilanci di fine anno e quindi l'unica motivazione è il risparmio immediato. E grazie: è facile per tutti. Cioè, fare l'equazione: risparmiare uguale a non spendere. Son buoni tutti. Quando si tratta delle cose spicciole, perché, insomma, noi è da anni e anni che ci rompono i c...i per risparmiare sui farmaci, sulle siringhe [...] poi, ora è successo al direttore generale di questa USL, che è in arresto per un ammanco di 200 milioni di euro. Allora, queste persone verrebbe voglia anche di batterle proprio al muro, cioè tu mi hai rotto i c...i a me per una siringa e poi fai sparire 200 milioni [...]. Quindi per noi l'amministrazione è un universo, come dire, un muro di gomma. Cioè, un universo anonimo dove, boh, sembra che nessuno risponda di precise responsabilità. [Intervistato n. 4]

L'universo manageriale viene vissuto come una piramide altamente gerarchica, dalla struttura rigida e verticale, sempre chiusa alle richieste ed alle sollecitazioni della parte professionale; viene dipinto come una realtà impersonale ed autoreferenziale con la quale è impossibile avere un confronto, che tende a disumanizzare il sistema sanitario tutto e che vorrebbe disumanizzare anche coloro che vi lavorano.

Sussiste una vera e propria dicotomia tra professione e vertici dell'organizzazione, la cui origine è da rintracciare nell'idea, tipica di questo profilo di intervistati, che medici e manager perseguono finalità completamente differenti, anzi opposte: i primi perseguono la salute dei pazienti, i secondi invece sono visti come mossi solamente da un criterio economico di valutazione e di azione²¹.

Ciò porta ad una mancanza di spirito collaborativo e di appartenenza ad un corpo, ad un tutto che segue le stesse finalità²². La percezione di mancanza di obiettivi comuni di lavoro è considerata insita nel ruolo della parte clinica e di quella organizzativa e gli effetti perversi cui esse danno luogo sono imputati all'assenza di collegamenti diretti tra le due parti.

Gli intervistati sottolineano le difficoltà di ottenere risposte da parte della dirigenza e di avere occasioni in cui porre questioni, esternare dubbi o fare richieste. Non è solo percepita una carenza di responsabilità dell'organizzazione, ma anche una carenza di comunicazione *in toto* tra i vari livelli. I dirigenti sono pensati come entità difficilmente raggiungibili, quasi eteree, dedite a compiti di carattere burocratico ed organizzativo, come scrivere comunicazioni di scarsa utilità e partecipare di continuo a riunioni, con la sola finalità di decrementare quantità e qualità dei servizi riducendo i costi.

Gli intervistati riscontrano che eventuali tentativi di proporre migliorie da apportare ai servizi ed alle modalità di gestirli cadono comunque nel vuoto, poiché la scarsità di risorse prospettata dall'azienda non ammette repliche di alcun tipo. Il medico percepisce insomma l'impossibilità di partecipare al processo decisionale e lamenta una mancanza di autonomia nel gestire il proprio lavoro quotidiano, succube di una dirigenza definita come distante ed irresponsabile. Queste caratteristiche dei vertici conducono ad una disorganizzazione tendenziale di tutti gli altri livelli della piramide, fino a coinvolgere anche la base ed i suoi meccanismi.

Gli unici canali di potenziale confronto sono dei tavoli tecnici, a cui gli specialisti ambulatoriali partecipano solo mediante rappresentanza sindacale. Ciò viene

²¹ "I manager dell'azienda pensano soltanto a razionalizzare le risorse, non pensano mica al cittadino. Non creda che il cittadino lo mettano al centro. Dicono politicamente che il cittadino è al centro della sanità, ma il cittadino non conta nulla. Contano soltanto le risorse che si possono spendere e basta. Anzi non fanno altro che parlare di razionalizzazione; al massimo dicono a noialtri medici di stare attenti a spendere [...]. Non è che il manager mette al centro il cittadino eccetera. Pensa alle risorse logicamente [...]. E noi siamo tenuti a spenderle al meglio. Però logicamente qualcosa manca. Viene a mancare" [Intervistata n. 10].

²² "Non c'è collaborazione. Sarebbe utile una maggior collaborazione tra la testa e gli arti. Come Menenio Agrippa" [Intervistata n. 8].

considerato molto limitante in termini di partecipazione, a motivo del fatto che il ruolo dei rappresentanti della categoria è solo di carattere consultivo e si limita a ratificare decisioni del *management* che sono in realtà imperative. Questo nella misura in cui risulta arduo rendere omogenee le esigenze dei vari ambulatori territoriali, che sono spesso molto differenti tra loro. Viene inoltre sottolineato il fatto che la convocazione diretta della parte medica avviene solo in circostanze eccezionali e non costituisce un *modus operandi* sistematico dell'organizzazione.

Le criticità nel rapportarsi alla dirigenza possono talvolta indurre i medici ad auto-organizzarsi nel tentativo di far fronte alle mancanze della struttura nel suo complesso:

Se chiedevi un qualcosa a quelle persone che avevano ufficialmente il potere di farlo, non s'otteneva mai niente, quindi a forza di insistenze, lettere, picchia e mena, si sono ottenute delle cose col completo assenteismo della dirigenza. Fai per te e cerchi di organizzare la famigliola che gravita intorno a te [...]. S'era sempre in un mare magno. Quindi io ho cercato di organizzare il mio bilocale, come lo chiamo io, in modo che funzionasse [...]. Quelli che sono i manager un giorno ti dicono una cosa e il giorno dopo te la disdicono. Non soltanto te la disdicono: ti dicono l'opposto. Il terzo giorno ti ritornano sul primo, e così via. È un ping-pong continuo, senza avere mai una presa di posizione definitiva che, buona o cattiva che sia, quella è [Intervistata n. 1].

Dal punto di vista collettivo, il tentativo di organizzazione formale dei medici come categoria professionale per far sentire la propria voce nei confronti della dirigenza viene percepito come inutile. La rappresentanza sindacale in sede di confronto ufficiale con l'azienda viene considerata distante ed incapace di specificare tutte le criticità delle singole strutture distrettuali e dei singoli ambulatori. Ciò è spiegato anche dal fatto che ogni Distretto delle ASL, pur essendo organizzato formalmente allo stesso modo, risente di modalità organizzative e di tradizioni informali di lavoro differenti. L'idea che anima gli intervistati ricondotti a questa tipologia richiama quella di una insanabile cesura tra parte clinica e parte manageriale della sanità. L'associazionismo sindacale non è reputato in grado di essere rappresentativo e di far sentire in modo adeguato la voce della parte medica nei confronti dell'azienda.

La difficoltà di ottenere udienza presso la dirigenza e di avere risposte su qualsiasi questione lavorativa porta talvolta gli intervistati ad organizzare il lavoro "dal basso", a partire dall'ambulatorio o il dipartimento di afferenza, di concerto con le altre figure professionali che ne fanno parte e con cui lavorano ogni giorno. Questo viene visto da alcuni come l'unico modo per creare un ambiente adeguato alle esigenze organizzative,

senza chiamare in causa la dirigenza (cosa che viene considerata una vera e propria perdita di tempo).

Un'altra caratteristica imputata alla dirigenza è la radicale incoerenza: le direttive fornite sono infatti spesso smentite anche a breve tempo di distanza l'una dall'altra da chi le ha proposte e ciò produce una situazione di confusione nella quale non è facile barcamenarsi. Anche per questo motivo questi medici sono pervasi da un senso di frustrazione e di rassegnazione, che li induce a cercare di rivolgersi il meno possibile alla dirigenza.

Il secondo gruppo di medici tende invece a percepire i rapporti con la dirigenza nei termini di un tentativo di incontro, più che nei termini di uno scontro, tra istanze divergenti, come nel caso del primo gruppo di medici.

La classe medica deve subire in generale i programmi che vengono dati. Però c'è sempre stata una consultazione, ecco. Poi, insomma, una decisione [...] va presa e se viene presa io ne prendo atto. Che la stragrande maggioranza delle volte io sono stato informato e consultato. Già questo vuol dire [...]. Quindi le direttive generali bisogna seguirle, le regole bisogna seguirle perché ci sono [...]. Sia le regole che ci piacciono e che non ci piacciono, però proprio perché ci sono le regole bisogna seguirle, però, ripeto, con il coinvolgimento, con l'ascolto, con il rispetto dei ruoli [...]. La maggior parte delle volte le conclusioni sono state amichevoli [Intervistato n. 7].

Il tentativo di far valere la propria opinione o le proprie richieste presso il *management* non viene vissuto nella forma di un "muro contro muro", come nel primo gruppo di medici. Permane l'idea di una divergenza tra logiche di lavoro e obiettivi perseguiti nel quotidiano, però di carattere meno estremizzato. Tali divergenze non sono ritenute insuperabili: l'idea del "muro di gomma" viene edulcorata e il rapportarsi ai dirigenti non viene vissuto come un dialogo tra sordi.

Vi è consapevolezza della difficoltà di armonizzare due modi di lavorare molto diversi, che non sempre sono conciliabili; viene percepita però una maggiore apertura, una maggiore disposizione ad ascoltare, per ragioni di gerarchia ma non solo, di dialogare con la parte dirigenziale e di addivenire ad una strategia comune.

Allo stesso tempo, sono però rilevate delle difficoltà nella misura in cui l'eterogeneità degli obiettivi perseguiti spesso non consente di raggiungere una decisione condivisa. I rapporti si riducono in questo caso alla possibilità concessa alla parte medica di partecipare attivamente e di far sentire la propria voce, ma senza la

possibilità di influire veramente sulle decisioni, che ragioni di forza maggiore impongono di accettare con rassegnazione.

La professione, in qualche modo, “subisce” l’organizzazione: a differenza del primo profilo, c’è l’idea di una consultazione, di una chiamata in causa dei medici da parte della dirigenza, pur nella coscienza della scarsa possibilità di far valere nei fatti le proprie volontà. La professione medica si riduce ad essere consultata riguardo decisioni sulle quali a livello pratico non può esercitare alcuna influenza. Ciò avviene perché viene avvertita la necessità di sottostare a limiti ben delineati che non si possono travalicare, poiché le direttive dell’organizzazione, soprattutto di carattere macro, non sono negoziabili né eludibili.

Gli stessi medici con ruoli dirigenziali a livello locale sono tenuti a sottostare a direttive, di livello regionale, nazionale o europeo, che sono imperative e non lasciano margini di decisione in molti casi:

Abbiamo delle riunioni periodiche con la dirigenza apicale. Anche chi non partecipa alle riunioni [...] ha dei momenti in cui si confronta con chi poi va a rappresentare nei momenti apicali. Per cui tutta la dirigenza ha la possibilità di esprimere la propria opinione [...]. C’è la possibilità di portare la propria idea [...]. Poi le logiche che orientano le scelte della direzione non sempre sono legate a quello che è meglio, ma a quello che magari la regione chiede, il ministero chiede. Ci sono dei vincoli esterni che non dipendono dal direttivo e quindi non sempre quello che viene proposto viene accolto. A livello alto vanno fatti sempre dei compromessi tra gli elementi proposti [Intervistata n. 16].

Il managerialismo è associato all’idea per cui vi sono direttive che i professionisti, volenti o nolenti, sono costretti ad accettare; fermo restando che c’è però la possibilità di far valere la propria opinione entro una certa misura. Prevale, in ogni caso, il riconoscimento di legittimità delle direttive provenienti dalla dirigenza apicale, in quanto figlie di un processo di ricezione degli imperativi di carattere regionale, nazionale o europeo.

I medici come categoria professionale devono dunque destreggiarsi all’interno dei limiti tracciati da questi vincoli, che non possono essere travalicati. La consapevolezza di ciò è ferma e si sostanzia nella necessità di far valere la propria opinione nell’ottica della ricerca di un compromesso. Ma questo è sostanzialmente ritenuto legittimo poiché sussistono delle limitazioni che non possono essere imputabili al *management*, che deve sottostare a sua volta a rigidi vincoli.

Gli intervistati, che ricoprono un ruolo clinico o organizzativo, sono consci di dover rispettare la “fattibilità” delle decisioni e pertanto anche di quella delle richieste che vengono avanzate nei confronti della dirigenza. Anche qui l’idea del carattere vincolante delle linee macro non può esser messa in discussione: la professione medica non può non tenerne conto.

Quello che si percepisce spesso è la mancanza di obiettivi, di direzioni chiare [...]. Siamo medici dipendenti; siamo in un’azienda. Si chiama così per cui se la mia azienda produce automobili tutte rosse, io le vernicio di rosso. È inutile che dico: a me non piacciono le macchine rosse. Quindi uno lo sa che le deve verniciare di rosso. Quello che si percepisce spesso è che in realtà talvolta mancano gli obiettivi strategici sulla base di un anno, due, tre [...]. I bilanci sono sempre più stretti; i soldi mancano, gli investimenti non si fanno, ma il nostro interlocutore su questi temi non è nemmeno la direzione d’azienda [...]. Oggi come oggi nella pratica nostra devi prendere delle decisioni fattibili [...]. Noi lavoriamo moltissimo su obiettivi di attività che scendono dal ministero alla regione e poi alle ASL. Diciamo che in soldoni sui macro-obiettivi non abbiamo alcun tipo di scelta, ma lo ritengo giusto perché almeno si sa: l’indirizzo che viene dal ministero piuttosto che dalla Comunità Europea è questo [Intervistato n. 15].

Nella ricostruzione degli intervistati viene riconosciuto il carattere inaggrabile degli obiettivi macro. Si lamenta semmai il fatto che la dirigenza si concentri su obiettivi di breve periodo, perdendo di vista quelli strategici di medio periodo; ciononostante, la legittimità di quanto imposto dall’alto non è messa in discussione, anche se poi la gestione delle risorse concesse avviene a livello locale.

In conclusione, per quanto attiene questa dimensione è utile precisare che esistono due profili di reazione ai rapporti con la dirigenza: il primo sottolinea l’inesistente responsabilità della dirigenza e, in molti casi, addirittura l’impossibilità di occasioni di confronto in cui fare proposte. Prevale comunque una delegittimazione generale della figura del dirigente e l’idea di una contrapposizione tra gli obiettivi dell’organizzazione e quelli della professione.

Il secondo gruppo di intervistati, al contrario, ritiene legittimi i vincoli organizzativi e percepisce un sufficiente livello di coinvolgimento da parte della dirigenza. Nonostante anche in questo caso la professione “subisca” l’organizzazione, la prima è comunque chiamata in causa e consultata. Tuttavia, sia i medici clinici che i dirigenti locali, rilevano il carattere vincolante degli imperativi proveniente dal livello istituzionale superiore (regione, Ministero, Unione Europea). Le logiche dominanti sono

quelle del compromesso e della consultazione all'interno di linee macro in aggirabili, ma reperate tutto sommato doverose.

Tabella 6. I rapporti con la dirigenza

| | <i>Rapporto professione/dirigenza</i> | <i>Partecipazione alle decisioni della professione</i> | <i>Rappresentazione della dirigenza</i> | <i>Reazione della professione medica</i> |
|------------------------|---------------------------------------|--|---|--|
| <i>Primo profilo</i> | Contrapposizione | Partecipazione indiretta | Assenza di responsabilità e di occasioni di confronto diretto | Delegittimazione |
| <i>Secondo profilo</i> | Divergenza | Coinvolgimento passivo | Costretta entro vincoli inaggirabili | Legittimazione |

4.5.2 Il livello analitico professionale

L'analisi del livello professionale è stata condotta in base alle dimensioni della pratica quotidiana, una sorta di dimensione "ponte" tra livello organizzativo e livello professionale, il significato attribuito alla professione medica, le competenze necessarie per svolgere la professione, la relazione medico-paziente e quella con le altre professioni sanitarie. Come nel paragrafo precedente, si procederà con l'analisi delle cinque dimensioni considerate singolarmente, proponendo i relativi profili di risposta per ognuna.

La pratica quotidiana

Quella relativa alla pratica quotidiana costituisce una dimensione che si colloca a cavallo tra il livello di analisi organizzativo e quello strettamente professionale. Per questa ragione si è scelto di parlarne subito dopo gli approfondimenti concernenti l'organizzazione e ad introduzione della sezione concernente la parte professionale.

Questo nella misura in cui questa dimensione ha come oggetto la percezione del medico relativa agli elementi che intervengono, o possono intervenire, nell'indirizzare l'esercizio quotidiano della professione da un duplice punto di vista: clinico ed organizzativo. Il primo prende in considerazione le Linee Guida, ossia le procedure formalizzate relative alle varie patologie²³. La prospettiva dell'organizzazione tiene

²³ Si veda il capitolo 3.

invece conto della rilevanza delle linee organizzative utilizzate dall'azienda, che riguardano ad esempio le modalità di gestione degli appuntamenti, gli orari di ambulatorio e il tempo disponibile per ogni paziente. In seconda istanza, l'aspetto organizzativo comprende le modalità di controllo della spesa sulle prescrizioni farmacologiche e sugli esami specialistici mediante *report* sull'attività di professionisti e sui costi che queste hanno comportato per il sistema sanitario. I meccanismi di controllo della spesa riguardano infatti l'operato del singolo medico, che è sottoposto ad un monitoraggio costante dei costi implicati dalla sua attività quotidiana²⁴.

Sono stati individuati tre profili di risposta rispetto a questa dimensione: il primo gruppo di medici tende ad opporre resistenza a qualsiasi imposizione esterna; il secondo ne accetta una sola parte (clinica od organizzativa); il terzo accetta le direttive cliniche ed organizzative come parte del lavoro del medico.

Il primo profilo individuato individua la "resistenza" [Tousijn 2013] come strategia messa in atto dai medici per rispondere al rinnovamento organizzativo. Questo tipo di reazione trae origine in un notevole spirito di autonomia professionale, che è considerato dagli intervistati come ontologico rispetto alla professione medica in quanto tale. Ciò che emerge è la percezione di una forte minaccia all'autonomia professionale, rappresentata dalla parte gestionale delle aziende sanitarie [Tousijn 2008].

Il rapporto tra logica professionale e logica organizzativa è leggibile nei termini di una vera e propria dicotomia tra logiche cliniche e logiche organizzative. Le direttive relative alla parte clinica, le Linee Guida, e quelle relative alla parte organizzativa, cioè la tempistica delle singole visite, la prescrizione di farmaci, ulteriori visite specialistiche ed esami diagnostici, vengono vissute come un'ingerenza forte ed inaccettabile, che mina quell'autonomia che costituisce l'anima del professionalismo [Freidson 2002b]. A livello di pratica quotidiana, la reazione a cui danno vita questi medici è pertanto il rifiuto delle imposizioni, tanto di carattere clinico che organizzativo:

Te per coscienza devi sapere cosa fai, quindi la Linea Guida ha un valore fino a un certo punto [...]. Ma se fai il medico, ti metti in gioco tutti i giorni e a volte prendi decisioni che non sono in sintonia con le Linee Guida [...]. O curi, e fai il medico e fai secondo la tua coscienza e la tua esperienza, che poi l'esperienza ti porta ad avere attenzioni che sono prudenze. Noi abbiamo attenzione e prudenza quando si fa una cura. Però tutto sommato non puoi attenerti alla Linea Guida

²⁴ È necessario precisare che le procedure strettamente organizzative (tempo per le visite, gestione degli appuntamenti *etc.*) sono stabilite a livello di singola azienda sanitaria, mentre quelle relative al controllo dei meccanismi di spesa fanno riferimento al livello regionale o nazionale.

tassativamente, perché altrimenti non fai il medico [...]. In realtà te fai il medico, quindi nessuno ti vieta - anzi lo devi fare - per ciascuna persona che hai davanti, di interpretare il quadro che hai davanti e dire: no, io so che dovrei fare questo, però per questo paziente ritengo sia meglio fare quest'altro [...]. Loro non capiscono nulla del tempo che noi spendiamo: noi diamo adesso venti minuti per ogni paziente. Non fai in tempo a volte nemmeno a fare l'anamnesi, perché te gli chiedi le cose e questi non sanno niente [...]. Allora, non interessa niente alla dirigenza questo. Te l'hai fatta la visita? Venti minuti a loro sembra troppo. Senza capire però il tempo che tu perdi col paziente. Ma no perché lo fai perché vuoi andà piano e così ti riposi, ma perché c'è necessità. Perché se te non parti bene all'inizio con l'anamnesi e capire bene cos'hai davanti del paziente, la visita servirà a poco. Perché te devi capire tutto del paziente prima di cominciare, se non è uno che è già venuto in questo ambulatorio. Se poi è uno che è già venuto tante volte sei agevolato perché magari hai già fatto questa parte di lavoro, che è l'anamnesi. Quella è fondamentale: si parte di lì. Sennò non potrai neanche relazionarti con quella persona [Intervistata n. 2].

I medici ricondotti a questa modalità di risposta percepiscono una profonda discrasia tra le imposizioni esterne, sia di carattere clinico come le Linee Guida, sia di carattere organizzativo. Spesso è quindi necessario eludere quanto imposto perché la necessità primaria per il medico, parte della sua “missione”, è quella di fare tutto quanto ritiene utile per analizzare a fondo il quadro clinico generale del paziente nella fase di anamnesi e per proporre una terapia adeguata.

Le Linee Guida sono percepite come intrusive rispetto all'autonomia professionale che il medico ha maturato il diritto ad esercitare a motivo dei suoi anni di formazione e di esperienza sul campo. Questi si sente pertanto legittimato a non seguire la Linea Guida, quando non ritiene che questa rappresenti la modalità migliore di trattare il caso specifico. Per questa ragione nessuno può vietare al medico di seguire la sua coscienza: questo è anzi un imperativo categorico. La coscienza deve essere la prima voce con la quale lo specialista si confronta nel suo vissuto quotidiano: deve seguirla se vuole operare in maniera deontologicamente corretta. Se la Linea Guida impone una cosa, ma il medico ritiene di farne un'altra, egli deve seguire il suo istinto, figlio di una professionalità che nessuna procedura standardizzata potrà mai sostituire.

La coscienza e l'esperienza sono due elementi chiave dell'*ethos* professionale di questa tipologia di medico; due elementi da cui il medico in quanto tale non può prescindere. E nessun tipo di istanza può interporsi tra il professionismo del medico e le sue declinazioni in termini pratici. Egli si sente moralmente spinto a fare diversamente da quanto imposto dai protocolli clinici standardizzati, se lo ritiene opportuno dal suo personale punto di vista; fa parte della sua identità di medico esercitare un margine di discrezione nel valutare il caso clinico.

Nel profilo si riscontrano posizioni di palese rifiuto delle Linee Guida, considerate figlie di un “universo amministrativo” mosso da una logica, quella del managerialismo, che non ha nulla a che fare con le logiche professionali della parte clinica. Il fatto che siano strumenti di difesa per i medici in caso di procedimento giudiziario nei confronti del loro operato, è legato da alcuni degli intervistati alla deresponsabilizzazione della dirigenza. Proprio per questo motivo, il medico si sente legittimato moralmente a rigettare i tentativi di standardizzazione della professione, se vuole esercitare veramente la sua professione e non sacrificarla sull’altare della dirigenza o dell’imposizione esterna²⁵. Per questo motivo se il soggetto decide di seguire la linea guida *a priori* e a prescindere dal quadro che gli si presenta davanti, non è più un medico. È qualcos’altro: un burocrate, che esegue acriticamente le direttive che gli vengono imposte dall’esterno, svilendo l’anima del professionalismo e snaturando i capisaldi della sua professione.

Anche dal punto di vista dell’organizzazione, prevale una reazione di rifiuto: la tempistica prevista per la singola visita non è ritenuta quasi mai sufficiente per valutare adeguatamente il paziente con cui il professionista si interfaccia. Il punto di vista che privilegia questa tipologia è il benessere, che viene prima di qualsiasi direttiva aziendale. Il ruolo del medico, l’obiettivo cui è indirizzata la sua missione, non è negoziabile e il paziente rappresenta per deontologia il cuore della pratica quotidiana, anche quando sono imposti paletti molto stretti.

Le imposizioni, a livello di tempistica come di gestione delle visite, sono sempre collegate all’universo amministrativo della dirigenza. Il rapporto tra professionisti e dirigenti designa una cesura (noi/loro), posta da un vero e proprio scontro tra “logiche” lavorative i cui confini sono ben delineati: “loro” (il *management*) non possono comprendere le esigenze di un medico che è legittimato dal suo ruolo ad esercitare un margine di discrezione nel quotidiano che nessuna direttiva aziendale dovrebbe calpestare.

²⁵ “Le Linee Guida già ce l’avremmo per conto nostro e, come dire, abbiamo una nostra professionalità [...].Se tutto questo poi fa a pugni con quello che si inventano le regioni, o le singole USL, c’è qualcosa che non torna. Perché l’universo anonimo di cui parlavo prima, non si assume responsabilità [...]. Ma se ci impongono questi limiti dall’alto, cioè, non si assumono la responsabilità di questo. A me mi limitano in certi strumenti per cui l’utente se la può rifare con me. Per cui noi abbiamo a che fare con questo universo amministrativo, che è anonimo e c’è una dispersione di responsabilità. Mentre il tuo diventa un lavoro di frontiera” [Intervistato n. 4].

Mettere al primo posto la cura del paziente impone delle scelte ed un impegno, in termini di tempo ma non solo, che l'organizzazione non può capire, perché sono richieste da uno dei pilastri della medicina: il processo di anamnesi. Questo è fondamentale per instaurare la relazione di cura con la persona, per comprendere le ragioni che l'hanno indotta a rivolgersi a un medico e per favorire quindi il processo di cura, i cui presupposti vengono creati in questa fase. Tutto ciò che cerca di rendere omogeneo e sostenibile a livello aziendale questo processo fondamentale è vissuto come un'incursione portata dall'esterno, cioè da qualcosa che non è mosso dal professionalismo in senso classico.

Tali tendenze sono riscontrabili anche considerando il punto di vista delle restrizioni strettamente economiche: i medici in questione, privilegiando la guarigione del paziente rispetto ai meccanismi di controllo relativo alle prescrizioni di farmaci ed esami specialistici. Gli sprechi della sanità sono ricondotti ad un livello altro, che non è quello micro della relazione medico-paziente, ma piuttosto quello macro, riconducibili alle politiche sanitarie regionali *et amplius* nazionali²⁶. Per questo ordine di motivazioni, il medico appartenente a questo gruppo è disposto ad eludere i meccanismi di *reporting* della spesa cui sono sottoposti e a prescrivere prestazioni o farmaci più costosi, pur sapendo di incorrere in multe molto salate²⁷. Esercitare la professione in modo deontologicamente ineccepibile significa anche questo: Il benessere del paziente è il movente precipuo del medico e rimane tale anche in presenza di vincoli molto forti.

Quello del medico diviene un ruolo "di frontiera", costretto com'è a muoversi tra necessità del paziente ed imposizioni di carattere organizzativo ed economico. Gli strumenti che tendono a standardizzare la professione, siano essi di natura prettamente clinica o organizzativa, sono vissuti come delle forme inaccettabili di ingerenza, che il medico non solo può, ma deve rifiutare o eludere, se vuole esercitare in modo corretto e deontologicamente ineccepibile.

Differentemente dal primo profilo di risposta, gli intervistati del secondo profilo danno vita ad una accettazione parziale o della dimensione organizzativa ed economica,

²⁶ "Le restrizioni vanno fatte fino a un certo punto e vanno sapute fare, capito? nel senso che non si può dire togliamo tutto di mezzo perché il paziente comunque va curato, capito? quindi bisogna risparmiare dove ci sono gli sprechi, ma i pazienti comunque vanno curati. In modo dignitoso capisci? Quindi vanno fatti dei risparmi dove c'è da risparmiare. Dove ci son gli sprechi: e ce ne sono tanti di sprechi" [Intervistata n. 9].

²⁷ Una delle intervistate, specialista ambulatoriale, racconta di essere incorsa in una multa di 918 euro per aver prescritto farmaci che erano fuori dal prontuario previsto dall'azienda.

o della parte clinica. Il criterio di azione quotidiana è pertanto quello di adeguamento per certi versi rassegnato almeno a una parte delle imposizioni esterne, nei termini di una reazione di “acquiescenza” [Tousijn 2013].

Demenziale [...]. Le Linee Guida non possono essere vincolanti. L'errore più grave a parer mio è averne fatto la base della colpa dal punto di vista assicurativo. Perché l'assicurazione ti copre nel momento in cui hai eseguito il percorso narrato nelle LG in maniera più aderente possibile. E questo è un aspetto assolutamente amministrativo [*enfattizza*]. Mentre poi nella pratica non lo puoi fare, quest'operazione [...]. Io c'ho da dare risposte immediate al paziente che ha dei tempi certi [...]. Nelle maglie di questo io mi devo sbrigare perché io ho dei tempi assegnati. Questo non è estremamente corretto, ma può far pari se tu hai un paziente da otto minuti, e con quello spero che l'altro, a cui dedichi dodici minuti, di farci al pari. Solo che, per questo sistema di vasi comunicanti, ti capita che poi [...] vedi [*l'intervistata mostra il risultato di un esame clinico*], questa è una risposta istologica grave e negativa, per cui ci perdi del tempo con quel paziente lì. Ma è giusto che sia così, perché a lui va assegnato più tempo di quello che ha una patologia o non ha una patologia, ma ce l'ha immaginaria. Solo che questo va valutato. Va considerato. Va temporizzato. Perché non è infinito il tempo; come le risorse. Sicuramente è il medico che deve assegnare a ognuno ciò che gli spetta [...]. Io ho quindici minuti per un paziente che devo – io faccio il dermatologo, quindi lo devo spogliare, che già l'oculista, che ha una visita complessa, intanto non lo spoglia – il mio si spoglia. In tutte le stagioni c'ha quattro strati: sicuro. La persona anziana ha difficoltà a spogliarsi, ha difficoltà di movimento: è rallentato. Ammesso che tu riesca a fare la diagnosi, gliela devi spiegare. In modo che la comprenda [...]. Poi gli devi prescrivere una ricetta; la prima. Poi gli devi scrivere il promemoria per come usarla. Poi devi inserire i dati nel computer. Poi gli devi dare la richiesta per il controllo: non è possibile. Ed è solo nella compensazione di quello che ti costa meno di tempo. Perché in realtà a volte una diagnosi dermatologica la fai in venti secondi perché lo guardi - metti che abbia una manifestazione aggredibile dall'occhio - però sono tutti questi tempi burocratici [Intervistata n. 11].

Comparando i due profili, se il primo utilizza per ogni visita il tempo che ritiene necessario per il paziente, il secondo si pone il problema di conciliare i tempi con le esigenze dei pazienti. In questo caso il professionista si pone il problema dei tempi dal punto di vista del paziente che sta visitando e di quello che è in attesa di essere visitato. Pertanto, cerca di esercitare margini di autonomia professionale tra le maglie molto strette della tempistica e degli appuntamenti, e dedica ad ogni paziente il tempo che reputa clinicamente necessario cercando però di compensare i tempi, sperando nella variabilità tra le visite che richiedono molto tempo (ad esempio nel caso di risposte negative gravi da comunicare) con visite molto celeri.

Quando si tratta del tentativo di uniformare le condotte dal punto di vista clinico, però, gli intervistati palesano una posizione di rifiuto, motivato dai fattori insiti nell'anima della professione medica, riconducibili al primo profilo. Le Linee Guida

giungono così ad esser definite come “demenziali”, collegate *in toto* all’aspetto “amministrativo”.

Le posizioni relative alle Linee Guida cliniche e ai protocolli organizzativi possono combinarsi in maniera differente. Si riscontrano, infatti, in questo profilo posizioni di acquiescenza rispetto alle Linee Guida e di rifiuto della dimensione organizzativa, le quali “inibiscono, bloccano l’operato del medico” [intervistata n. 13].

Rispetto alle sole Linee Guida, le forme di reazione possono variare dall’acquiescenza all’accettazione parziale; queste trovano origine in motivazioni molto differenti tra loro. Nel caso dell’acquiescenza, si delineano i tratti di un’adesione di carattere strumentale, motivata dal riconoscimento delle Linee Guida come uno strumento di carattere burocratico, che è applicato nella pratica solo in quanto visto come strumento di medicina difensiva. Queste sono viste come mezzi mediante cui il medico può proteggersi da eventuali rinvase giudiziarie del paziente: “le Linee Guida per noi sono diventate indispensabili semplicemente per proteggerci da danni giudiziari; solo quello” [intervistata n. 13]. In questo caso, non è riconosciuto alcun valore clinico alle Linee Guida, che sono comunque percepite come espressione di delegittimazione della figura del medico e della sua professionalità.

Diversamente, si riscontrano posizioni di parziale accettazione delle Linee Guida: ad esse comincia ad essere riconosciuto un valore di carattere clinico. In tal caso, ad esse è riconosciuta una valenza operativa poiché sono viste come delle raccomandazioni, degli indirizzi che “incanalano” la pratica quotidiana, per la quale rappresentano dei supporti spesso utili²⁸. Le direttive cliniche delineano dei confini entro i quali il professionista può esercitare i margini di autonomia cui comunque ha diritto in virtù del suo ruolo. In questo profilo, permane comunque l’idea di autonomia, che il professionista esercita nel quotidiano per essere un buon medico, negoziando e rinegoziando gli spazi di discrezionalità all’interno delle maglie dell’organizzazione e della parte clinica.

Rispetto al punto di vista organizzativo, cominciano a mostrarsi margini di accettazione parziale anche dell’aspetto economico insito nella pratica quotidiana:

²⁸ “Si rifà tutto a quelle. Ok, la Linea Guida è questo, però alla fine in pratica, cioè, ogni paziente fa a sé. Quindi ok, sì, ci sono le Linee Guida, però bisogna valutare caso per caso, quindi [...] teniamole in considerazione, però che non siano l’elemento che ti fa decidere poi in fondo quello che devi fare [...]. Ti incanalano però poi in pratica ne tieni di conto ma ovviamente le valuti caso per caso” [Intervistata n. 6].

Chiaramente l'azienda tende a limitare molto le scelte del professionista, facendo un'invasione di campo veramente inaccettabile [...]. Il concetto che personalmente ho acquisito, è che il medico deve anche occuparsi dell'aspetto della risorsa disponibile. È chiaro che non si può prevedere un piano terapeutico che sia onerosissimo di fronte a un problema che potrebbe essere risolto in una maniera diversa. Ecco questo è parte dell'esperienza, però secondo me dovrebbe essere anche parte della formazione [Intervistata n. 19].

Seppure la discrasia tra organizzazione e professione sia percepita in modo piuttosto forte, l'aspetto economico comincia ad emergere in modo evidente, legandosi ad un concetto tradizionale come quello del libero esercizio da parte dello specialista. Il trattamento della malattia e la prescrizione della terapia vengono pensati come processi che implicano l'utilizzo di certe risorse e comportano dei costi. Viene ritenuto doveroso che questo sia tenuto in considerazione dal professionista nel momento in cui ha a che fare con il paziente. Si fa strada la consapevolezza che l'aspetto della risorsa sia parte della pratica quotidiana del medico, frutto della sua esperienza, ma dovrebbe anche essere insegnata durante il percorso formativo. Ciò nella misura in cui l'aspetto economico, in quanto parte della prospettiva organizzativa diventa parte del vissuto quotidiano del medico.

Comparando i due profili, nel caso del primo si palesano forme di resistenza sia alle direttive cliniche che a quelle organizzative; nel secondo caso si mostrano sfumature di acquiescenza o di parziale accettazione nei confronti delle direttive aziendali (tempi, certificazioni, prescrizioni) e delle Linee Guida, che possono essere accettate per motivazioni anche differenti tra loro.

La forma di reazione prevalente riguardante il terzo profilo di risposta è quella della "cooptazione" [Tousijn 2013], dell'aperta accettazione delle Linee Guida e delle direttive organizzative come utili strumenti operativi di lavoro. La cooptazione definisce l'accettazione di buon grado tanto degli elementi di standardizzazione ed uniformazione della pratica quotidiana, che vengono letti in maniera positiva. Alle Linee Guida viene riconosciuto un valore sia dal punto di vista clinico, sia da quello organizzativo e rispondono all'esigenza di conciliare le logiche di lavoro sottese ai due livelli. L'aspetto dell'organizzazione diventa imprescindibile nella pratica quotidiana, fino ad essere parte della *forma mentis* del professionista.

Di fronte a un determinato tipo di patologia, se esistono le Linee Guida, ci dobbiamo uniformare tutti alle Linee Guida e dobbiamo seguire un determinato percorso che porta a uno snellimento del lavoro a vantaggio del paziente [...]. [Le Linee Guida] Sono degli indirizzi validi su certi tipi di patologie. Senz'altro

hanno una loro validità e secondo me vanno seguite. Però dovrebbe essere un principio fondamentale da parte del primario, una sua preoccupazione quella di far avere le Linee Guida a tutti gli specialisti che lavorano sul territorio e di dire di fronte a questa patologia si segue questo iter terapeutico e diagnostico. Cosa che non è mai successa. Io le ho chieste al mio primario da più di quattro mesi le Linee Guida, anche perché rientrano in questo tipo di lavoro che vorrei fare come responsabile dell'unità funzionale, ma non le ho ancora ricevute. Dice che non ha tempo [Intervistata n. 23].

Secondo gli intervistati di questo profilo, le Linee Guida rappresentano degli “indirizzi” di valore clinico, che costituiscono degli strumenti di lavoro indispensabili. Non solo esse non sono percepite come un'ingerenza dirigenziale (come nel primo profilo) o come imposizione amministrativa (secondo profilo), ma sono altresì lette come modalità di snellimento del lavoro e dei suoi tempi, e di indirizzamento del medico nel riconoscere una patologia e soprattutto nel trattarla. Rappresentano uno strumento che, se valorizzato, consente una migliore qualità della prestazione e ricadute positive in termini organizzativi. Per questo è altamente auspicabile che tutti i professionisti si uniformino ad esse e ne facciano uno strumento di azione quotidiana nel rapportarsi al paziente e nel trattare le patologie. Sono anzi gli stessi medici a richiederle e a lamentare l'assenza di una risposta se il diretto superiore non gliele fornisce.

Si riscontrano motivazioni differenti ad accettare le Linee Guida a seconda del ruolo che il medico ricopre nell'organizzazione. Il medico clinico recepisce in modo positivo l'omogeneizzazione della propria pratica: uno strumento che può snellire le procedure, dall'anamnesi alla diagnosi, fino alla terapia. Non solo rendono più celere la valutazione dei casi clinici, ma anche di maggiore qualità: si restringe infatti la possibilità di commettere gravi errori nelle fasi principali della visita²⁹. Le motivazioni sono invece più ampie nel caso del medico con ruoli organizzativi:

Le Linee Guida sono importanti: per la clinica sono importanti e anche per la medicina difensiva perché oggi tutti mettono in discussione l'operato del medico [...]. Le LG sono fondamentali per fare le cose in maniera standardizzata, razionalizzando le risorse, i tempi, centrando meglio gli obiettivi, ma allo stesso tempo per avere un pezzo d'appoggio per difendersi laddove qualcosa non dovesse andare bene. Attenersi a una LG è senz'altro un elemento di tutela.

²⁹ “Le Linee Guida sono importanti. Che, aldilà che ci possono esse le LG tese al risparmio, però poi ci sono delle ricadute importanti perché una certa omogeneizzazione di procedura comporta anche una maggiore qualità”. [Intervistato n. 7]

Infatti noi nel nostro sistema qualità abbiamo molti protocolli, molte procedure operative, perché, pur nella libertà di poter svolgere la propria professione da un punto di vista appunto di responsabilità professionale, però è importante che tutti gli operatori, quando fanno un'attività, abbiano uno strumento standardizzato che fa sì che quel prodotto non sia mai al cento per cento uguale fra due persone, ma sia assolutamente simile. Non si può pensare che sia uguale perché ogni operatore ci porta il suo vissuto. Però confrontabile e assolutamente simile; questo lo dobbiamo assolutamente pretendere [Intervistata n. 23].

Il medico dirigente sottolinea l'aspetto della totale accettazione delle Linee Guida ("cooptazione" di queste nella pratica quotidiana) dal punto di vista clinico, organizzativo e da quello della medicina difensiva. Sotto il profilo clinico, le Linee Guida rappresentano un sapere "già codificato" [intervistata n. 24] e pronto per essere utilizzato, frutto di esperienza clinica pratica. Per questo il medico con ruoli organizzativi non comprende l'avversione mostrata da alcuni professionisti nei confronti di protocolli di azione già definiti che costituiscono un valido supporto pratico e che possono preservarlo dal commettere errori nel caso in cui decidesse di agire di propria iniziativa.

Le Linee Guida sono inoltre uno strumento di razionalizzazione dei tempi e delle risorse, che consente di raggiungere gli obiettivi clinici di cura dell'utenza di riferimento, ma anche quelli aziendali (contenimento dei tempi e dei costi). Queste rappresentano poi un elemento di tutela del professionista in caso di *malpractice*, ma sono anche un utilissimo elemento per la valutazione della qualità del "prodotto", come viene definita la prestazione sanitaria, fornito dai professionisti.

La cosa fondamentale è l'interesse del paziente. L'interesse del paziente mi affida la sua esistenza, la sua vita; quindi giustamente io devo operare al meglio. Poi, che c'entra, c'è il paziente che mi chiede la risonanza magnetica del ginocchio perché l'ha battuto stamattina, chiaramente io gliela rifiuto [...]. A volte chi è esente viene qui in ambulatorio e ti dice: dottore voglio ripetere gli esami; vado a vedere al computer e dico: ma come? Li hai fatti tre mesi fa e vanno bene! Sì, dottore però io non li pago, perché sono esente. Ecco, queste nicchie vanno sanzionate [...]. Quindi c'è un atteggiamento schizofrenico da parte della struttura pubblica. Invece la struttura pubblica dovrebbe dire: signori, noi abbiamo un *budget*, dobbiamo pagare [Intervistato n. 21].

Sotto il profilo organizzativo, l'aspetto economico diventa centrale: il medico considera sempre nella pratica quotidiana le risorse che le proprie decisioni di carattere clinico comportano. L'interesse del paziente è ancora il primo criterio di azione del professionista, ma l'aspetto della risorsa non è mai perso di vista e non può finire in secondo piano. Questa dimensione diviene uno dei criteri di azione quotidiana del

medico: l'aspetto clinico e quello organizzativo (ed economico) si integrano nell'ottica di una loro compenetrazione. L'attore fa sì che essi procedano di pari passo intraprendendo la strada dell'integrazione, poiché l'uno non esclude l'altro. Si supera l'idea di un "compromesso tra logiche contrastanti" [Tousijn 2013].

L'idea di spreco non si limita alle politiche di carattere macro ma devono giungere a far parte delle rappresentazioni mentali che il medico ha nella propria pratica quotidiana. Il concetto di autonomia professionale sembra giungere a comprendere la dimensione economica: il medico esercita discrezione ed autonomia di giudizio anche considerando l'aspetto del costo dei medicinali e degli esami che prescrive: non vi è ingerenza, ma anzi questo criterio diviene parte dell'*ethos* professionale del singolo.

Nella visione dei medici di questo profilo, il professionista non deve piegarsi alle continue richieste di un paziente sempre più pretenzioso, ma può esercitare dunque l'autonomia che egli sente propria, di opporre un rifiuto alle richieste infondate dell'utenza. Il concetto di appropriatezza delle cure, che tiene conto tanto della cura del paziente che degli aspetti economici implicati nel trattamento, diventa parte dell'etica e dell'identità professionale del medico, che subisce una vera e propria rinegoziazione. Il medico non percepisce di esercitare l'autonomia all'interno dei vincoli imposti dall'organizzazione del sistema sanitario: non solo non li considera vincoli, ma li vede come parte integrante del proprio ruolo di medico del Servizio Sanitario Nazionale.

Tabella 7. La pratica quotidiana

| | Protocolli organizzativi (tempi e budget) | Linee Guida | Rapporto professione-organizzazione |
|------------------------|--|--|--|
| Primo profilo | Resistenza | Resistenza | Dicotomia |
| Secondo profilo | Riduzione (Accettazione parziale) | Misto: resistenza, acquiescenza, riduzione | Convivenza (linee parallele); compromesso |
| Terzo profilo | Cooptazione (accettazione totale) | Cooptazione | Integrazione |

Il significato attribuito alla professione medica

La dimensione del significato attribuito alla professione medica è stata analizzata a partire dalle finalità che il medico persegue e sulla base dei valori fondanti mediante cui egli si approccia alla professione. Il primo gruppo di medici enfatizza i valori che per tradizione appartengono alla professione medica; un secondo gruppo mette in rilievo

come i principi e le idee di fondo siano fortemente vincolati e costretti entro le maglie dell'organizzazione; un terzo gruppo mostra invece l'interiorizzazione di istanze come quelle dell'efficienza e dell'appropriatezza nel significato e nei valori perseguiti dalla professione medica.

Il primo gruppo di medici sottolinea che la finalità precipua della professione medica è la cura degli esseri umani. Ciò comporta una grande responsabilità del singolo, cui il paziente affida se stesso ed il suo bene più prezioso: la salute.

Io penso che sia una bellissima professione, però penso non sia adatta a tutti. Innanzitutto perché è a contatto forte con la sofferenza [...]. Poi io penso sia di grande responsabilità, perché diciamo pure che la materia di cui si tratta è la salute delle persone [...]. C'è una responsabilità morale [...]. È molto duro, è un lavoro di grande responsabilità e di sacrificio e merita il prestigio che ha, non dico l'arroganza che certi medici hanno, ma la responsabilità che ha un medico non è la responsabilità che hanno altre figure professionali [Intervistata n. 24].

I valori della professione medica sono sempre i medesimi: non credo che cambino nel tempo. Cioè secondo me i valori della professione medica sono i valori di curare le persone, di cercare di farlo con coscienza, con umanità. I valori per me son questi [Intervistata n. 23].

Questo primo gruppo di medici, legato ad una visione classica della professione, sottolinea come fare il medico implichi stare a stretto contatto con la sofferenza umana, oltre ad una vita fatta di sacrificio e di forte impegno personale nel perseguire il benessere dell'umanità. Qui la professione medica non si configura come un "mestiere" [intervistato n. 25]: è piuttosto una vera e propria missione, che deve essere nutrita da una forte passione e dal convincimento interiore nel proprio ruolo. La principale fonte valoriale della professione *qua talis* è individuata nel giuramento di Ippocrate, nel quale vengono rintracciati i pilastri valoriali e le finalità della professione medica e, di conseguenza, del medico come professionista.

Questo gruppo è portatore di una visione "romantica" della medicina e della figura medica. La stessa iperspecializzazione riduce la medicina ad una serie di branche estremamente specialistiche, poco capaci di dialogare tra loro facendo così perdere autonomia al medico, il quale dovrebbe esser mosso dall'amore per il proprio lavoro e da quello per l'essere umano, unico vero oggetto della sua disciplina. L'amore per il prossimo come persona ed il rapporto con la sua salute rappresentano i caposaldi della professione e nessun medico dovrebbe mai perdere di vista questo fondamentale assunto.

Per gli intervistati il rapporto con il paziente rappresenta il “cuore” della professione ed il perseguimento della sua salute ne costituisce la finalità fondamentale. In questo contesto, viene quindi considerato legittimo, anzi doveroso, che il dottore eserciti la propria autonomia professionale³⁰, pena la perdita dell’essenza stessa dell’essere medico: “curare le persone con coscienza” è il principio che lo ispira e che muove la sua azione ogni singolo giorno della sua carriera.

La dimensione dell’organizzazione delle strutture sanitarie è in questo profilo del tutto espunta, oppure è collegata ad un mutamento che però non influisce in modo significativo sui valori della professione: in linea di principio, professione ed organizzazione sono realtà slegate tra loro. Anche nella consapevolezza dei molteplici cambiamenti recenti, il medico non deve mai perdere di vista la componente altruistica del proprio ruolo, che implica una forte responsabilizzazione del singolo, anche dal punto di vista morale. Il paziente rimane centrale anche se spesso il modo in cui sono strutturati gli enti sanitari non lo permetterebbe. Il gruppo è legato ai suoi valori classici e continua a perseguirli a dispetto del mutamento organizzativo: la “vocazione” permane e non è mai messa in secondo piano.

In quest’ottica, la professione medica non è concepita solo come un mezzo per trovare un buon lavoro e, di conseguenza, una discreta gratificazione in termini economici e di prestigio sociale: il movente valoriale, la “chiamata” (*Beruf*) in senso weberiano, è sempre quello primario. Non è un semplice mestiere come un altro: richiede una totale dedizione nei confronti dei propri pazienti e una disponibilità che spesso va oltre l’orario di lavoro. La dedizione e il credere fermamente nel proprio lavoro sono la chiave di quello che si configura come “professionalismo” in senso classico, che non prevede lo scendere a compromessi o sottostare a vincoli esterni quando si tratta della salute dei pazienti. Sono queste caratteristiche che garantiscono alla figura del medico un certo prestigio sociale, che rappresenta una conseguenza dell’essere medico, non un fine in sé.

Un secondo gruppo di medici si contraddistingue invece per una posizione meno netta: essere medico significa sì curare le persone in base alla propria formazione ed alla

³⁰ “Te lavori per l’utenza, e il paziente è la persona con cui ti devi rapportare. Solamente questo, nient’altro. Se vuoi fare il medico. Ora come prima, perché poi in fin dei conti la vocazione è quella: andare incontro alle necessità delle persone, cerchi di risolvere anche dei piccoli problemi che le persone hanno”. [Intervistata n. 2]

propria preparazione, ma significa anche prendere in considerazione variabili di carattere organizzativo.

I valori purtroppo qui si stanno perdendo tutti i giorni che passano. Perché [...] si lavora non secondo scienza, ma secondo giurisprudenza. Questa è la grossa problematica. Solo che questa è una problematica che noi giovani sentiamo di più perché siamo usciti un pochino più preparati per questo: la burocrazia, le leggi [...]. Questo io l'ho notato nei miei colleghi più anziani, forse perché si sono trovati a lavorare in un periodo storico-sociale dove erano più liberi di fare qualsiasi cosa. Anche oggi si ritengono ancora tali e quindi fanno, agiscono, secondo me in modo che ancora a volte andrebbe contro quella che è la burocrazia, in modo un po' superficiale. Noi invece siamo molto più attenti su questo [...]. Siamo più burocratizzati. La burocrazia ce la danno dall'alto, quindi noi siamo abituati a lavorare con quelle che sono leggi [Intervistata n. 13].

Rispetto al primo profilo, la componente altruistica di cura coscienziosa e responsabile del paziente permane come principale significato della professione, ma emerge con forza anche la componente organizzativa. Si registra, invece, una discrasia tra professione ed organizzazione, che costringe a sacrificare l'autonomia quotidiana sull'altare delle imposizioni provenienti dall'azienda. Sotto questo specifico aspetto, si assiste ad un mutamento di azione, laddove è percepito un contrasto tra logica professionale burocratica e logica del professionalismo [Freidson 2002b].

Le finalità classiche dell'attività medica permangono nella *forma mentis* del professionista, anche se, a livello pratico, è spesso necessario agire nel rispetto di quanto disposto dall'azienda. Ciò fa sì che gli intervistati percepiscano una tendenziale e progressiva perdita dei valori fondanti della medicina, a motivo della pervasività della burocrazia e dei protocolli organizzativi all'interno delle strutture sanitarie, che implicano un modo parzialmente rinnovato di approcciarsi al paziente ed alla malattia.

I medici appartenenti a questo profilo si pongono in una posizione intermedia e ravvisano una netta cesura tra le proprie modalità di azione e quelle dei colleghi più anziani: questi ultimi mostrano la tendenza a valorizzare la propria autonomia professionale sopra ogni altra cosa e a prendere decisioni cliniche a prescindere dalle imposizioni esterne. Ciò avviene anche per motivi di formazione accademica e di socializzazione professionale in un contesto di lavoro molto differente da quello in cui si sono trovati a lavorare i medici più giovani. Questi, d'altra parte, si sentono figli di un sistema formativo differente, e hanno interiorizzato la consapevolezza dell'obbligo di operare secondo vincoli esterni ben definiti che non possono e non devono essere travalicati. Di più, la tendenza ad eludere la burocrazia viene letta in modo negativo: si

assiste ad un superamento della dicotomia tra professione ed organizzazione ed il concetto di autonomia professionale diventa un valore più sfumato rispetto al profilo precedente.

Gli intervistati di questo secondo gruppo sono abituati a lavorare secondo protocolli e direttive rigide (“secondo giurisprudenza”) e sono consapevoli del fatto che ciò ha delle ricadute importanti anche in termini valoriali: i presupposti di fondo non cambiano, ma il medico è costretto a muoversi all’interno di paletti molto rigidi dai quali non può uscire. Viene rimarcato che la medicina “dovrebbe essere una missione”³¹, ma risente di condizionamenti esterni sempre più forti da cui non è possibile prescindere. L’autonomia professionale ne risulta indubbiamente compromessa e si fanno strada costrizioni che mutano radicalmente quello spirito d’iniziativa e di esercizio della professione che caratterizza il significato del professionalismo.

I medici di questo profilo tendenzialmente sottostanno ai meccanismi di controllo della spesa e si attengono all’appropriatezza prescrittiva, pur registrandone la pervasività ed il carattere vincolante:

La professione non è facile perché ha degli aspetti decisamente negativi. Proprio elementi di ricatto da parte dall’azienda perché dovresti segnare meno farmaci [...]. Io non mi diverto a segnare in più i farmaci, tant’è vero che sono nella media nella prescrizione, però non voglio premi perché sarebbe un paragone. Qui i medici sono premiati su questo: sul risparmio della spesa. Per principio io devo fare l’appropriatezza prescrittiva: non mi devi premiare perché io fo l’appropriatezza prescrittiva [Intervistato n. 21].

In questo contesto, i medici più esperti tendono a delegittimare i paletti imposti dalla normativa, visti come una forma di ingerenza nei confronti del proprio operato. Si registra una presa di coscienza del fatto che l’istanza organizzativa è inaggirabile: un medico, in virtù del proprio ruolo, non dovrebbe essere giudicato e premiato in base alla valutazione del suo lavoro in termini monetaristici.

Il terzo gruppo di rispondenti permette di rilevare dei mutamenti significativi in relazione alle finalità e al significato della professione medica: la cura del paziente ed i valori classici rimangono certamente di primaria importanza, ma vengono affiancati da

³¹ “Fare la professione medica dovrebbe essere una missione, però adesso si basa soprattutto sul risparmio. E la cosa non è certo gratificante”. [Intervistata n. 9]. “La medicina dovrebbe essere una missione [...]. Il riferimento dovrebbe essere il giuramento di Ippocrate, poi un po’ per questioni di carattere personale, un po’ secondo me per condizionamenti esterni molte volte purtroppo non è così. Io cerco di fare il possibile”. [Intervistato n. 17]

altre istanze, come l'equità, che diventano parte del significato attribuito alla professione. Lo stesso linguaggio utilizzato dagli intervistati segna un significativo cambiamento rispetto a quello degli altri due profili e comincia ad emergere l'aspetto del mutamento organizzativo nella professione medica. La finalità del medico diviene quella di

Aiutare le altre persone a migliorare globalmente il loro stato di salute. Cioè, un approccio abbastanza globale. Ecco, non finalizzato a curare una malattia, ma migliorare lo stato di salute delle persone [...]. Deve curare le persone con efficienza. Cioè, non deve richiedere esami inutili, non deve prescrivere farmaci inutili. Deve essere efficiente: cioè, quello che fa deve servire [...]. Ma quello che serve lo deve fare. Non deve badare a spese, diciamo. Comunque, secondo me la parola chiave è appropriatezza. Cioè, nel senso: bisogna che quello che si fa sia appropriato. Principalmente dal punto di vista medico, capito? Anche se poi bisogna tener conto anche dei costi. Però poi il grosso degli sprechi viene da quello, dal fatto che vengono erogate prestazioni che non sono appropriate [Intervistato n. 3].

Operando una comparazione con il primo profilo di intervistati, secondo i quali il significato della professione è curare il paziente con coscienza in ottemperanza al giuramento di Ippocrate, il significato è rintracciato in questo caso nel "curare le persone con efficienza". Si palesa, soprattutto tra i professionisti più giovani, socializzati in un sistema sanitario oramai aziendalizzato, la tendenza a fare propri concetti come quelli di "efficienza" e di "appropriatezza", capisaldi delle riforme degli anni Novanta. Nella visione degli intervistati, non è possibile mettere la dimensione economica al di sopra del paziente, ma l'attenzione allo spreco di risorse diviene parte del significato della professione medica e, a maggior ragione, viene praticata con convinzione nel quotidiano.

Differentemente dal secondo profilo analizzato, prescrivere esami o medicinali inutili è considerato un atto deontologicamente scorretto. Per il bene del paziente non bisogna badare a spese e il perseguimento della sua salute come finalità non è negoziabile, ma logiche cliniche e logiche organizzative non confliggono: si integrano in modo armonioso in base al concetto di appropriatezza e consentono di fornire al paziente la cura più efficace, ma anche meno costosa tra quelle atte a trattare il suo problema. La correttezza del medico e la sua autonomia sono dunque strettamente legate al discorso dell'appropriatezza delle cure prescritte. Il concetto stesso di autonomia professionale assume significato in relazione a questi presupposti, con i quali il medico non può non fare i conti.

Si rileva anche un importante passaggio rispetto alla concezione, prevalente del primo profilo, del medico come professionista che opera in totale autonomia: quella medica non è un'attività che può essere condotta sempre in solitudine. Il dottore, nell'ottica di fornire prestazioni di maggiore qualità e soprattutto nel trattare casi clinici complessi, dovrebbe essere aperto all'idea di poter lavorare in squadra. Il percorso del paziente può essere condotto, se necessario, da un *team* multi-professionale di operatori e non dal singolo professionista in solitudine³². L'obiettivo è sempre la salute dell'utente, però nei tempi più brevi possibili e nel limite dei costi più bassi possibili.

Si osserva inoltre un significativo mutamento del concetto di salute: l'obiettivo della professione medica diventa quello di perseguire non solo lo stato di salute del paziente, ma di benessere psico-fisico, come da definizione fornita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'approccio è di carattere globale e presuppone il parziale superamento del paradigma biomedico, volto solo alla cura della malattia e non *in toto* della persona che ne è portatrice. E il trattamento delle differenti patologie diventa una questione di gestione di percorsi assistenziali, piuttosto che di trattamento del sintomo. Inoltre, la comunicazione con il paziente, o "utente" dei servizi, diviene importantissima per comprendere meglio le sue problematiche e per favorirne il processo di assistenza.

Le istanze del terzo profilo vengono portate alle estreme conseguenze nella figura del medico dirigente, per il quale l'organizzazione non solo non si contrappone alla professione, ma anzi le sue caratteristiche giungono a diventare parte integrante dell'operato del professionista.

Fossi un clinico penserei certamente alla centralità del paziente. Visto che noi non siamo dei clinici, lavoriamo sulle popolazioni, il nostro ruolo è quello di educare le persone a corretti stili di vita. Quindi a evitare che si ammalino, e quindi migliorare il livello di qualità della vita delle persone. È un punto di vista un po' diverso quello della prevenzione rispetto a quello dei clinici: è un ruolo che deve essere giocato molto sul territorio con le amministrazioni, con i comuni, piuttosto che con le regioni, piuttosto che con le associazioni dei consumatori, col mondo della scuola [...]. Il nostro ruolo di medico è profondamente diverso da un concetto classico, che vede la malattia e il

³² "I valori fondanti sono quelli che ci sono sempre stati anche in passato: cioè sono molto importanti credere nella propria professione, credere nel valore della propria professione, e nel paziente, nel cittadino, cioè cercare di fare al meglio la propria attività professionale per avere risultati migliori. In sostanza, cioè, a un certo punto se si presenta un caso clinico un po' difficile eccetera, l'idea di lavorare anche per una mia specialità in *équipe*, di approfondire eccetera, e di arrivare a delle conclusioni positive, ecco. Non negative. Cioè non perdere il paziente per strada. Cercare di avere un'idea anche clinica e chirurgica molto precisa. Non sprecare risorse: insomma andare subito al punto della situazione" [Intervistata n. 10].

paziente: noi vediamo tutt'altro scenario [...]. La finalità è quella di fare rete con il sistema sociopolitico. Perché questo è il nostro ruolo: di essere degli esperti che forniscono delle soluzioni, dei messaggi che poi altri, che hanno strumenti tecnici, possono trasformare in informazioni da diffondere a livello della popolazione [Intervistata n. 16].

In questo caso, si rileva come il livello organizzativo divenga in qualche modo prevalente nel medico con ruoli organizzativi, che sancisce la “cooptazione” delle istanze organizzative. Dalle parole di questi intervistati, talvolta è persino arduo comprendere se sono medici: ciò è motivato dal tipo di specializzazione conseguita dopo la laurea in medicina, cioè quella in Igiene. Una specializzazione *sui generis*, che dischiude le porte dei ruoli di carattere organizzativo o dirigenziale per i medici. L'approccio alla professione dei medici dirigenti viene del tutto distinto da quello del clinico: il *target* del primo è la salute collettiva della popolazione, non quella del singolo, e la finalità è quella di educare a stili di vita corretti, che consentano di prevenire da abitudini poco sane o che possono dare il là a patologie.

La posizione ricoperta nell'organizzazione impone inoltre a questi medici di tenere anche i rapporti con gli enti locali, a partire da comuni e province, per arrivare alla società civile (associazioni consumatori) ed alle scuole. L'obiettivo è quello di “fare rete” con questi soggetti per concorrere alla promozione di stili di vita corretti e che possano preservare la salute della popolazione. Questi medici diventano dunque degli “esperti che forniscono soluzioni” a livello di popolazione, anziché per il singolo paziente con un problema, e si trovano a gestire non solo le risorse umane ed economiche all'interno dell'Unità Operativa in cui lavorano, ma anche i rapporti dell'azienda con l'esterno.

Tabella 8. Il significato della professione medica nei tre profili di risposta

| | <i>Finalità</i> | <i>Valori di riferimento</i> |
|-------------------------------|---|--|
| <i>Primo profilo</i> | Curare secondo coscienza | Scienza e coscienza, (giuramento di Ippocrate) |
| <i>Secondo profilo</i> | Curare secondo giurisprudenza | Coscienza, giurisprudenza |
| <i>Terzo profilo</i> | Curare con efficienza (singoli o popolazioni) | Appropriatezza |

Le competenze

Per quanto attiene la dimensione delle competenze, è stata effettuata un'analisi a partire dai concetti di professionalismo occupazionale e professionalismo organizzativo³³, cercando di rilevare se vi fossero forme di prevalenza dell'uno piuttosto che dell'altro e se le riforme avessero modificato le attitudini del medico e le sue opinioni in merito alle competenze da far valere. Anche per quanto attiene a questa dimensione, sono state individuate tre forme di risposta da parte degli intervistati. Il primo gruppo si concentra sull'aspetto clinico, un secondo recepisce in parte l'importanza della dimensione organizzativa, che vede però come imposizione a cui non può evitare di piegarsi, mentre il terzo assume anche le competenze organizzative come parte integrante della professione.

Il primo gruppo di rispondenti enfatizza come le competenze del medico non siano mutate e non debbano nemmeno farlo: quelle cliniche, nell'ambito della propria branca specialistica, sono più che sufficienti per ottemperare in modo adeguato ai propri compiti.

Le competenze del medico secondo me non cambiano: il medico deve sapere sempre di più. Deve aggiornarsi sistematicamente. Non sono per nulla mutate; devono anzi essere più profonde, se vogliamo [Intervistato n. 20].

Per quanto mi riguarda, avere le competenze cliniche è più che sufficiente. Che poi ora i responsabili dei servizi sono chiamati anche a svolgere attività manageriali cosiddette, sono cose improvvisate. Da corso serale di aziendalizzazione [Intervistato n. 4].

Secondo quanto emerge da questo primo profilo, il ruolo del medico non richiede altre nozioni che non siano quelle cliniche, le quali sono le uniche che consentono di perseguire quello che è visto come unico obiettivo della professione: la salute del paziente.

Nella ricostruzione degli intervistati, l'idea è che le competenze richieste dal ruolo non mutino nel tempo: la dimensione del mutamento organizzativo delle strutture sanitarie è del tutto espunta. Lo specialista è tenuto ad aggiornarsi di continuo a motivo del flusso ininterrotto di scoperte in ogni branca specialistica della medicina, nonché per essere pronto ad affrontare le richieste sempre più pressanti e specifiche di un'utenza agguerrita.

³³ Su ciò si veda il capitolo primo.

I compiti del medico si riducono quindi alla gestione del rapporto col paziente mediante conoscenze figlie di un ben preciso processo di formazione e di esperienza pratica. L'istanza organizzativa non è nemmeno presa in considerazione poiché la cura del paziente è l'unico obiettivo che il medico non dovrebbe mai perdere di vista; il suo principale criterio di lavoro.

Una caratteristica implicata dal carattere imprescindibile riconosciuto alle competenze cliniche è la rilevanza dell'aggiornamento, che è mosso da quella curiosità e quell'interesse scientifico che il medico non dovrebbe mai abbandonare per fare bene il proprio lavoro.

Nello stesso profilo, oltre a posizioni che enfatizzano la rilevanza delle sole competenze cliniche, si registrano posizioni di aperta resistenza rispetto alle direttive dell'organizzazione, che sono rigettate del tutto. Dalle parole degli intervistati, emerge la percezione di un forte contrasto tra la logica professionale e quella organizzativa, che è avvertita come mossa da altri principi rispetto a quelli della professione medica. Essa viene pertanto delegittimata *in toto*: i medici responsabili dei servizi vengono definiti nei termini di dilettanti che si dedicano ad un'attività da "corso serale" che non fa parte del loro ruolo; o che non dovrebbe farne parte. La conseguenza, considerata nefasta, è che questi dirigenti finiscono con l'esercitare in modo dilettantesco sia l'attività manageriale che quella cui sarebbero addetti. Divengono, nella lettura degli intervistati, una sorta di caricatura del medico "autentico".

In un certo senso, l'impatto delle riforme è espunto dalla forma mentale di questo idealtipo, che si esprime in un deciso rifiuto di quelle che sono le istanze della sanità riformata. Le competenze repute necessarie sono di carattere esclusivamente clinico, mentre quelle manageriali sono ritenute del tutto inadeguate ai compiti che il ruolo di medico implica. La prospettiva è dunque essenzialmente clinica: il buon medico padroneggia le conoscenze di quella che è la sua branca specialistica, ma è anche capace di andare oltre, ragionando e facendo leva anche sulla possibilità di confrontarsi con altri colleghi appartenenti alla stessa branca o ad altre. Questi deve quindi anche essere in un certo qual modo umile in modo tale da integrare la sua conoscenza e condividere i suoi dubbi con i suoi colleghi in modo tale da non restare chiuso nell'ottica di quella che è la sua specializzazione.

Anche l'aggiornamento continuo e le abilità comunicative sono da leggere, in questo profilo, mediante l'ottica della preminenza indiscussa riconosciuta alla parte clinica. L'aggiornamento permanente fa parte dell'interesse scientifico, che è considerato la

“molla” che muove i professionisti clinici e che permette di essere sempre più preparati e responsivi nei confronti di un paziente che pretende risposte sempre più veloci ed esaustive. Le abilità “*soft*” [Sennett 1999], cioè quelle comunicative e relazionali, presentano il vantaggio di essere funzionali alla gestione del paziente in sede di visita ambulatoriale. Si ravvisa, infatti, come le capacità comunicative ed alcune nozioni di base di psicologia consentano di governare le tensioni manifeste e latenti che implica il rapporto medico-paziente e di favorire una serena diagnosi delle sue manifestazioni patologiche.

La propensione a controllare e quietare l’emotività del paziente, motivata anche dalla sua preoccupazione relativa al proprio stato di salute, può consentire al medico di capire meglio quale sia il problema e come trattarlo. Gli effetti benefici del possesso di queste qualità si misurano dunque anche in termini prettamente clinici e anche di potere di convincimento di un soggetto con il quale vige una forte asimmetria informativa. In questo caso, tali competenze sono integrative rispetto a quelle cliniche: servono a rendere il medico più efficace in sede di visita ambulatoriale e il rapporto di fiducia che permettono di costruire può prevenire dal commettere errori in fase di diagnosi o di trattamento della patologia e di incorrere in conflitto con il paziente³⁴.

Considerata anche la prospettiva dominante in questo profilo, si ravvisa che gli intervistati ricondotti ad esso sono medici dai ruoli esclusivamente clinici, operanti a livello ambulatoriale e che non ricoprono ruoli a caratterizzazione gestionale.

Passando al secondo gruppo di rispondenti, si individua una nascente consapevolezza del mutamento delle competenze richieste che la professione sta vivendo, a motivo del rinnovamento organizzativo cui è soggetta la sanità, ma anche per il fatto di avere a che fare con pazienti sempre più esigenti e per la pervasività dell’organizzazione. Emerge in questi medici la consapevolezza che le competenze stanno cambiando: quelle cliniche non sono più le uniche che la figura del medico padroneggia, come nel primo gruppo di intervistati. Accanto a queste, che rimangono certo imprescindibili, il dottore è

³⁴ “E poi la preparazione deve essere anche psicologica: noi facciamo corsi di comunicazione, volontari [...]. Perché noi si va a cercare anche corsi di formazione per quanto riguarda il rapporto col paziente, di comunicazione. Perché si percepisce che siamo capaci di giudicare facilmente il paziente appena varca la soglia, e poi dopo che è stato dieci minuti con noi, si capisce che un s’era capito nulla di questo paziente, che la persona aveva dentro altre problematiche [...]. T’insegna a gestirli. E a avere anche un impatto sull’emotività del paziente, perché il paziente entra emotivo, spesso. Molto agitato, quindi te devi avere la capacità di quietare la situazione, portare la situazione perché si rilassi tutto perché ci possa essere un nuovo apporto nella visita[...]. Non ultimo: non avere contenziosi col paziente ti può difendere dagli errori [...]. Quindi questo buon rapporto ti permette anche di gestire a volte i tuoi errori, perché non c’è mica da nascondersi, si sbaglia tutti eh!” [Intervistata n. 2].

necessitato ad acquisire nozioni che hanno a che fare con la gestione della burocrazia e anche dei costi che il suo lavoro implica a livello di sistema.

Questa parte del lavoro è vissuta con una certa insofferenza, ma prevale comunque una rassegnata accettazione di questi aspetti come parti del lavoro che è richiesto al medico. Compiti burocratici e tecniche di controllo dei costi delle prestazioni fornite sono lette come obblighi cui il medico è costretto ad ottemperare, anche se non farebbero parte della sua giurisdizione professionale³⁵. Sono compiti collegati ad una burocrazia reputata “farraginosa”, poiché riferita ad un’organizzazione del lavoro non ben definita e che demanda a figure come i medici dei compiti che, nella loro visione, non fanno parte di quanto previsto dalla loro competenza professionale. Cionondimeno, queste sono pratiche che fanno ormai parte del vissuto del medico, il quale non può fare altro che adeguarvisi, seppure richiamino l’idea di intromissione dell’organizzazione dei confronti dell’autonomia del professionista. A tal proposito, si delinea una differenza rilevante tra i professionisti appartenenti a fasce più giovani rispetto a quelli più anziani:

Competenze cliniche, ma il fatto di lavorare tutti i giorni in una struttura ti porta anche a conoscere quelle che sono le esigenze di questa struttura a livello organizzativo. Ovviamente poi il medico non può avere una conoscenza economica. Io personalmente di fronte a un discorso economico mi troverei fortemente in difficoltà [...]. Ma lì si può avere un supporto, no? Però a livello organizzativo penso che potremmo senz’altro dare un contributo molto efficiente, molto efficace. Quindi competenze organizzative si acquisiscono sul campo piuttosto che andando a fare un master alla Bocconi [...]. Secondo me, invece di fare tutti questi corsi particolari con questi grossi nomi crediti formativi e tutte queste cose, servirebbero dei corsi molto più terra terra. Molto più semplici, però fatti nell’interesse di fare un determinato tipo di percorso nel più breve tempo possibile per il bene del paziente e anche per il risparmio delle spese [Intervistata n. 23].

I medici più esperti sottolineano come le nozioni di *management* possano essere acquisite soprattutto mediante l’esperienza di tutti i giorni piuttosto che partecipando a corsi e master (ad esempio alla Bocconi), perché oramai sono parte dei compiti quotidiani del medico. Conoscenza gestionale e conoscenza economica sono nettamente separate: l’acquisizione di elementi di gestione è comunque riconosciuta come parte del

³⁵ “Sono non le competenze, la domanda è sbagliata: gli obblighi del medico. Noi abbiamo in questo momento: obblighi sulle note, obblighi sui piani terapeutici, obblighi sul regime fiscale e di esenzione. E, voglio dire, io di queste me ne faccio carico. Obblighi del computer: i costi del computer. Con settanta euro al mese pensano di darci la cifra di competenza” [Intervistato n. 21].

lavoro del medico, mentre l'aspetto economico non può far parte delle conoscenze del medico. Per quest'ultimo è necessario un supporto esterno.

Gli intervistati appartenenti a fasce d'età avanzata tendono a sottovalutare ruolo dell'educazione formale e dei corsi di alta specializzazione ad argomento manageriale. Puntano meno sulla forma e più sulla sostanza: il concetto centrale è che il medico matura naturalmente, esercitando quotidianamente la professione all'interno di un certo contesto, conoscenze relative all'organizzazione di quel contesto. Di conseguenza, apprendono in modo quasi automatico, al limite integrando con la partecipazione a corsi molto "terra terra", a prendere decisioni che siano efficaci dal punto di vista della cura del paziente e sostenibili a livello economico.

Rispetto alla formazione a carattere organizzativo, viene rilevata una leggera discrasia rispetto a quanto percepito dai medici più giovani:

Al medico vengono richieste delle competenze che non sarebbero le sue, secondo me. Però le sue sono competenze in ambito medico; sono competenze di tipo tecnico. Quindi insomma pratico [...]. Per quanto riguarda le altre competenze, sono cioè le cose che via via vengono richieste [...] stare dietro a tutte queste cose burocratiche, che sono veramente un po' farraginose. Grazie a Dio dopo tanti anni sono entrata un po' nel meccanismo per cui ora ho capito anche meglio come farli, però onestamente mi sono trovata un po' allo sbaraglio da questo punto di vista. Per cui ho fatto anche dei corsi per capire bene anche come fare queste cose [Intervistata n. 18].

Anche i medici appartenenti a fasce d'età più giovani sottolineano come sia necessario integrare le competenze non propriamente cliniche o tecniche con quelle di carattere organizzativo. ma, a differenze dei medici più esperti, rilevano l'utilità di approfondire tali tematiche mediante educazione formale e, nello specifico, mediante corsi di alta specializzazione ed al contempo dalla forte valenza pratica.

La tendenza ad approfondire l'elemento gestionale sottolinea un duplice aspetto significativo: l'incapacità del sistema formativo, anche di quello più recente, di recepire le istanze del processo di aziendalizzazione e di preparare le nuove leve a certi compiti; e, al contempo, la percezione della necessità di adeguarsi a certe procedure e di dedicarsi a certe pratiche in quanto oramai parte integrante del lavoro del medico. Questo non è motivato dalla convinzione interiore che queste attività siano parte della sua concezione di professionista medico, ma è vissuta piuttosto come una costrizione imposta da un'organizzazione che rende obbligatorio per i professionisti, volenti o

nolenti, occuparsi anche di *budget*, gestione dei tempi e dei costi, sbrigare pratiche burocratiche.

Tali attività sono diventate cogenti nell'operato quotidiano del medico, ma è altresì vero che sono considerate un qualcosa che eccede quelle che dovrebbero essere, per "natura", le competenze del medico: sono un qualcosa in più, che è attribuito piuttosto ad una carenza gestionale, cioè la mancanza di una precisa divisione dei compiti tra figure cliniche ed amministrative, che non alla sua aziendalizzazione.

Infine, anche gli intervistati appartenenti a questo profilo, come quelli del precedente, rilevano l'utilità delle abilità comunicative e relazionali, che sono utili tanto per rapportarsi al cliente e per far fronte alle sue esigenze, quanto per creare uno spirito collaborativo con i colleghi e con le altre figure sanitarie.

Nel terzo gruppo individuato viene enfatizzata la necessità, da parte dei medici, di possedere competenze organizzative oltre che cliniche: è fondamentale che il medico non perda di vista l'importanza di essere efficiente nell'indirizzare il paziente verso il percorso terapeutico più idoneo per il suo problema e più celere dal punto di vista dell'organizzazione. Il medico ha una funzione clinica e una organizzativa e queste non solo non cozzano tra loro, ma vanno altresì ad integrarsi in modo coerente: l'aspetto organizzativo e quello economico sono considerati parte del lavoro quotidiano.

Il medico deve sapere, deve aver chiaro più che altro quanto costano i farmaci, quanto costano gli accertamenti. Quello lo deve sapere. E poi regolarsi di conseguenza. Ma lui dovrebbe essere appropriato in quello che fa. Purtroppo non si può dire che prescrive un farmaco anziché un altro perché costa meno. Non si può fare questo ragionamento. Cioè, non deve essere il medico a farlo [...]. Poi se c'ha due farmaci però, che vanno bene tutti e due, deve avere gli elementi per sapere questo costa meno, questo costa di più. Se deve scegliere può usare anche un criterio economico. Quindi deve sapere quanto costa un accertamento e quanto costa un esame [Intervistato n. 3].

In questo profilo, viene rilevato come l'appropriatezza sia un concetto deontologicamente pregnante e fa parte degli obiettivi che il professionista medico deve perseguire. Soprattutto tra gli intervistati più giovani, la dimensione clinica deve integrarsi in modo armonioso con il punto di vista dell'organizzazione: le scelte devono essere all'insegna della razionalizzazione e pertanto sostenibili dal punto di vista dei tempi e dei costi che implicano per l'azienda. Trova conferma qui la tendenza verso il superamento dello scontro tra logiche professionali e logiche organizzative, che non

costituiscono gli estremi di un gioco a somma zero, ma sembrano diventare parte di una nuova logica professionale medica [Tousijn 2013].

Gli intervistati sostengono anche l'importanza della figura del manager, con il quale il medico deve lavorare in *équipe* per stabilire forme concertate di procedure lavorative efficaci ed efficienti. Il ruolo del professionista nel lavoro di tutti i giorni è quello però di conoscere anche l'aspetto economico, che non può certo essere il suo unico criterio di azione, ma si integra con le dinamiche strettamente cliniche.

Il punto di vista dell'organizzazione si sposa con quello professionale, confermando la teoria dell'ibridazione delle logiche di lavoro [Evetts 2011a]: logica professionale e logica organizzativa si integrano e procedono di pari passo per raggiungere obiettivi comuni. In questo caso il concetto di appropriatezza diventa parte dell'etica professionale medica, cioè di ciò che deve o dovrebbe muovere il medico nella sua azione di tutti i giorni.

Nella visione degli intervistati, il medico possiede capacità di lavorare come parte di una squadra a stretto contatto con i manager: logiche professionali ed organizzative possono e devono conciliarsi per cercare nuove soluzioni gestionali ed organizzativamente razionali. A differenza del secondo profilo, in cui tali competenze rappresentano qualcosa che eccede i compiti del medico, in questo caso rappresentano un valido supporto, sono necessarie ed imprescindibili nel quotidiano tanto per il medico clinico che per il medico con ruoli organizzativi.

Nella ricostruzione degli intervistati, il clinico viene pensato come portatore di capacità di gestire le potenziali situazioni di conflitto con i pazienti con i quali si interfaccia ed è capace di andare al punto della situazione nel modo più breve e meno costoso possibile. Sono dunque necessarie procedure standardizzate e valutabili secondo criteri comuni; ottimizzare i tempi diviene un modo per essere efficiente e per fare gli interessi del paziente e al tempo stesso dell'azienda. Alcune nozioni di psicologia ed elementi di analisi della comunicazione verbale e non verbale del paziente possono consentire di arrivare celermente al punto della situazione, lasciando intendere la visita come una forma di *counselling* breve.

Il medico con ruoli dirigenziali, invece, mostra in modo più marcato le caratteristiche del mutamento delle competenze in un contesto aziendalizzato; diviene un organizzatore di servizi sanitari, un consulente, un facilitatore di processi, che mostra spiccate capacità comunicative, di gestione del personale e delle risorse.

Secondo me il medico oggi, ma ancora di più in futuro, dovrà saper fare strategie, valutazioni, pianificazioni, elaborare strumenti di lavoro, strumenti di riesame per rendere il sistema sempre più efficiente. Cioè non sarà tanto sul processo gestionale specifico, sull'attività diciamo, quanto sui processi in termine generale per impostarli, organizzarli, valutarli, verificarli e individuare procedure, protocolli che possono servire a far sì che le figure che devono svolgere il lavoro operativo, lo facciano in maniera efficace e standardizzata. E poi un altro compito importantissimo è la comunicazione; la comunicazione dei risultati a questo mondo esterno a cui ci si riferiva prima [...]. E quindi: strategie, valutazione, comunicazione dei risultati [...]. E ovviamente anche necessità di un supporto, tipo dobbiamo sempre più fare i mediatori di conflitti, i motivatori, perché nella *leadership* bisogna orientare le persone verso obiettivi positivi, essendo accattivanti [Intervistata n. 16].

Gli intervistati che ricoprono una posizione dirigenziale mettono in luce non soltanto l'interiorizzazione di competenze manageriali, ma anche l'acquisizione di quella *forma mentis* che caratterizza i dirigenti. Di conseguenza, la loro professionalità si esprime nel pianificare strategie e strumenti di lavoro: è un ruolo che, non essendo a contatto con il paziente, richiede capacità di lavorare per processi e per obiettivi. Proprio a motivo del fatto che non si interfacciano direttamente con il paziente, se non in casi eccezionali, nei medici dirigenti le capacità cliniche passano quasi in secondo piano: si rileva un vero e proprio ribaltamento di prospettiva rispetto ai medici clinici del primo profilo. Le istanze organizzative, in questo caso sotto forma di competenze, sono "cooptate" dalla professione medica, almeno a livello di ruoli dirigenziali.

Di conseguenza, il medico dirigente deve essere capace di orientare in modo "accattivante" una squadra di operatori di vario grado e livello (medici clinici, infermieri ed altre figure sanitarie, amministrativi), standardizzando le modalità di lavoro e valutando i processi *ex ante*, *in itinere* ed *ex post*. Deve inoltre essere capace di mediare fra i vari interessi in gioco ed i potenziali conflitti, indirizzando il *team* verso gli obiettivi prefissati, motivandoli in modo adeguato durante tutta la procedura. È questo un forte elemento di discontinuità rispetto alla "vecchia logica professionale, che era tipicamente individualistica" [Tousijn 2006, 476].

Nelle parole degli intervistati emerge come queste siano le competenze necessarie oggi, ma ancora più lo saranno in futuro: il medico dovrà essere capace di rinegoziare alcuni dei presupposti della sua professione, dal momento che il perseguimento della salute della popolazione è un obiettivo macro che non è in mano all'azione di singoli professionisti dotati di autonomia, spirito di servizio e conoscenze cliniche. Questo è altresì un obiettivo che richiede azioni collettive e concertate, che interessano molteplici professionalità e una notevole capacità di lavorare in modo coordinato con altre

professionalità. L'*équipe* è costituita da un gruppo di lavoro motivato che unisce ed integra competenze professionali, gestionali ed economiche, che è coinvolta nell'elaborazione di un programma di lavoro che possa valorizzare tutte le competenze in gioco e produrre effetti positivi in termini di salute collettiva.

Tabella 9. Le competenze

| | <i>Competenze</i> | <i>Criteri di azione</i> | <i>Prospettiva organizzativa</i> |
|-------------------------------|---|---|---|
| <i>Primo profilo</i> | Cliniche; aggiornamento continuo; comunicative | Rapporto con il paziente | Assente; rigettata. Resistenza |
| <i>Secondo profilo</i> | Cliniche; comunicative, organizzative (come "obbligo" cui il medico è costretto a sottostare) | Rapporto con il paziente, con l'organizzazione (burocrazia; fattore economico) | Accettata con rassegnazione come parte del lavoro. Acquiescenza (rassegnazione passiva) |
| <i>Terzo profilo</i> | Cliniche, comunicative, organizzative, economiche, manageriali | Rapporto con il paziente, con l'organizzazione (appropriatezza), con le istituzioni | Accettata con convinzione (rilevanza deontologica). Cooptazione a livello di pratiche |

La relazione medico-paziente

L'analisi del rapporto col paziente è stata condotta a partire dai concetti di paternalismo medico da un lato [Parsons 1965] e di consumerismo dall'altro, così come definito nel capitolo terzo. Sono stati individuati anche in questo caso tre profili di risposta, corrispondenti al rifiuto a priori del consumerismo, in virtù di una concezione paternalista del rapporto medico-paziente, una posizione intermedia di parziale apertura ed infine un'apertura totale.

Il gruppo di intervistati ricondotto al primo profilo risente del concetto classico di paternalismo medico: il rapporto con il paziente è dominato dal medico e di carattere personale e fiduciario. Il paziente, a motivo di un'asimmetria informativa insuperabile con il medico, è visto dagli intervistati come un soggetto passivo e che pertanto pone necessariamente la propria salute nelle mani del professionista.

Io gli consiglio [*ai pazienti*] di non andare mai su internet per comprare riviste di salute perché non hai un senso critico, non hai una formazione tale, le

conoscenze tali per giudicare. E quindi, cioè, la persona che ha un problema deve avere [...] un rapporto esclusivo con un medico. Sta poi a quello a far sì che questo rapporto sia costruttivo e di rispetto [...]. Anche a me a volte mi capita, così, di trovarmi su internet, aldilà che ci son spesso delle castronerie immani e quindi uno si beve le castronerie, ecco. Poi tutti si sentono malati, spesso di malattie gravi: c'ho un dolore lì [...] va lì all'elenco delle possibili cause e uno non va a vedé la cazzate, ma va a vedé dove c'è scritto tumore. E quindi errore gravissimo, ecco, perché non è con un sito che si può fare una diagnosi, o meglio un'autodiagnosi. Io sono stato contrario. E menomale ora ce n'è di meno però insomma [...] anche alla televisione. In questo senso: perché il lunedì mattina era un pieno di malati. Perché lo sentiva alla televisione: eh, ma ce l'ho anch'io quello lì. E quindi casino: un esercito di persone che si sentivano malati; gravi poi, capito? [Intervistato n. 7].

La capacità dei pazienti di attingere informazioni dai mezzi di informazione è visto, in questo caso, come totalmente negativo: prevale una reazione di deciso rifiuto da parte del professionista rispetto a tale tendenza. La possibilità di informarsi è letta in modo negativo sia rispetto ai vecchi *media* (televisione) che ai nuovi (internet). Il ruolo di internet viene riconosciuto come dannoso *in toto*, poiché lascia ampio spazio di autonomia di accesso a informazioni spesso errate o fuorvianti. Il ruolo della televisione è letto dagli intervistati in modo negativo, anche a motivo del *target* di età dei pazienti degli specialisti ambulatoriali, cui spesso si rivolgono persone piuttosto anziane.

Il paziente individua spesso informazioni errate, infondate o poco affidabili, ed è indotto, data la mancanza di basi conoscitive forti in materia, a concentrarsi sulle patologie più gravi, anziché sulle altre, spesso più plausibili. Vecchi e nuovi *media* spesso possono diffondere un elevato livello di ipocondria nei pazienti, che si rivolgono al medico con una preoccupazione a prescindere che rende molto più difficoltoso rapportarsi ad essi ed analizzarne con serenità il quadro clinico: “pretendono senza sapere” [intervistata n. 11]. Ciò che è reperibile su internet non è fonte di informazione, quanto di disinformazione: spesso non è riconducibile ad un autore ben preciso, non è sottoposto a controllo e non può avere la legittimità delle riviste scientifiche e delle pubblicazioni inerenti.

Si rileva, dunque, la prevalenza di posizioni che enfatizzano l'importanza del rapporto esclusivo con il medico di riferimento, con il quale non deve interpersi nessun'altra istanza. Il buon medico è infatti considerato capace di sollecitare nel paziente fiducia nei suoi confronti e di fare in modo che questi lasci libero spazio alle

conoscenze ed alle competenze del professionista, senza pretendere di saperne più di lui³⁶.

Quest'ultimo, per motivi di formazione specialistica ed esperienza sul campo, è infatti l'unico soggetto adatto a trattare certe forme di patologia: le conoscenze esoteriche del professionista richiedono infatti fiducia estrema da parte del paziente, al quale non è riconosciuta alcuna voce in capitolo. Per questa ragione, la pretesa del paziente di avere conoscenze in merito alla propria situazione di salute o meno è letto da questi intervistati anche come una mancanza di rispetto nei confronti del medico in quanto detentore di una conoscenza specialistica della sua materia.

Le caratteristiche sono più sfumate nel caso del secondo profilo individuato, dove si registra una molteplicità di tendenze in merito al rapporto col paziente e ci si concentra anche sulle conseguenze della "sfida consumerista" [Tousijn 2008]:

L'idea mia è una medaglia a due facce. I tempi son cambiati: non c'è più il paziente che va dal medico e dice faccia quel che vuole di me [*ride*]. E questo secondo me è un fatto assolutamente positivo, nel senso che la gente si documenta. Poi c'è modo e modo di documentarsi: oggi uno si mette davanti a una tastiera e trova tutte le informazioni che vuole. Spesso le informazioni in sé e per sé sono anche fornite in maniera corretta, direi. Più o meno approfondita. Eh, dipende ognuno come se le capisce, come se le interpreta: lì si possono creare distorsioni. Dalla televisione a internet sulla salute vengono date valanghe di informazioni alle persone. Non tutti sono in grado di digerirle, di capire qual è la cosa importante, interessante, quale può essere la bufala giornalistica: e questa è l'altra faccia della medaglia. Sicuramente tutto questo è un meccanismo che negli anni passati ha amplificato la spesa, perché era il paziente che andava dal medico a dirgli io mi voglio far la risonanza perché ho letto nel tal posto che siccome sento questo doloretto, mi devo fare la risonanza al ginocchio. Il medico anni fa diceva fatti la risonanza, tiè! Oggi non è più così per cui il medico si trova anche un po' in difficoltà perché ovviamente il fenomeno dal lato del paziente non è andato scemando: è andato ad aumentare. E al medico è stato detto: giovanotto, allora ai tuoi pazienti le risonanze che puoi fare sono questo numero, di questo tipo eccetera eccetera. Per cui il medico si trova nel conflitto di dover gestire tutta questa parte qui. Questo sarà risolto con traghettamento verso il privato, dove il cittadino paga e fa quello che gli pare: chi c'ha i soldi se

³⁶ "Io mi son fatta l'opinione che il paziente, se tu lo curi e sta bene, un po' ti segue. Si informa però fino a un certo punto, perché, se ha fiducia in te, sei tu ad informare il paziente di quello che c'ha, capito? Però è anche scocciato perché il paziente non ce la fa più a comprare i farmaci, a pagare i *ticket* [...] hai capito? Quindi viene da te già prevenuto ad attaccarti: questo è il discorso. Poi ti conosce, e nasce quel *feeling*. Anche a me questo succede. Però vengono prevenuti, capito? [...]. Il rapporto è rimasto come venti anni fa, cioè per me il rapporto è di fiducia tra medico e paziente, capito? Quindi anche se va su internet, o si informa su tante cose [...] quando prende fiducia nel medico poi diventa uno splendido rapporto. C'è molta più prevenzione però, eh. Cioè vengono già adirati e arrabbiati" [Intervistata n. 8].

li fa. Chi non c'ha i soldi se li guarda su internet e rimane lì, ahimè [Intervistato n. 15].

Prevale qui un atteggiamento di confine rispetto al paziente ed alla sua tendenza ad informarsi da solo in materia medica, che costituisce una “medaglia a due facce” portatrice di un lato positivo e uno negativo. Alcuni medici ravvisano un superamento del paternalismo: il fatto che il paziente sia oggi capace di documentarsi e di andare dal medico con un minimo di idea in merito alle sue problematiche è letto in modo positivo. A differenza del primo profilo, viene dato un maggiore credito alle informazioni individuabili su internet, che possono anche essere corrette, anche se più o meno approfondite.

La discriminante sta nel singolo che decifra queste nozioni, poiché non tutti, per motivi di formazione e di cultura generale, sono in grado di recepire in modo adeguato quanto rintracciano mediante vecchi e nuovi media. Viene operato un distinguo: alcuni pazienti possono anche informarsi in modo corretto, mentre altri non sono in grado di farlo, anche perché internet può rappresentare un “utile supporto” [intervistata n. 18] per coloro che hanno un grado di cultura elevato, ma anche fonte di disinformazione per chi non è in grado di distinguere le informazioni fondate da quelle che non lo sono.

Per questi intervistati, il medico deve essere in grado di rapportarsi in modo diverso in base al tipo di paziente, integrando le informazioni che questo ha acquisito dai media e creando le basi per un processo di cura condiviso nel primo caso, o imponendosi e facendo valere la propria autorità di medico nel secondo caso. Pertanto, è possibile andare oltre il paternalismo nel rapportarsi con quei pazienti che sono in grado di padroneggiare minimamente certe nozioni. Con coloro che non sono in grado di farlo, il ruolo del medico è quello di calmare e spiegare bene la situazione, soprattutto in caso di richiesta di prestazioni ingiustificate.

Ciò comporta delle ricadute specifiche in termini prettamente organizzativi: è il secondo aspetto rilevante dai rispondenti questo profilo, l'altra faccia della medaglia del *trend* consumerista. Gli intervistati enfatizzano infatti le ricadute in termini organizzativi della nuova relazione con il paziente, che può sì informarsi in modo coerente in certi casi, ma, quando non è in grado di farlo, viene spesso colto dal panico ed avanza richieste infondate al professionista. Queste ultime producono conseguenze dal punto di vista organizzativo: gli intervistati con un ruolo dirigenziale sottolineano come le pretese dei pazienti producano conseguenze negative dal punto di vista

strettamente economico, mentre quelli con ruoli clinici si concentrano sull'aspetto della dilatazione dei tempi delle visite.

Nella visione del medico dirigente, i pazienti che non sono dotati di capitale culturale sufficiente per gestire le informazioni reperite sono un fattore di amplificazione della spesa, perché avanzano richieste di terapie anche molto costose (e spesso immotivate) che, se assecondate, rappresentano una spesa enorme per il sistema sanitario. Il fatto che in passato quasi tutto il personale medico li assecondasse è legato dagli intervistati al superamento del sistema universalistico della riforma del '78 e ha posto le basi per la riorganizzazione delle logiche della sanità. I meccanismi di controllo della spesa introdotti con il processo di aziendalizzazione sono ricondotti proprio a questa necessità: prevale dunque l'idea che il medico debba saper gestire il paziente anche in questo senso, non generando spirali negative in termini economici.

I medici con ruoli clinici ricondotti a questo profilo, invece, si concentrano sugli effetti negativi del consumerismo in termini di maggiore difficoltà di gestione dei tempi³⁷. Il *trend* comporta infatti la necessità, da parte del medico, di prendersi tempo per tranquillizzare il paziente e per spiegargli, ad esempio, che i suoi non sono sintomi di una malattia grave. Inoltre, un importante fattore che fa perdere molto tempo è la disinformazione del paziente in merito ai meccanismi burocratici della sanità. I clinici mettono in evidenza come siano costretti a spiegare alle persone anche solo dove andare a fare semplici esami o dove acquistare i medicinali prescritti. Ciò comporta un allungamento dei tempi delle visite e crea disagi anche in termini strettamente clinici, perché il medico si sente costretto a ricoprire il ruolo di "educatore", dovendo, in certi momenti della visita, allontanarsi da quello che è l'aspetto propriamente clinico.

Passando infine al terzo profilo, si ravvisa un notevole cambiamento in merito alla ricezione del consumerismo:

³⁷ "Trovi personaggi che a 35-40 anni non sanno dove andare a fare un esame del sangue [...]. O dove andare a comprare un farmaco: ti chiedono dove devono andare. Questa è una problematica che c'hanno questi soggetti [...]. Molte volte ti senti fare delle domande che sono completamente assurde, estraniare dalla società. Io dico, oltretutto c'avete i mezzi: guarda internet, avete la possibilità di trovare *dépliant* ovunque. Molte volte ti dicono: sì, ma dove devo andare a prenderla la pillola? Che verrebbe da rispondere in macelleria. Anche perché quello che mi dà noia [...] ecco un aspetto della mia professione oggi: che non faccio il medico molte volte. Faccio l'educatore. E questo mi distrae. Mi distrae prima cosa dalla mia professione medica perché io ho bisogno di esser concentrata, perché mentre tu mi dici un disturbo io devo capire. Se tu nel frattempo mi dici: ma dove lo compro questo farmaco, ma dove devo andare a far gli esami, ma ci posso andare domani mattina alle dieci? Io faccio l'educatrice a quel punto, non faccio più il medico. E mi distrai dal fare la mia diagnosi. E questo è faticosissimo" [Intervistata n. 15].

Capita quel momento in cui il paziente ha un'opinione chiara e ne può sapere anche più di te, perché se si studia tutto. Perché son persone giovani, in gamba e si studia tutto [...] e basta che tu prenda tempo e non ti faccia ingannare dal paziente. Dico: sì, guardi, mi devo un po' riguardare. Di sicuro poi alla fine non potrà mai avere più conoscenze di te, perché può studiare quello che vuole ma, in ogni caso, se io riapro un libro, so dove guardare e alla fine so dove trovarlo [...]. È un bene quello [*che il paziente si informi*]. Il medico [...] fa un po' da consulente. E informa il paziente. Il paziente c'ha una patologia e te lo informi su cosa consiste la patologia, qual è la cura. E poi il paziente è giusto che si informi. Però ovviamente la visione, il modello paternalistico cioè [...] io penso che tutti sian d'accordo che è sbagliato, però molti medici ancora lo applicano. Il medico deve tener conto di quanto il paziente può capire. Cioè, dei limiti del paziente. Ma quando si rende conto di quello, deve spiegare in maniera semplice, informare il paziente, poi lasciarlo libero di scegliere. Deve dargli gli elementi [...]. Non deve far altro. Deve cercare di non esser mai in contrapposizione, però. Secondo me [Intervistato n. 3].

In questo caso, ciò che muta in modo più significativo rispetto agli altri due profili è la concezione del paziente, che conduce ad una visione del tutto positiva rispetto alla sua possibilità di informarsi e di non abbandonarsi passivamente alla competenza del medico. Per questi medici, che si contraddistinguono per ricoprire ruoli clinici, il paziente non solo non è un soggetto passivo che deve recepire in modo acritico tutto ciò che il professionista gli dice, ma deve anzi essere ricettivo e contribuire al processo volto al mantenimento o raggiungimento della sua salute: è compito del medico responsabilizzarlo.

Il modello paternalista che molti colleghi ancora seguono è considerato anacronistico e del tutto inadeguato rispetto alle esigenze attuali di tutti gli attori coinvolti. Nei casi estremi, si dà anche che il paziente abbia attinto informazioni di un certo livello su una specifica patologia e che sia il medico stesso che deve prendere tempo per informarsi meglio e maturare un'idea più accurata in merito.

Quello di cura diventa qui un processo di coproduzione e l'inerzia del paziente è addirittura vista con fastidio: quest'ultimo è anzi tenuto a partecipare al processo di cura, poiché ricopre un ruolo fondamentalmente attivo. Anche in questo caso, come nel secondo profilo, gli intervistati operano un distinguo in termini di cultura e capitale formativo dei pazienti, ma anche quello meno ricettivo deve capire. Fare in modo che tutti i pazienti, con un livello culturale più o meno elevato, comprendano la propria situazione è un obiettivo che il medico ed il paziente perseguono insieme e costituisce parte integrante dei loro rispettivi ruoli.

Il paziente, in quanto persona informata, costituisce un valore piuttosto che un disvalore: l'informazione non è vista come foriera di tendenze all'ipocondria e diffusione di nozioni errate o fuorvianti, ma può anzi indurre a non avanzare richieste infondate e costituisce un aiuto per la stessa attività quotidiana del medico. Si registra la prevalenza di un'idea di paziente come di persona consapevole e propositiva.

Da parte sua, il medico diventa in questo profilo una sorta di "consulente" che fornisce all'utenza informazioni relative allo stato di salute, non ponendosi mai in contrapposizione con questa. Evidenzia le problematiche e, integrando le informazioni di cui il paziente dispone, propone delle soluzioni non vincolanti, ma che forniscono una sorta di percorso che gli utenti possono seguire o meno: la scelta autonoma spetta a loro.

A conclusione di questa sezione, va rilevato che l'approfondimento qualitativo effettuato ha fatto riscontrare che l'aspetto del rapporto individuale con il paziente viene percepito dalla maggior parte degli intervistati come problematico in relazione al *trend* consumerista. Nel primo profilo e, parzialmente anche nel secondo, la "sfida" portata dal consumerismo viene percepita in gran parte come una minaccia all'autonomia dello specialista ed alla sua dignità di professionista. In secondo luogo, i medici con ruoli dirigenziali enfatizzano come la logica consumerista, sempre a livello individuale, comporti costi maggiori per il sistema, mentre i clinici rimarcano come gli effetti negativi siano da valutare in relazione alla dilatazione dei tempi delle visite e della gestione del paziente nel contesto dell'ambulatorio specialistico.

Tabella 10. Il rapporto medico-paziente

| | <i>Medico</i> | <i>Paziente</i> | <i>Relazione</i> | <i>Consumerismo</i> |
|------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|
| <i>Primo profilo</i> | Autorità | Passivo, acritico | Asimmetrica (paternalismo) | Rigetto |
| <i>Secondo profilo</i> | Autorità condizionata | Accettazione consapevole | Parzialmente asimmetrica | Parziale apertura |
| <i>Terzo profilo</i> | Consulente | Dialogante | <i>Partnership</i> | Totale apertura |

La professionalizzazione delle altre figure sanitarie

Il rapporto con le altre professioni sanitarie e la risposta data dai medici alla crescente professionalizzazione, in termini di formalizzazione del percorso accademico (ad esempio l'infermiere laureato o il tecnico della prevenzione) e di giurisdizione professionale, è stato analizzato a partire dal concetto di "dominanza medica" [Freidson

2002a; Tousijn 2000], di cui abbiamo trattato nel capitolo secondo. L'obiettivo è stato quello di riscontrare eventuali mutamenti con riferimento alla posizione di centralità e di coordinamento del lavoro in ambito sanitario che il professionista medico ha ricoperto per decenni. Le risposte date dagli intervistati in merito alla professionalizzazione delle altre figure sanitarie sono state analizzate a partire dal concetto di centralità del medico all'interno del sistema sanitario e del ruolo di coordinamento delle altre professioni del settore (una delle dimensioni del concetto di dominanza).

Il rapporto con le altre professioni sanitarie e le tendenze ad esse relate sono state approfondite, come visto nella sezione relativa alla traccia, nella parte che si concentra sugli aspetti lavorativi specifici, assieme al rapporto con la dirigenza e con i pazienti. È necessario precisare che, alla sollecitazione riguardante questo aspetto, quasi tutti gli intervistati hanno fatto riferimento all'infermiere, la figura del sistema sanitario con la quale il medico si rapporta maggiormente.

L'analisi della dimensione è stata condotta in base all'opinione maturata in merito alla professionalizzazione del personale sanitario non medico e, di rimando, anche con riferimento alla configurazione delle relazioni lavorative all'interno delle strutture sanitarie (di potere, gerarchia e controllo). Anche in questo caso, sono state individuate tre tipologie di risposta fornite, che si collocano su un *continuum* che va dalla resistenza opposta dal primo gruppo all'accettazione convinta del terzo, passando attraverso l'apertura parziale del secondo gruppo.

Il primo gruppo di intervistati enfatizza il ruolo centrale che il medico ricopre in ambito sanitario e risente molto del concetto di dominanza sopra richiamato. Nella loro visione, il medico è infatti tenuto a ricoprire un ruolo di coordinamento delle altre professioni sanitarie; ciò è connaturato alla professione stessa ed ai compiti che implica. Questo ruolo non è scelto: è imposto dalla normativa, poiché il medico è responsabile in ultima istanza di quanto avviene nel proprio ambulatorio o, nel caso degli ospedalieri, nel suo reparto.

Il medico secondo me ha il dovere di porsi in una posizione di coordinamento nei confronti delle altre professioni sanitarie [...]. La figura centrale del medico non può essere messa in discussione: è il medico che prende la decisione finale, è il medico che si assume la responsabilità della propria decisione, sia diagnostica che terapeutica. Quindi è il medico che ha fatto tutto il suo percorso per poter arrivare a questo. Non è con questo che il medico rivendichi qualcosa: non deve rivendicare nulla. È nell'essenza stessa del suo ruolo [...]. Io penso personalmente che il medico non debba cedere proprio niente in tal senso. Ha ceduto tantissimo, eh: il medico è stato completamente svuotato del proprio

ruolo, e questo, oltre che dannoso, è anche irrispettoso di una categoria che per arrivare al suo ruolo ci mette dieci anni [...]. Non si può cedere sulla professionalità [Intervistata n. 19].

In questo profilo, la centralità e la funzione di coordinamento spettano al medico per motivi di ruolo e di giurisdizione professionale: ha l'ultima parola in merito a questioni di carattere clinico e ha il diritto di pretendere che le sue direttive siano osservate dal personale sanitario che a lui fa riferimento.

Un aspetto fondamentale è dato dal fatto che la legittimità della funzione di coordinamento è considerata insita nel ruolo ed è conseguenza di un percorso di studi e professionale che dà diritto ad una posizione elevata nella gerarchia professionale. Non è un ruolo che deve dunque essere rivendicato, ma è parte stessa dell'essere medico.

In merito all'aspetto organizzativo, l'idea che emerge è quella di un sistema della professioni sanitarie dalla struttura rigidamente gerarchica, ai cui vertici è posto il medico: questa posizione è parte dell'essenza stessa del professionista.

In questo profilo, la tendenza alla professionalizzazione del personale sanitario, infermieristico *in primis*, è dunque letta in modo negativo: è vista come una forma di delegittimazione della figura del medico e come un suo svuotamento. È letto negativamente anche il *trend* per cui queste professioni rivendicano il diritto di entrare parzialmente nella giurisdizione professionale medica e, in ultima istanza, di raggiungere posizioni dirigenziali; elementi che sono inaccettabili per i rispondenti di questo gruppo. Questa è interpretata come una forma di disprezzo nei confronti di chi ha seguito un lungo percorso di studi e ha acquisito il diritto di accedere ad una certa posizione all'interno della gerarchia. I compiti del medico non possono essere frutto di una negoziazione, poiché sono figli di un lungo percorso di studi e di esperienza pratica.

L'altra motivazione fondamentale addotta, che emerge da queste interviste, è il fatto che il medico sia l'unico responsabile, a livello giuridico, di quanto accade nel contesto lavorativo in cui opera: questi è infatti responsabile in ultima istanza non solo del suo operato, ma anche di quello degli altri professionisti sanitari (infermieri, OSS, OTA, *etc.*). A tal proposito, in questo profilo viene sottolineato come queste figure professionali accampino diritti ed avanzino pretese sempre maggiori, senza però volersi accollare le responsabilità che esse implicano³⁸.

³⁸ «Anche lì siamo in una posizione paradossale perché adesso le professioni sanitarie con laurea triennale e magistrale e son come i pazienti: che vogliono, e che chiedono. Accampano diritti. Ma rifiutano di accollarsi responsabilità. Ed è lì che è lo snodo che va sanato, secondo me. Perché a me sta bene che tu sia il signor infermiere dottore. Nell'accezione che tu possieda la tua laurea che ti abbia arricchito di

Nello stesso profilo, si rileva come, in linea con quanto sottolineato fino ad ora, la percezione dominante sia quella di una netta distinzione tra le giurisdizioni professionali del medico e delle altre professioni sanitarie: l'idea che emerge dagli intervistati è che il rapporto tra il medico e le altre figure dovrebbe essere all'insegna della deferenza. Il medico è detentore di una responsabilità legale rispetto a ciò che fa in prima persona e anche a ciò che fanno le altre figure sanitarie, che sono subordinate al professionista. Di conseguenza, innovazioni come il *Triage* e il *See and Treat*³⁹ sono lette in modo totalmente negativo: rappresentano infatti, per questi medici, una forma di intromissione inaccettabile degli infermieri all'interno nella giurisdizione professionale medica. Il fatto che, con la pratica del *Triage*, ad un infermiere siano affidati compiti in fase di terapia iniziale è inammissibile, poiché questo è un compito che per ragioni di professionalismo appartiene unicamente a medico.

Non sono assolutamente d'accordo. Né sul *Triage* né, sul *See and Treat* [...]. Il *See and Treat* è un qualche cosa di più del *Triage*: col *See and Treat* [l'infermiere] dovrebbe arrivare quasi a fare una diagnosi. O perlomeno una supposizione di diagnosi. Perché *See and Treat* vuol dire guarda e tratta. Quindi da parte dell'infermiere andrebbe fatto quasi un esame obiettivo, diciamo, e quasi un discorso di dire questo ha bisogno di una cosa piuttosto che di quest'altra. Questo mi sembra che sia un atto puramente medico. Perché sia la visita con l'esame obiettivo che la diagnosi e la terapia sono del medico. E mi sembra assurdo pensare di levarglielo [Intervistata n. 23].

Le giurisdizioni professionali, con tutte le attività e i compiti che implicano, sono considerate in questo caso totalmente separate: non vi possono essere aree di sovrapposizione. Il fatto che gli infermieri siano più formati non significa che la sanità possa diventare un terreno di scontro tra loro ed i medici. Ci sono dei confini precisi ben determinati che non possono essere travalicati, per motivi di ordine professionale e di formazione: attività come la diagnosi e la terapia sono ontologicamente mediche e non possono essere appannaggio di nessun'altra figura sanitaria.

L'affidare certi compiti ad una figura non medica ha anche ragioni di carattere pratico, oltre che di dignità professionale. Essere visitati da un infermiere può andare a scapito della salute del paziente, perché una figura non medica, per quanto debitamente formata, non può fornire le medesime garanzie fornite da chi ha studiato anni per

conoscenze [...]. O si assumono onori ed oneri, oppure ciao: te sei l'infermiere e io sono un'altra figura" [Intervistata n. 11].

³⁹ Queste innovazioni organizzative sono partite in via sperimentale solo in alcune ASL della Toscana, tra cui quella di Firenze. Su ciò si veda il capitolo terzo.

arrivare a ricoprire un certo ruolo. Nessun corso di formazione può far acquisire a chi ha compiti di carattere perlopiù tecnico, come l'infermiere, quella che è la competenza generale del medico, maturata nel corso degli anni. L'idea che muove questi medici è che l'area medica e il comparto (le altre figure sanitarie) siano distinte in modo netto, così come i compiti cui essi sono addetti.

Per quanto riguarda il secondo profilo di risposta, si registra una posizione più sfumata in merito alla dimensione in questione. Permangono sì la centralità del medico ed il suo ruolo di coordinamento in ambito sanitario, ma si rilevano anche posizioni di apertura rispetto alla valorizzazione del personale sanitario non medico in un'ottica che non è più rigidamente gerarchica.

Il *Triage*, vabbè, è infermieristico quello. Mah, io penso che, come lo può fare il farmacista, di dare un'aspirina, lo può fare anche un infermiere, se è formato. Non sono contraria a questo. Io lo vedo nell'attività di tutti i giorni, per esempio un protocollo di come deve fare il medico fatto da un infermiere, a me questo non può tornare. È chiaro che poi così crei la conflittualità [...]. Allora, è vero che negli anni il medico ha sempre visto la figura infermieristica come una figura più sottoposta, diciamo tra virgolette. È vero che invece ora, con la crescita professionale della figura infermieristica, questo è sicuramente da superare, però è vero anche che non può valere l'opposto. Crea soltanto conflitti secondo me [Intervistata n. 24].

In questo profilo, gli intervistati non solo non rigettano innovazioni che tendono a garantire più ampi spazi di azione al personale paramedico, come il *Triage*, ma anzi le valutano in maniera positiva. È giusto che si creino margini per la rinegoziazione di certe pratiche che possono essere seguite da una figura infermieristica piuttosto che da un medico.

I medici appartenenti a questo profilo mostrano consapevolezza del fatto che la figura infermieristica sta mutando e che nel contesto sanitario si trovano a convivere varie tipologie: dai tradizionali infermieri professionali, che hanno seguito un certo percorso formativo a livello di scuola professionale, agli infermieri laureati, che hanno seguito un corso di laurea triennale. Questo è quindi un profilo professionale eterogeneo e in questo momento non uniforme⁴⁰; e i medici sono consci del fatto che ciò può dare

⁴⁰ “C'è stato un crescendo anche della cultura: ora sono persone laureate e quindi prima, quando studiavo io bastava il biennio delle superiori per fare l'infermiera, poi c'è voluta la maturità [...], ma molti infermieri che abbiamo anche noi non hanno il diploma. Sono vecchi infermieri che poi hanno fatto un corso e sono diventati infermieri professionali, quindi già c'è nell'ambito della professione infermieristica una grande differenza [...]. Non sono tutti uguali gli infermieri professionali: non può essere un infermiere generico da un infermiere professionale di ora, che poi non sono più neanche infermieri professionali. Quindi è una figura già molto poco uniforme in questo momento” [Intervistata n. 24].

adito a diverse forme di estrinsecazione della propria professionalità e di avanzare pretese in tale ambito.

Dalle ricostruzioni di questi intervistati, emerge però anche la preoccupazione degli effetti perversi che può avere la maggiore professionalizzazione del personale paramedico: è ritenuto legittimo che quest'ultimo comprenda l'importanza e l'autonomia del proprio ruolo e che non si senta inferiore al medico, perché si possono porre le basi per un conflitto, manifesto o latente, con la professione medica.

Paragonando il secondo gruppo di intervistati con il primo, si rileva un mutamento dell'idea di organizzazione sanitaria: non costituisce una struttura gerarchica ed è necessario, nella loro visione, che non venga percepita una forma di competizione tra medici ed infermieri per coprire certe nicchie di giurisdizione professionale. In questa visione, i due ruoli sono percepiti come coevi: viaggiano in parallelo, dando vita a pratiche collaborative e non dovrebbero crearsi aree di sovrapposizione. Dall'idea di gerarchia del primo profilo si passa dunque a quella di collaborazione: l'elemento comune ai due profili è invece quello della netta divisione dei compiti. La sovrapposizione infatti è potenzialmente foriera di conflitti professionali, i quali vanno a scapito principalmente del sistema tutto.

In quest'area, è considerato legittimo che l'infermiere acquisisca maggiori conoscenze e anche maggiori competenze, che costituiscono una valorizzazione del suo ruolo; ma è necessario che ciò non lo induca a voler competere col medico per acquisire sempre maggiore voce in capitolo rispetto a ciò che compete solo al medico. Questo non è motivato da ragioni di gerarchia professionale, come nel primo profilo, ma dal fatto che vige una netta divisione dei ruoli: il medico ottempera a certi compiti, che sono più importanti anche perché è detentore in ultima istanza della responsabilità legale di ciò che fa, e l'infermiere si occupa di altre attività. Le giurisdizioni sono fisse ed ogni pretesa di travalicamento dei confini delle altre professioni è deleterio in termini clinici ed organizzativi.

Il medico mantiene una posizione centrale all'interno di una rete lavorativa a motivo dei compiti più importanti di cui è portatore, ma non è gerarchicamente da considerarsi in una posizione più elevata rispetto all'infermiere; una figura, quest'ultima, che adesso è più formata e che è giusto che eserciti una certa autonomia nell'ambito di quella che è la propria giurisdizione professionale. Entrambi possono svolgere il proprio lavoro in autonomia, senza calpestare i piedi dell'altro e sempre in un'ottica di collaborazione nel

perseguimento della cura dei pazienti; fermo restando, però, che il ruolo di coordinamento (non di esercizio di autorità vera e propria), è appannaggio del medico.

All'interno di questo profilo, i medici con ruoli dirigenziali si mostrano particolarmente consapevoli dei rischi che l'idea di conflitto inter-professionale può portare a livello organizzativo: il rischio maggiore è rappresentato dalle rivendicazioni di tipo corporativo, che possono indurre figure come gli infermieri a pretendere maggiori gratificazioni a livello economico, oltre che professionale (in termini di giurisdizione professionale, e quindi di competenze). Queste rivendicazioni possono essere portate avanti da infermieri, ma anche da figure come i tecnici della prevenzione o i dietisti, e possono creare separazione piuttosto che integrazione, con risvolti negativi in termini di quantità e qualità delle prestazioni fornite a livello di sistema. In quest'ottica, il ruolo del medico non è quindi quello di gestire il lavoro altrui dall'alto, ma di coordinare le varie figure professionali in gioco, facendo in modo da integrare gli interessi divergenti e da alimentare pratiche collaborative⁴¹.

Tra gli intervistati del terzo profilo, si registra un significativo mutamento di prospettiva sia rispetto professionalizzazione del personale sanitario non medico, sia rispetto all'idea di organizzazione del lavoro sanitario:

Molti miei colleghi pensano, hanno paura che poi gli infermieri prendano troppo campo. Io personalmente no. Perché io penso che gli infermieri, per dire, per fare un esempio di figura professionale, su certe cose [...] c'hanno delle competenze diverse, quindi certe cose che prima erano un po' a cavallo, a volte le faceva il medico, a volte l'infermiere, tipo le medicazioni. Ovviamente loro sono formati per quello. Lo sanno fare mille volte meglio. Io non ho paura di loro per quello [...]. Non bisogna aver paura ecco. Il medico fa il medico e resterà medico. Ma tutte quelle attività che faceva prima che erano un po' infermieristiche, è più giusto che le faccia l'infermiere perché le sa far meglio. Come l'aspetto organizzativo un po': è bene che lo faccia un segretario perché lo sa far meglio. Non perché io non lo voglio fare, ma perché lo farei peggio [...]. Non è che c'è una figura professionale che è più in alto di un altro [...] cioè, ci

⁴¹ “L'integrazione fra le figure professionali può essere un elemento di forza, però può diventare un grosso vincolo, un elemento di conflitto quando diventano motivazioni di tipo corporativo [...]. Io faccio il tuo lavoro ma guadagno la metà. Quindi credo che chi tiene la regia dei dipartimenti dove stanno dentro tutte queste figure debba esser bravo a valorizzare tutte queste figure senza cadere nel conflitto, che è imminente. Cioè il conflitto è quotidiano fra le professionalità [...]. Mi riferisco agli infermieri laureati, ma anche ai tecnici della prevenzione. Piuttosto che ai dietisti, piuttosto che agli assistenti sanitari. Cioè questa autonomia professionale deve essere vista all'interno di un percorso che però è coordinato da una figura dirigenziale medica, perché altrimenti viene fuori una sorta di anarchia e rivendicazioni di tipo corporativo che portano soltanto a separare anziché a integrare. A scapito del sistema e della quantità di lavoro fatto. Perché più c'è da discutere, più c'è necessità ci confrontarsi, più le persone sono scontente e anche fanno riunioni autogestite per confrontarsi sui problemi, più ovviamente è tempo lavoro rubato ad attività diverse. E quindi può essere una risorsa, ma può essere anche un grosso vincolo questo fatto delle figure nuove” [Intervistata n. 16].

vogliono figure in parallelo che fanno cose diverse. E che sono ugualmente importanti, perché in un sistema che funzioni ci vuole un infermiere che faccia al meglio il suo, una segretaria al meglio il suo, il medico al meglio il suo. Quando il medico fa un po' il segretario, un po' l'infermiere non funziona. Io c'ho grande rispetto ovviamente per le altre professioni e penso che la chiave del tutto sia una buona collaborazione. Bisogna lavorare insieme [...]. [Il medico] Deve lavorare con le altre figure abbastanza in parallelo, cioè senza una grossa logica gerarchica [...]. Il medico che vuole lavorare da solo come unica figura professionale per me è finito, nel senso [...] è un presuntuoso che non va da nessuna parte. Il medico non può lavorare da solo [Intervistato n. 3].

In questo profilo si delinea un nuovo atteggiamento rispetto alla professionalizzazione delle figure non mediche: la lettura fatta da questi intervistati è di carattere decisamente positivo. L'avanzamento, a livello di conoscenze e di competenze, di questo personale non solo non è visto come una minaccia nei confronti della professione medica, ma è anzi auspicabile.

Ciò ha risvolti positivi sia dal punto di vista clinico che da quello dell'organizzazione: una più marcata divisione delle competenze fa sì che ogni figura professionale (sia essa medica, paramedica o anche amministrativa) faccia nel miglior modo possibile le attività che gli sono proprie e consente in tal modo di raggiungere un buon risultato in termini di cura del paziente.

L'allargamento dei confini della giurisdizione professionale infermieristica non solo non è percepita come una minaccia o come una mancanza di rispetto nei confronti dell'esperienza posseduta dal medico, ma è altresì letta in modo positivo. Demandare ad altre figure mansioni magari più semplici, o che richiedono meno responsabilità, permette al medico di concentrarsi su attività più complesse e che pertanto competono di più al suo ruolo. E ciò non può che avere effetti positivi anche in termini di qualità dei servizi offerti e anche di prevenzione dall'errore clinico.

Dal punto di vista dell'architettura delle relazioni lavorative all'interno del settore, si evince l'idea di una struttura non più gerarchica, come nel primo profilo, né reticolare, tipica del secondo profilo: l'idea è quella di una struttura orizzontale. Al suo interno, il medico non è visto come all'estremo di una piramide gerarchica, né come il centro che coordina il lavoro degli altri operatori facendo sì che lavorino al meglio.

In questo caso, la logica delle relazioni è orizzontale e le varie professioni sanitarie (compreso il medico) lavorano in parallelo, senza entrare nelle giurisdizioni professionali degli altri. Facendo una comparazione con il secondo profilo, dove le giurisdizioni professionali sono fisse ed è ritenuto auspicabile che non mutino per ragioni cliniche ed organizzative, in questo terzo profilo le giurisdizioni sono passibili

di essere travalicate; ciò può anzi rappresentare un vantaggio in termini di miglioramento qualitativo e quantitativo del lavoro svolto.

Prevale l'idea di un professionista medico che non può pretendere di comandare o di coordinare il lavoro del personale sanitario, ma che lavora in parallelo con questo sia in ambito clinico che organizzativo, confrontandosi con l'infermiere, nel primo caso, o con il coordinatore infermieristico, se si tratta invece di questioni di organizzazione del lavoro all'interno della struttura. E, nell'interfacciarsi con queste figure, non può mai pretendere di porsi dal punto di vista di un superiore e di organizzare il loro lavoro; è visto invece come una parte, seppure tra le più importanti, di un processo lavorativo coordinato, finalizzato a fornire buone prestazioni in termini di salute della popolazione e di efficienza organizzativa.

All'interno di questa struttura orizzontale, ad ogni categoria è riconosciuto il diritto di gestire in modo autonomo la propria professionalità in una logica che è finalizzata all'azione concertata con tutti gli altri attori presenti nella struttura. Ogni gruppo omogeneo di lavoratori è quindi ritenuto capace di gestire la propria professionalità, sempre nei limiti della logica cooperativa che muove la "macchina" della sanità. Una logica, questa, che non necessita di essere imposta o controllata dall'alto (né da una figura centrale medica⁴²), ma deve essere il risultato di una grande azione di auto-organizzazione, che si dà a partire dalla capacità di coordinamento dal basso attribuita alle varie categorie.

Quindi, nell'ottica di questo spirito collaborativo di fondo, ogni professione da un lato si autogestisce in modo autonomo; dall'altro, è disposta a cooperare con le altre, facendo leva su uno spirito collaborativo che è in qualche modo implicato nell'essere parte dell'organizzazione. Nella visione degli intervistati, anche il medico, quando si tratta di questa dimensione cooperativa del lavoro, non può pensare di operare in modo totalmente autonomo, ma deve adeguarsi ad agire di concerto con altro personale sanitario, stando attento a non porsi da un punto di vista gerarchicamente superiore nei loro confronti⁴³.

⁴² "Non sta già più succedendo così, eh. Che rimane centrale [*la professione medica*]. Su tanti aspetti le professioni si coordinano da sole. Sugli aspetti più tecnici" [Intervistato n. 15].

⁴³ "Penso che sia un po' sorpassata l'idea del medico che sta sopra [...]. Per cui è più una collaborazione che non una gestione, cioè diciamo un ruolo piramidale; lo vedrei così in questo momento" [Intervistata n. 22].

Tabella 11. La professionalizzazione del personale sanitario

| | <i>Professionalizzazione personale sanitario</i> | <i>Struttura lavorativa</i> | <i>Posizione del medico</i> |
|------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <i>Primo profilo</i> | Resistenza | Gerarchica | Dominanza |
| <i>Secondo profilo</i> | Apertura parziale | Reticolare | Centralità (non dominante) |
| <i>Terzo profilo</i> | Accettazione convinta | Orizzontale | Paritaria rispetto alle altre |

4.5.3 Il livello analitico personale

La dimensione delle motivazioni e quella della conciliazione sono state inserite nel livello di analisi che riguarda le conseguenze della professione sulla vita personale. Sono infatti dimensioni non collegate in modo diretto con la dimensione lavorativa specifica e con quella organizzativa, e costituiscono una parte importante dell'identità professionale medica.

Le motivazioni

La dimensione delle motivazioni è stata indagata facendo ricorso a quattro profili motivazionali [Speranza, Tousijn e Vicarelli 2008]: altruismo e ideale di servizio (“orientamento altruistico”), interesse scientifico (“orientamento scientifico”), motivazioni economico-strumentali (“orientamento economico/strumentale”) e motivazioni familiari (“orientamento tradizionale”).

Altruismo ed interesse scientifico, unitamente alla generica passione per la professione, considerati congiuntamente, sono stati ricondotti al concetto weberiano di “vocazione” (*Beruf*), in quanto comprende la passione o “intima vocazione” che dà valore alla professione (lo spirito di altruismo) e, al contempo, la specializzazione scientifica che muove chi la esercita [Weber 1997, 42-43]. Questa individua i fattori “intrinseci” della professione medica, cioè che non hanno a che fare direttamente con il *corpus* di conoscenze teoriche [Speranza 1992]. Gli aspetti “estrinseci” alla professione individuano invece una prospettiva strumentale, che comprende la volontà di accedere ad uno status sociale più elevato, ad una discreta gratificazione economica e di sfruttare le possibilità date dall'essere a stretto contatto con medici per la presenza di queste figure tra i parenti più stretti.

Per quanto concerne la prospettiva vocazionale, si riscontra, nella maggior parte dei casi oggetto di studio, che la motivazione prevalente è la forte passione, la “chiamata” (*calling*) a fare il medico percepita sin dalla tenera età, unita allo spirito altruistico:

È stata proprio la passione [...], proprio l’idea di fare il medico fin da piccolina [...]. Cioè, non avevo altro indirizzo da scegliere, perché era una passione sin da piccola. Ho iniziato le elementari pensando che un domani avrei fatto il medico. Me lo ricordo molto bene perché l’ho proprio pensato. È stata una motivazione forte, senza che ci fossero assolutamente ambizioni da parte familiare o altro assolutamente. Una cosa mia [...]. Perché è una passione, è personale [Intervistata n. 2].

Mi è sempre interessato. Raccontano che a quattro anni io dicessi che avrei fatto medicina [...]. Quindi è un’idea forse, non lo so, che è nata insieme con me [Intervistata n. 23].

La professione medica non è un mestiere: non si fa per soldi. Non rifiuta mai orari doppi. Essa è cura amorevole e compassionevole del paziente [Intervistato n. 25].

Si rileva che la “chiamata” che ha indotto questi intervistati ad intraprendere gli studi di medicina è la forte passione che hanno avvertito sin dalla più tenera età in essa è insito un elemento “istintuale” [intervistata n. 22], quasi innato, che sembra appartenere alla natura del soggetto rispondente. La “molla” che induce a diventare medico è individuata in questo caso in una sorta di “illuminazione” [intervistato n. 25], che chiama in causa la ferma volontà di rendersi utili all’umanità aiutando il prossimo che vive una situazione di difficoltà.

La passione non trova riscontro in motivazioni di tipo sistematico e razionale, ma in una “predisposizione” [intervistata n. 6], intimamente sentita e difficile da argomentare. Si rileva in questo caso uno degli aspetti cui pare essere legato all’aspetto vocazionale, ossia quello dell’orientamento altruistico richiamato sopra, che viene collegato al concetto di medicina come “missione”. È questo l’ideale di servizio che la sociologia delle professioni di stampo funzionalista aveva legato al concetto classico di professione⁴⁴ e che trova riscontro nell’idea di professione medica come “missione” [intervistata n. 8].

In alcuni casi, lo spirito di servizio emerge da una cornice leggermente più incerta, seppur connessa ad una vaga predisposizione di fondo, e lascia quasi intendere che questo sia una sorta di “appiglio” su cui far leva per spiegare le proprie scelte. E la

⁴⁴ In riferimento a questo si veda il primo capitolo.

spinta della “missione” medica, l’aiuto del prossimo, è ciò che dissipa i dubbi e convince a continuare per quella strada⁴⁵.

L’altro profilo motivazionale riconducibile alla “vocazione” in senso weberiano è quello dell’interesse scientifico per la materia:

Io ho fatto il liceo classico. Dopo il liceo classico avevo interesse scientifico per la professione. Non per motivazioni umanitarie o missionarie perché, allora, ci sono dei luoghi comuni che vanno sfatati nella carriera del medico: il medico, diciamo, è un professionista in un ramo scientifico come lo è l’architetto, come lo è l’ingegnere e così via [Intervistata n. 21].

La volontà di approfondire la conoscenza può essere legata alla preferenza per le materie scientifiche maturata nel corso della frequenza delle scuole medie e superiori ed è associata ad una visione del medico come specialista in un ambito prettamente scientifico, più che soggetto mosso da un *ethos* volto al bene degli altri o a quello dell’umanità in genere.

Questo profilo motivazionale sottolinea un aspetto più “egoistico” della professione: l’interesse personale per la materia ed i suoi presupposti scientifici. Sono esclusi moventi di altro tipo, come lo spirito di servizio e gli interessi di carattere economico.

Diversamente, il movente scientifico può esser sempre legato alla finalità pratica di migliorare lo stato di salute delle persone, lasciando però quantomeno in secondo piano l’orientamento altruistico e di servizio per la collettività:

Era da qualche anno, dai primi anni del liceo che ero interessato all’ambito medico e mi piaceva l’idea di migliorare lo stato di salute delle persone. Ecco, in generale solamente questo. Avevo qualche parente medico, sicché avevo un’idea di cosa voleva dire far medicina, ma non ho scelto medicina per influenza dei parenti medici [Intervistato n. 3].

Passando ora alla prospettiva che abbiamo denominato strumentale, che comprende le motivazioni estrinseche alla professione, si riscontra *in primis* una minore presenza di questi fattori nelle risposte degli intervistati.

⁴⁵ “Mah, a dire la verità all’inizio non ero molto convinta. Poi diciamo le motivazioni che mi hanno fatto continuare è proprio il discorso della missione medica. Quindi dell’aiuto del prossimo. La mia famiglia mi ha molto supportata. Avevano piacere che facessi una facoltà scientifica anche per motivi di futuro lavorativo” [Intervistata n. 18].

Possibilità di lavoro, gratificazione economica e comunque un corso di studi che era vicino alla mia città, che mi permetteva di non fare lo studente fuori sede. Questa è la più importante [...]. Io sono di origine pugliese e quindi ero con un clan di conterranei, compaesani a Firenze e si prendeva prevalentemente medicina o architettura. Si fece il pieno di queste due facoltà, all'epoca. Eh, insomma, uno pensa anche che sia necessario trovare lavoro [Intervistata n. 13].

La scelta di diventare medico mostra in questo caso il suo aspetto strumentale, individuabile nelle possibilità di ascesa sociale che essa dischiude e a quelle di maturare discreti guadagni in termini monetari: può trarre origine dallo status sociale e dalla provenienza geografica della famiglia di appartenenza. Possono poi intervenire anche variabili di natura organizzativa come la possibilità di studiare da pendolare, riducendo le spese rispetto ad uno studente fuori sede, unite anche all'influenza delle scelte di persone provenienti dal medesimo contesto geografico ed alla possibilità di ottenere un buon lavoro dopo gli studi ed un discreto stipendio.

Passando al movente dell'appartenenza familiare, invece, interviene in modo abbastanza forte il fattore della "desiderabilità sociale" delle risposte: la famiglia, infatti, viene spesso citata, ma mai come unico movente nell'orientare la scelta: è questo un aspetto più latente che manifesto, che lascia intendere quasi una sorta di ritrosia ad ammettere l'appartenenza ad una famiglia di medici o comunque la provenienza da un ambiente legato alla sanità:

All'epoca la passione. Mi piaceva come professione. Mio nonno era medico, altri due miei zii erano medici. Diciamo c'era una certa tradizione [Intervistato n. 17].

Per [...] il grande amore che avevo veramente per questa branca. Forse anche per le conoscenze che avevo perché, insomma, provengo da una famiglia di medici. E quindi ho cominciato già da ragazzina a conoscere la medicina e la chirurgia, che mi hanno indotta a fare questa poi anche all'università [Intervistata n. 10].

In alcune delle interviste ricondotte a questo profilo, l'appartenenza ad una famiglia di medici affiora in seconda battuta, introdotto in modo incerto, dopo aver sottolineato in prima istanza come la molla sia stata rintracciata nella profonda passione e nell'amore per i capisaldi della professione. Tale tendenza è imputabile in una certa misura al fatto che il senso comune tende a legare l'appartenenza familiare ad una facilitazione in vista dell'intrapresa della professione medica.

In molti casi, si rileva che non esiste un'unica motivazione che ha indotto a diventare medico. Sussiste piuttosto una molteplicità di motivazioni:

Interesse in generale per il corpo umano; fare una professione di aiuto, anche. Interesse scientifico per il funzionamento del corpo umano. Prima motivazione. E poi l'idea di fare una professione di aiuto [Intervistata n. 14].

Vede, io ho vissuto in un'epoca in cui il medico rappresentava o perlomeno personificava tutti i valori morali. Nei paesi il medico era quello più retto, più buono, che aiutava. E quindi fui sollecitato da questo a scegliere medicina. In casa avevo un fratello che era medico e quindi fu facile iniziare anch'io a medicina [Intervistato n. 20].

Nella ricostruzione di alcuni intervistati, i profili visti fino ad ora tendono a combinarsi, dando vita a motivazioni di carattere misto: l'interesse scientifico può unirsi allo spirito altruistico, e quindi la volontà di aiutare gli altri, e alla presenza di medici in famiglia. Fattori personali, come l'indole altruistica e l'orientamento verso certe materie piuttosto che altre, si può unire a fattori di socializzazione e contatto stretto con medici in famiglia o tra i parenti più stretti.

In definitiva, si è osservato che la prospettiva vocazionale è decisamente quella maggioritaria tra gli intervistati, rispetto a quella strumentale. Ciò è da ricondurre, come accennato, anche all'influenza del fattore della desiderabilità sociale, che induce molti medici ad enfatizzare le motivazioni ricondotte alla prima prospettiva piuttosto che alle altre. In secondo luogo, è utile specificare che le motivazioni che spingono ad intraprendere la carriera di medico sono di natura molteplice: spesso figlie di una commistione di fattori personali (predisposizione), familiari e sociali e pertanto risultato dell'unione di prospettiva vocazionale e strumentale. Di conseguenza, per molti degli intervistati è possibile parlare di una motivazione prevalente e non di un unico fattore che ha indotto alla scelta.

Tabella 12. Classificazione delle motivazioni ad intraprendere la professione

| <i>Prospettiva vocazionale (fattori intrinseci)</i> | <i>Prospettiva strumentale (fattori estrinseci)</i> |
|---|---|
| Passione | Ascesa sociale |
| Altruismo | Gratificazione economica |
| Interesse scientifico | Motivazioni familiari |

Il rapporto tra professione e vita privata

L'analisi del rapporto tra professione e vita privata è stata realizzata facendo ricorso al concetto di "sfera di vita" [Weber 1999]: in particolare è stato preso in considerazione il rapporto tra lavoro e vita familiare, che chiama in causa la questione della conciliazione e del bilanciamento (*work-life balance*) e della centralità o meno della professione. L'obiettivo cui è rivolto l'approfondimento di questa dimensione è duplice: comprendere quale sia centrale tra le due sfere considerate e quali strategie i medici mettano in atto per rendere armonico il "sistema famiglia-lavoro" [Pleck 1977].

La separazione tra famiglia e mercato del lavoro è stata organizzata intorno ad una rigida divisione sessuale dei ruoli in epoca fordista, che è entrata in crisi con l'ingresso in massa delle donne nel mercato del lavoro dagli anni Settanta in poi. Il genere, dunque, è stato considerato come una variabile altamente significativa nell'analisi di questa dimensione.

Una prima tendenza riscontrata dalle interviste è quella di mettere al primo posto la sfera professionale soprattutto agli inizi della carriera, quando non si ha una famiglia o comunque le sue esigenze non sono ancora tali da richiedere sacrifici in termini lavorativi. Si tratta di una centralità della professione "ad intermittenza", che dipende dalla fase del ciclo di vita dei soggetti.

[*La professione*] è centrale. Allora diciamo: è il mio obiettivo centrale. Quello sì. Ma perché non ho una famiglia mia. Vabbè nel senso: i genitori ci sono, quello sì. Però l'obiettivo è quello: è il lavoro. Cioè, devo ancora arrivarci. In quel senso [Intervistata n. 6].

La scelta di privilegiare la sfera professionale rispetto a quella privata caratterizza la prima fase della carriera delle professioniste; ciò è dato anche dal fatto che, a motivo della giovane età, non hanno ancora costruito una propria famiglia e tendono a volersi prima affermare in ambito lavorativo, non avendo ancora esigenze pressanti nella sfera privata.

Questo *trend* trova riscontro nella ricostruzione operata dalle professioniste più esperte, che hanno raggiunto una certa stabilità e che si sono già affermate dal punto di vista professionale:

Sicuramente ho privilegiato la professione per tanti anni [...]. Mi sono bloccata e ho riflettuto dicendo: privilegiamo forse la famiglia? E allora ho ridotto l'orario di lavoro. Questa è stata la mia scelta. Ho chiuso gli ambulatori privati che

facevo, perché prima facevo non solo questo, ma anche lo studio privato [...]. Ho lasciato perdere anche delle ore qui, nella struttura. Ho accettato di chiedere una riduzione di orario, che mi è stata accordata [...]. Però ti accorgi che da giovane privilegi la professione, senza trascurare la famiglia; non è che uno la trascura, ma insomma la privilegia. Quando arrivi ad certo punto della vita capisci che forse non è giusto aver privilegiato solo il lavoro e quindi rifletti in un'altra maniera. E credo questo sia il discorso della vita: quando siamo giovani si hanno altre idee [...]. Quando invece macini visite, persone, tutto il tuo lavoro [...] corri, corri, corri, però non ti accorgi che, pur cercando di non trascurare tutto il resto, ma in realtà lo trascuri. I rapporti familiari sono ottimi, però allo stesso tempo ci sei meno, ascolti meno, partecipi di meno [Intervistata n. 2].

La centralità o meno di una sfera piuttosto che dell'altra procede per fasi: dipende dai momenti particolari del ciclo di vita: durante la gioventù viene privilegiata la professione, che rappresenta l'obiettivo centrale, fonte di identità e di senso sulla quale far leva per costruirsi un futuro e per autorealizzarsi. Nel momento in cui le intervistate creano una famiglia propria, sorge il problema annoso della "doppia presenza" [Balbo 1978], che trova conferma nella scelta di privilegiare la famiglia, ad esempio di ottemperare ai maggiori bisogni di cura di figli piccoli.

Chiaramente, la scelta di privilegiare la sfera professionale trae origine dal fatto che le traiettorie individuali di vita devono ancora prendere forma. L'aver una famiglia propria mette di fronte a problematiche non banali:

All'inizio è stata durissima, perché avendo i figli piccoli [...] uno cerca di stornare le cose in maniera che possa far fronte anche alla famiglia. Però i primi tempi è stata durissima perché devi conciliare la tua vita con la vita di famiglia, dove ci sono dei figli. Quindi quello è stato difficile per gli orari. Perché gli orari sono tassativi. Te non puoi dire: va bene, io non posso venire la mattina, spostato il mio ambulatorio al pomeriggio, lo faccio comunque. Non puoi perché magari il pomeriggio c'è un altro specialista [...]. Patisci sulla tua pelle, perché ti fai del male: sei sempre a rincorrere un orario, cosa che non fai quando arrivi ad un certo punto della vita, che hai tutte persone adulte a casa. Non è un ostacolo perché è creato dalla famiglia, ma è un ostacolo che è creato dal fatto che hai una famiglia, quindi loro non vogliono esser trattati da ostacolo, ma diventa un piccolo ostacolo perché devi organizzare la vita familiare anche. E il lavoro sulla base della vita familiare, però gli orari qui sono inamovibili, non è uno studio privato che lo puoi stornare come vuoi [Intervistata n. 2].

Il modello classico della donna come *caregiver* principale della famiglia trova conferma e la "doppia presenza" rende molto arduo conciliare due sfere di vita che sono considerate parimenti centrali e significative. Il tentativo è quello di organizzare il lavoro familiare e quello extrafamiliare sulla base delle esigenze di entrambi, senza privilegiare una delle due sfere.

Nonostante varie forme di presa di coscienza, forme di equidistribuzione tra generi dei compiti di cura sono molto rari e dovuti, nella più parte dei casi, a cause di forza maggiore e contingenze varie [Salmieri 2006]. Per gran parte delle donne medico intervistate, trova conferma il modello per cui queste sono costrette a barcamenarsi tra professione e lavoro familiare e di cura, figlio di un modello culturale e di *welfare* ancora tendenzialmente familista [Esping-Andersen 2000].

Ciò che emerge in prima istanza dalle interviste è la conferma del fatto che il problema della conciliazione è più presente nella fase in cui i bambini sono piccoli e le necessità di cura sono più stringenti: permane insomma la rappresentazione che dà per scontata la presenza della madre lavoratrice come prima responsabile del lavoro di cura⁴⁶, rappresentazione che spesso è palesata dalla visione delle stesse donne [Naldini e Saraceno 2011].

Dalle interviste si rileva che spesso quella di lavorare sul territorio costituisce una vera e propria strategia di conciliazione:

L'ospedale chiaramente implica uno sforzo maggiore nel lavoro. Ti spiego: nel senso che se devi fare 24 ore, sono 24 ore in ospedale. Qui chiaramente ti puoi organizzare di più con la famiglia, hai capito? Per me l'ospedale non è conciliabile con la famiglia. Tant'è vero che mi è saltato il primo matrimonio: tra me e mio marito non si ci vedeva mai. I figli sono cresciuti con varie *baby sitter* e questo non è neanche giusto, insomma. Ci vorrebbe una conciliazione tra il lavoro e la famiglia [Intervistata n. 9].

La scelta di operare sul territorio rappresenta dunque un modo per riuscire a vivere maggiormente la vita privata e, in particolare, per essere maggiormente presente nella vita familiare poiché garantisce una maggiore libertà e possibilità di destreggiarsi tra tempi di vita familiare e tempi di lavoro, poiché è vissuta come meno fagocitante dell'ospedale in termini di orari e di carico di lavoro. In questi casi la professione, prima vissuta come fulcro della propria esistenza, assume più la visione di un "impiego", un'attività che non esaurisce l'intera esistenza del soggetto e che lascia spazio ad altre sfere, soprattutto a quella familiare.

Il modello che privilegia la professione in quanto tale rispetto alla vita privata trova riscontro in rari casi:

⁴⁶ "Io ho sempre privilegiato la famiglia, perché ritengo che se una donna decide di mettere su una famiglia - visto che al giorno d'oggi non la obbliga nessuno, ha la sua indipendenza finanziaria e non è costretta a sposarsi come facevano in passato perché sennò restava zitella a carico dei familiari [*ride*] - deve dare una preminenza a quella". [Intervistata n. 23]

Se uno fa il medico, prima viene il medico. Se uno fa l'impiegato, no. Quindi quando te eserciti la professione, tu sei in un'area tutta tua [...]. La famiglia viene dopo. Lo spazio te lo crei dopo [...]. Come in tutte le cose bisogna trovare l'equilibrio giusto [...]. Ma si trova. Però al lavoro che si fa bisogna volergli bene. È quello che guida tutto il resto, capito? E poi il medico è una persona un po' speciale, perché [...] mi può capitare che mi telefona a casa uno, che un so neanche chi è e che ho visto nell'ambulatorio. E mi telefona chiaramente all'ora di pranzo, un pochino ti indispono. Perché tu sei lì a mangià la minestra, a fà due parole col figliolo, però te tu ti ricordi subito dopo che tu fai il medico [...]. In linea generale è un po' come il carabiniere: il carabiniere è carabiniere 24 ore su 24. Te tu sei in servizio 24 ore su 24 [Intervistato n. 5].

In questo caso, la professione risente qui del modello tradizionale: fare il medico non è un lavoro come un altro. Un medico è tale anche quando non è in servizio ed è disponibile per i suoi pazienti in qualunque momento, secondo una visione paternalista che è però sempre meno diffusa. Anche la vita familiare deve piegarsi a questa centralità della professione, che è ciò che più di ogni altra cosa conferisce significato all'esistenza del medico e la rende degna di essere vissuta. Sfera professionale e sfera privata possono convivere, ma la prima ha la precedenza in virtù del valore assoluto che le viene attribuito, che non lascia spazio a compromessi.

Al contrario, altri medici tendono a separare completamente la sfera lavorativa da quella privata:

Io scindo completamente le due cose: io quando esco dal mio posto di lavoro, che timbro l'uscita, non voglio rotture di scatole, non voglio sapere niente. Punto. Qualche volta non ci riesco perché bene o male ti porti dietro magari una situazione particolare, quindi pensi come puoi risolverla, però son rare. In genere scindo completamente le due cose e non permetto che una delle due possa invadere l'altra [...]. Il lavoro è importante perché ti permette di fare qualcosa che ti piace nella vita privata. Quindi tutti e due hanno la loro importanza, sicuramente [Intervistato n. 17].

Il problema di conciliare qui non sussiste, o comunque sussiste in modo molto edulcorato: sfera privata e sfera professionale sono scindibili e possono viaggiare parallelamente. La professione non è vista come fagocitante *in toto*, né dovrebbe esserlo; diviene più un impiego che una professione, un elemento che è funzionale alla vita privata. Se nel caso del gruppo precedente è un fine in sé, qui è un mezzo funzionale a vivere al meglio la propria vita al di fuori della professione. Non c'è un livello prevalente: nella sfera professionale prevale il lavoro, in quella privata prevale ciò che non riguarda il lavoro.

Il lavoro è in questo caso un mezzo di valore sociale ed anche espressivo: consente di dare libertà alla propria professionalità e di vivere al meglio gli altri aspetti dell'esistenza, senza invaderli. E' solo uno degli ambiti di formazione dell'identità individuale, insieme a quelli, altrettanto importanti, presenti nelle altre sfere di vita: “a me non piace essere un uomo a una dimensione. Vedi, anche per questo io non ho fatto il medico di base; perché io volevo fare il mio orario e nella vita privata essere qualcos'altro” [Intervistato n. 4]. Vivere unicamente della propria professione viene considerato come limitante: esistono altre sfere di espressione e costruzione dell'identità umana e la professione medica può convivere con queste senza essere preminente.

In conclusione, si riscontra che la variabile del genere risulta essere la più significativa per analizzare la questione della conciliazione: sono poche le donne che riescono a conciliare senza problemi sfera professionale e privata, a motivo della pervasività della rappresentazione per cui ad esse è demandata gran parte del lavoro familiare e di cura. Le donne tendono dunque a privilegiare la professione nella fase che precede la formazione della famiglia, per poi cercare strategie conciliative nel periodo successivo. Questo è spiegato anche dalla presenza di un modello di *welfare*, quello “conservatore”, basato sulla familizzazione dei rischi sociali e su una sovra-responsabilizzazione della donna per quanto concerne il lavoro di cura [Esping-Andersen 2000].

In secondo luogo, si rileva che la sfera professionale è considerata centrale ed influente anche sulle altre sfere solo in un numero molto ristretto di casi. Sembrano invece aprirsi margini, come riscontrato nella maggior parte delle interviste, per una conduzione parallela delle due sfere e per la loro completa separazione in vista di un'armoniosa convivenza in cui la professione ha perso la sua centralità e permane come sfera di costruzione della personalità al pari delle altre sfere di vita [Jones e Green 2006].

4.6 Tre idealtipi di medico specialista territoriale

In questo paragrafo finale del capitolo, tratteremo un bilancio dei risultati dell'analisi delle interviste, delineando le caratteristiche di tre idealtipi di medici. L'analisi congiunta del livello professionale e di quello organizzativo ha consentito infatti di individuare tre idealtipi di medico operante a livello di strutture territoriali: il medico “tradizionale”, il medico “liminale” ed il medico “aziendalizzato”.

Questi idealtipi sono stati concettualizzati a partire dalla combinazione dei profili individuati in riferimento a ciascuna dimensione, che permettono di rilevare una triplice risposta data dai medici al mutamento organizzativo introdotto dalle riforme. Si collocano su un *continuum* che comprende ad un estremo le caratteristiche del “professionalismo occupazionale” che richiamano il modello di professionismo classico e, all’altro estremo, quelle del “professionalismo organizzativo”, che denotano l’interiorizzazione dei presupposti introdotti con le riforme del sistema sanitario.

Tali idealtipi, per definizione, costituiscono dei concetti limite non ravvisabili in forma pura nella realtà oggetto del nostro studio: accentuano alcune istanze emerse dalla parte empirica per estrapolarne elementi caratteristici⁴⁷. Sono dunque degli strumenti di valore euristico, che possono costituire un riferimento significativo, ma non esaustivo, per “leggere” il contesto studiato e gli attori sociali che vi agiscono.

Prima di delineare le caratteristiche dei tipi ideali di medico, è utile fare due precisazioni. In primo luogo, ogni idealtipo mostra precise caratteristiche in relazione alle singole dimensioni, eccetto quella del rapporto con la dirigenza, che lascia intravedere, per i motivi visti nel paragrafo relativo a questa dimensione, solo due tipologie di reazione. In secondo luogo, si è ritenuto opportuno non prendere in considerazione le dimensioni attinenti al livello denominato “personale” per una duplice ragione: *in primis*, esse non fanno parte dell’obiettivo della ricerca, che riguarda l’intreccio tra professione ed organizzazione alla luce di un cambiamento che coinvolge quest’ultima; in secondo luogo, i tipi di medico sono figli di questo intreccio e non si è voluto “forzare” eccessivamente quanto emerso dal duplice livello professione-organizzazione in categorie riguardanti anche la vita personale.

Il primo idealtipo è quello del medico “tradizionale”, che oppone una marcata resistenza ai processi di mutamento in senso aziendalistico della sanità: lo specialista ambulatoriale in senso classico enfatizza la necessità di seguire logiche prettamente cliniche e rimarca l’esercizio dell’autonomia nel quotidiano come precipua caratteristica del medico. Viene in tal caso percepito un conflitto tra professionalismo classico e logica *business-driven*. Tali medici si caratterizzano per essere portatori di quella

⁴⁷ “Eso [il tipo ideale] è ottenuto mediante l’accentuazione unilaterale di uno o di alcuni punti di vista, e mediante la connessione di una quantità di fenomeni particolari diffusi e discreti, esistenti qui in maggiore misura e là in minore misura, e talvolta anche assenti, corrispondenti a quei punti di vista unilateralmente posti in luce, in un quadro concettuale in sé unitario. Nella sua purezza concettuale questo quadro non può mai essere rintracciato empiricamente nella realtà; esso è un’utopia” [Weber 1974, 108].

subcultura da “*clinical purist*” [Martinussen e Magnussen 2011], i cui principali elementi sono esposti nel capitolo terzo. Questo idealtipo si caratterizza per essere legato ad una concezione classica della professione, estrinsecantesi in un’etica professionale orientata dai presupposti del giuramento di Ippocrate e nell’esercizio incondizionato di autonomia professionale nel proprio operato quotidiano.

La loro identità professionale è avvinta ai presupposti del “professionalismo occupazionale” [Evetts 2010] e la prospettiva del processo di aziendalizzazione della sanità è espunto dalla loro *forma mentis*. Ricoprono ruoli strettamente clinici (di ambulatorio) e, generalmente, sono di età medio-alta, anche se ciò non toglie che certe istanze tradizionali emergano anche nei medici più giovani.

Il medico tratteggiato in questo idealtipo assume la propria coscienza e la professionalità come criteri principali di azione nella pratica quotidiana e si oppone ad ogni tentativo di indirizzare o controllare il proprio operato da parte della dirigenza o delle Linee Guida. La professione è vissuta come una missione: il rapporto col paziente rappresenta il centro della professione ed il perseguimento della salute è considerato l’unico obiettivo che muove l’azione del medico. Per raggiungere tali obiettivi, fa leva su competenze di carattere unicamente clinico ed alimenta la propria competenza con corsi di aggiornamento riguardanti la sua branca specialistica. Il rapporto con il paziente è di natura personale e fiduciaria, segnato da un marcato paternalismo, motivato dalla insuperabile asimmetria informativa che vige tra medico e paziente.

L’architettura organizzativa del lavoro in ambito sanitario è vista come una struttura gerarchica, in cui il medico ricopre “naturalmente” una posizione dominante e detiene il diritto di coordinare il lavoro delle altre figure sanitarie, con le quali esistono giurisdizioni professionali fisse ed immutabili. Il processo di aziendalizzazione della sanità è recepito in modo molto critico e negativo: la dirigenza è considerata altamente politicizzata e le sue azioni sono vissute come forme di ingerenza inaccettabile nei confronti del professionalismo della categoria. Prevalde, pertanto, la resistenza nei confronti delle direttive del *management*, che viene delegittimato *in toto* a motivo del suo carattere altamente politicizzato e per la mancanza di responsabilità rispetto alle richieste della parte medica.

L’idealtipo del medico “liminale” è invece una figura che si colloca al centro del *continuum* sopra definito; è un elemento di confine, in transizione tra la permanenza del modello classico e quella del professionista aziendalizzato, una sorta di figura ponte tra “professionalismo occupazionale” e “professionalismo organizzativo”.

La subcultura che caratterizza questo medico presenta alcuni tratti dei “*clinical purists*” ed altri dei “*financial realists*” [Martinussen e Magnussen 2011]: il sistema di valori di fondo rimane vincolato avvinto all’immagine classica del medico, per cui il processo di aziendalizzazione viene percepito come radicalmente estraneo e l’intreccio tra logiche istituzionali viene vissuto come totalmente dicotomico. La tensione tra questa duplice dimensione di significato si sostanzia in un agire professionale che spazia dall’adeguamento rassegnato alle istanze organizzative alla rivendicazione di nicchie di azione in cui applicare i valori del professionalismo occupazionale. L’onere di operare una negoziazione tra queste due costellazioni di significati ricade sul singolo professionista e si dispiega in una pluralità di livelli e di modalità di integrazione.

L’adeguamento alle innovazioni presenta vari livelli di accettazione: alcuni medici palesano una certa perplessità riguardo ad una professione che, nella loro visione, risulta snaturata e svilita dall’introduzione delle nuove logiche di lavoro; altri, invece, si adeguano in modo più convinto, pur nella consapevolezza del carattere vincolante del mutamento. Questi medici si collocano dunque in posizioni differenti del *continuum* individuato, palesando diversi livelli di adeguamento al mutamento organizzativo: alcuni si posizionano in prossimità del vertice individuato nel medico tradizionale, altri invece sono più vicini al vertice opposto, quello del medico aziendalizzato. Non vi è una ricezione uniforme a livello di pratiche e di vissuti. Il rapporto tra professione ed organizzazione non è visto come conflittuale, ma divergente: professionalismo occupazionale e professionalismo organizzativo sono logiche parallele, che possono convivere, anche se non sempre in modo armonioso.

Nella pratica quotidiana, questo medico si prodiga nel tentativo di conciliare le esigenze del paziente con quelle organizzative (tempi e costi), vivendo spesso una sorta di conflitto interiore, figlio di quelle che sono vissute come “logiche istituzionali” differenti. Globalmente, la strategia rilevata è quella della “riduzione” [Tousijn 2013] dei principi del mutamento: l’accettazione di quanto imposto dall’esterno (direttive organizzative e Linee Guida cliniche) è parziale. L’adeguamento non è mai totale e non è mai del tutto convinto.

Per quanto concerne la reazione rispetto al cambiamento organizzativo, si registra un ruolo significativo della variabile dell’età: i medici più esperti reagiscono mediante acquiescenza, adeguandosi passivamente a direttive che tutto sommato non considerano legittime; quelli più giovani mostrano una maggiore consapevolezza della necessità che certe pratiche siano in qualche modo regolate ed incanalate in una certa direzione.

Permane l'idea di un'ingerenza da parte dell'organizzazione nei confronti del professionalismo medico. La diversa modalità di recepire il mutamento è spiegabile con il fatto di essere stati socializzati nel sistema formativo ed in contesti lavorativi precedenti e posteriori rispetto alle riforme, in cui l'introduzione degli strumenti del *New Public Management* rappresenta una svolta non di poco conto. L'agire medico delineato da questo idealtipo si sviluppa in relazione ad una combinazione di competenze cliniche, comunicativo-relazionali ed organizzative. L'integrazione tra queste distinte sfere di significati rimane però parziale, contingente e percepita come totalmente a carico del singolo medico.

L'asimmetria informativa tra medico e paziente non è data a priori: il medico deve essere capace di operare del distinguo tra i pazienti che si rivolgono a lui, evitando di porsi da subito secondo una visione paternalista che spesso può essere controproducente a livello di relazione e di rapporto terapeutico. Anche la relazione con le altre professioni sanitarie perde il suo carattere gerarchico e verticale, ma palesa altresì una forma reticolare, in cui il medico coordina il lavoro in quanto figura centrale, ma gli altri attori possono operare in parziale autonomia, in virtù della dignità professionale che è loro riconosciuta. Il medico non ricopre una posizione di superiorità: questi è piuttosto un catalizzatore di informazioni, in virtù della sua posizione centrale nella rete delle professioni sanitarie.

L'idealtipo "liminale" legge in modo duplice il processo di aziendalizzazione: ne sottolinea gli aspetti positivi con riferimento alla necessità di controllare l'aspetto economico delle prestazioni e di organizzare meglio la sanità in generale, ma ne pone in rilievo anche gli aspetti negativi, come la permanenza dell'elemento politico nel *management* e quella di elementi di deresponsabilizzazione della dirigenza.

Il terzo idealtipo, quello del medico "aziendalizzato", si colloca infine all'altro vertice del *continuum*, estrinsecando forme di "cooptazione" [Tousijn 2013] rispetto alle istanze del mutamento. Dal punto di vista della subcultura, questo medico è un "*financial realist*" [Martinussen e Magnussen 2011]: non ha solo fatto propria l'esigenza di tenere sotto controllo certi aspetti della professione medica da parte dell'organizzazione, ma ha interiorizzato questi assunti in modo da renderli parte di una nuova etica professionale. I principi del mutamento diventano la base per un nuovo approccio alla professione, anche dal punto di vista deontologico [Vicarelli 2012].

Nella pratica quotidiana, questo idealtipo fa ricorso a strumenti clinici standardizzati come le Linee Guida e quello delle direttive organizzative, che rendono più efficaci ed

efficienti le prestazioni fornite. I valori guida sono quelli dell'appropriatezza e dell'efficienza nell'ambito della cura del paziente. Si assiste ad una logica di lavoro "ibrida" [Evetts 2011a], per cui le logiche professionali e quelle organizzative si integrano per raggiungere i medesimi obiettivi. L'aspetto organizzativo non è vissuto come una forma di ingerenza, ma diviene parte della deontologia professionale. La relazione medico-paziente rappresenta una forma di *partnership*, un processo paritario di coproduzione di salute e l'idea di paziente come soggetto informato viene concepita come un valore, anziché come un elemento di criticità. Allo stesso modo, anche la professionalizzazione del personale sanitario viene vista di buon grado: i rapporti interprofessionali sono orientati da una logica cooperativa, all'interno di una struttura orizzontale in cui nessuna figura opera in modo da esercitare autorità sulle altre: in questa visione, il concetto di "dominanza medica" appare del tutto superato. Il processo di aziendalizzazione è letto in modo positivo: viene associata ad una forma di gestione aziendalistica che concede maggiori spazi a pratiche efficienti ed efficaci e garantisce maggiore qualità e sostenibilità del settore sanitario.

Il terzo ed il secondo idealtipo, come anticipato, sono contraddistinti dalla medesima concezione del rapporto con la dirigenza: viene letta una parziale apertura al confronto, ma il carattere imperativo delle direttive non lascia spazio a forme di negoziazione o compromesso. Le decisioni del *management* sono imposte da livelli istituzionali più elevati (Regione, Ministero, Comunità Europea) e certe richieste non possono pertanto essere recepite.

Una variabile rilevante nell'ambito del terzo idealtipo è quella del ruolo organizzativo: i medici con ruoli dirigenziali (medici manager) mostrano, in certi casi, come l'accettazione delle innovazioni sia talmente ampia che il medico manager si rivela più "manager" che non "medico". Anche i medici con ruoli clinici danno prova di una presa di coscienza di ciò che rappresenta la sanità aziendalizzata e dimostrano come la figura del medico rinegozi i significati portanti della categoria professionale.

Il terzo idealtipo evidenzia come il rapporto tra professionalismo occupazionale ed organizzativo non sia più considerato come conflittuale (primo idealtipo) o divergente (secondo idealtipo): le due logiche istituzionali, quelle della professione e dell'organizzazione, possono infatti integrarsi senza configurarsi come un gioco a somma zero [Tousijn 2012; 2013].

Le differenti logiche di lavoro si intersecano dunque in modalità differenti e danno vita a forme di negoziazione e di rinegoziazione dell'identità professionale medica, che

sono legate alle innovazioni organizzative e coinvolgono da vicino l'*ethos* professionale del medico, che influisce sulle logiche di lavoro e sul modo di approcciarsi alla professione in tutti i suoi aspetti (pratici e deontologici).

Questi idealtipi individuano tre diverse modalità di essere medico nel sistema sanitario riformato e, pertanto, delineano tre logiche di azione professionale come risposta al processo di “mercificazione della sanità” [Doolin 2002]. In particolare, danno conto del mutamento di identità professionale che coinvolge la professione all’interno di un determinato ambito, quello territoriale dei Distretti socio-sanitari. Il mutamento coinvolge figure “classiche” come gli specialisti ambulatoriali e figure di confine come i medici con ruoli organizzativi (i medici dirigenti). L’aziendalizzazione a livello di territorio mostra dunque differenti modalità di recepire il mutamento e di fare proprie le istanze nella sanità aziendalizzata. La ricezione palesa un carattere poliedrico, che si sostanzia nei tre idealtipi di medico individuati.

Tabella 13. La triplice reazione della professione medica al processo di aziendalizzazione della sanità

| <i>Reazione</i> | <i>Logica dominante</i> | <i>Rapporto tra logiche</i> | <i>Idealtipo di riferimento</i> |
|-----------------|---|-----------------------------|---------------------------------|
| Resistenza | Professionalismo classico | Conflitto | Medico tradizionale |
| Riduzione | Mista (professionale ed organizzativa) | Divergenza | Medico liminale |
| Cooptazione | Ibrida (nuovo <i>ethos</i> professionale) | Integrazione | Medico aziendalizzato |

Tabella 14 . Tre idealtipi di medico specialista territoriale

| | Dimensione | Medico tradizionale | Medico liminale | Medico aziendalizzato |
|------------------------------|--|----------------------------|--------------------------------------|--|
| Livello professionale | <i>Pratica quotidiana</i> | Resistenza | Riduzione | Cooptazione |
| | <i>Significato professione</i> | Curare con coscienza | Curare secondo giurisprudenza | Curare con efficienza |
| | <i>Competenze</i> | Cliniche, comunicative | Cliniche, comunicative, burocratiche | Cliniche, comunicative, burocratiche, gestionali |
| | <i>Relazione medico-paziente</i> | Paternalismo | Asimmetria parziale | <i>Partnership</i> |
| | <i>Relazione con altre professioni sanitarie</i> | Dominanza medica | Centralità | Pariteticità |
| Livello organizzativo | <i>Riforme e aziendalizzazione</i> | Resistenza | Parziale apertura | Accettazione |
| | <i>Rapporto con dirigenza</i> | Delegittimazione | Accettazione passiva | |

CONCLUSIONI

Le riforme del sistema sanitario sollevano questioni rilevanti per la sociologia: il professionista medico ed i suoi criteri di azione all'interno di un contesto di *welfare* profondamente cambiato nei suoi presupposti, l'introduzione di dinamiche di mercato all'interno del settore pubblico ed il mutamento nelle modalità di lavorare e di rapportarsi con colleghi, pazienti ed altre professioni sanitarie.

Il problema di ricerca generale che ci siamo posti riguarda come le riforme e l'aziendalizzazione del sistema sanitario italiano influiscono sui modi di vivere, praticare e concepire la professione da parte dei rappresentanti della professione medica impegnati in ruoli clinici e dirigenziali a livello locale.

L'intreccio tra le differenti logiche istituzionali individuate nel professionalismo medico tradizionale e della *business-like healthcare* [Reay e Hinings 2009] ha permesso di individuare tre idealtipi di medico territoriale: il medico "tradizionale", il medico "liminale" ed il medico "aziendalizzato".

I risultati dell'analisi fanno notare come le modalità di reazione della professione medica alle riforme del Servizio Sanitario Nazionale siano molteplici e tra loro tendenzialmente differenti. Viene confermata l'idea per cui le professioni interagiscono di continuo con il loro ambiente di riferimento, con il quale sussiste un rapporto di influenza reciproca; non sono quindi elementi immutabili, ma recepiscono e traducono in pratiche le dinamiche che coinvolgono il loro ambiente istituzionale di riferimento [Bezes e Demazière 2011].

L'aziendalizzazione solleva, anche a livello di distretti socio-sanitari e di strutture territoriali, la questione della poliedrica reazione messa in atto dai medici nei confronti delle riforme e, in particolare, una triplice modalità di fare proprie le istanze organizzative: resistenza, riduzione e cooptazione [Tousijn 2013]. Tali reazioni si collocano su un *continuum* che vede ad un vertice la volontà di non piegarsi alle istanze dell'aziendalizzazione e all'altro la totale apertura nei loro confronti, anzi la loro accettazione come parti integranti dell'essere medico. A partire da queste reazioni sono state individuate tre figure mediche di carattere idealtipico: il medico "tradizionale", il medico "liminale" e il medico "aziendalizzato".

La resistenza è la modalità di risposta all'aziendalizzazione attuata dal medico "tradizionale", mosso da un *ethos* fatto dai valori storici della professione (la cui rappresentazione classica è quella del giuramento di Ippocrate) e da un'idea di

autonomia che confligge con i vincoli posti dal managerialismo. A livello organizzativo, designa una contrapposizione tra logiche istituzionali.

La riduzione è messa in atto dal medico “liminale” ed individua un adattamento parziale, ora alle istanze professionali, ora a quelle organizzative, ed un’etica professionale mossa dai principi tradizionali, ma al contempo vincolata a certe imposizioni ineludibili dell’organizzazione. Dal punto di vista organizzativo individua un rapporto di divergenza tra logiche professionali classiche e logiche organizzative.

La cooptazione delle logiche aziendali nell’*ethos* professionale è infine la reazione dell’idealtipo di medico “aziendalizzato”, che accetta le istanze organizzative come parte integrante del proprio modo di esercitare la professione di medico: le logiche istituzionali non solo coesistono, ma si integrano per dare vita ad un nuovo professionalismo e ad una rinnovata etica professionale, che non dimentica i valori tradizionali, ma li integra con le necessità dell’organizzazione. Questo tipo di reazione sottende un’interiorizzazione delle finalità della logica *business-driven* e permette di ravvisare, anche nel contesto del nostro studio, una logica professionale “ibrida” [Evetts 2006, 2011; Nordegraaf 2007], figlia di un processo di rinegoziazione dei cardini della professione medica. Le logiche del professionalismo classico si coniugano in modo tendenzialmente armonioso con quelle organizzative e non si registra l’idea di un’ingerenza dell’organizzazione nei confronti dell’autonomia del professionista.

Quella dei medici specialisti territoriali è dunque una categoria in transizione, a cavallo tra la permanenza della logica professionale classica ed una nuova logica professionale, improntata sul “professionalismo organizzativo” [Evetts 2010; 2011a]. Fattori come i nuovi rapporti inter-professionali decretati da *trends* quali l’integrazione socio-sanitaria ed il *See and Treat* infermieristico, il crescente ricorso a linee guida cliniche ed organizzative e la presenza dei medici in ruoli dirigenziali, fanno registrare anche nelle strutture sanitarie territoriali un nuovo professionalismo medico [Tousijn 2013].

Questo lavoro si colloca dunque nella scia di quelle ricerche che hanno cercato di approfondire il complesso intreccio determinato dalla molteplicità delle risposte date dalla professione medica ai processi di ridefinizione delle logiche organizzative sanitarie e del managerialismo in particolare [Numerato *et al.* 2012]. Il tentativo è stato quello di rispondere ad una carenza in questo tipo di letteratura, che è soprattutto straniera: nel contesto italiano, infatti, manca un approfondimento qualitativo relativo alla ricezione del processo di aziendalizzazione da parte dei medici specialisti territoriali

e si ritiene che questo lavoro possa in qualche modo fornire alcuni elementi in tal senso. In particolare, si auspicano rinnovate traiettorie di ricerca relativamente a due aspetti: quello della ricezione dei medici nei processi di riorganizzazione che coinvolgono la sanità territoriale e quello, non meno importante, dello studio dei medici manager in questo ambito.

I risultati dell'analisi mostrano che ci sono spazi di rinegoziazione dell'etica professionale all'insegna del professionalismo organizzativo e che tale processo è attualmente in atto. Alcuni medici, infatti, rigettano i presupposti aziendalistici e continuano ad agire solo in base a scienza e coscienza, altri cercano da un lato di adeguarsi e dall'altro di mantenere spazi di autonomia, mentre un ultimo gruppo sembra agire in base a presupposti di tipo "ibrido", figli dell'unione di istanze professionali ed organizzative.

La risposta ai processi in corso muta in modo significativo in base al ruolo ricoperto all'interno delle strutture (clinico o dirigenziale) e alla fascia d'età d'appartenenza. Si ravvisa che la variabile del ruolo influisce in modo rilevante sulla collocazione nel *continuum* che abbiamo individuato.

Il medico "tradizionale" ricopre un ruolo strettamente clinico e si distingue per la sua età medio-alta. Questi ha vissuto la maggior parte della propria carriera all'interno di un contesto sanitario improntato sulla "dominanza" della categoria di appartenenza. Ciò si declina nella tendenziale resistenza opposta ai principi aziendalistici e nel rigetto tanto del managerialismo quanto del consumerismo.

Il medico "liminale" può invece ricoprire ruoli clinici o dirigenziali e, in generale, si caratterizza per appartenere a fasce centrali d'età, cioè a quel gruppo di professionisti che ha vissuto la parte iniziale della propria carriera in una sanità non ancora riformata e la parte più recente nella sanità aziendalizzata. L'analisi mostra come sia in atto, anche per questi medici, un processo di rinegoziazione dei presupposti della pratica quotidiana e dei suoi criteri di azione. Un adattamento parziale, ossia una riduzione delle direttive cliniche od organizzative, costituisce il movente di questo medico, il quale cerca in qualche modo di mantenere una parte di quell'autonomia che percepisce come un valore fondante dell'*ethos* professionale [Freidson 2002a]. Si registra perciò un ricorso a "tattiche" individuali per creare margini di autonomia tra le direttive che sono imposte dall'organizzazione *et amplius* dal sistema sanitario.

Il medico "aziendalizzato" si contraddistingue per ricoprire ruoli di carattere dirigenziale, ad esempio direttore di Unità Operativa o dirigente di Distretto o, nel caso

in cui ricopra un ruolo unicamente clinico, per l'età relativamente giovane. Ciò lascia intendere che il sistema formativo sta gradualmente recependo le istanze della sanità aziendalizzata e le sta traducendo in termini di socializzazione degli attori. La specializzazione in Igiene ed i corsi di *management* inducono i dirigenti ad assumere i principi aziendalistici come parti del proprio lavoro e a tradurli in forme mentali e pratiche da applicare nel quotidiano. Allo stesso modo, i giovani, che non hanno vissuto il periodo precedente le riforme, sono socializzati ai valori del post-riforma, che costituiscono pertanto dei riferimenti “dati per scontati” nel loro agire di tutti i giorni e nel loro modo di approcciarsi alla professione. Valori al centro del recente dibattito sul nuovo Codice di Deontologia Medica, che introduce ad esempio⁴⁸ norme relative alla “direzione di struttura e la responsabilità gestionale” del medico (art. 69), “appropriatezza ed equità delle prestazioni” (art. 70) e che sottolinea come il medico persegua “l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private, nel rispetto dei principi di sostenibilità economica, salvaguardia dell'efficacia, la sicurezza e l'equità delle cure” (art. 6).

Come ravvisabile nell'idealtipo “aziendalizzato”, il processo di aziendalizzazione influisce in modo significativo sulle logiche professionali integrandole con quelle produttive: il terzo tipo individuato fa registrare che il nuovo professionalismo medico è piuttosto frutto di complesse dinamiche socio-culturali ed istituzionali tuttora in corso, la cui ricezione non è leggibile solo come un indottrinamento del medico ed una progressiva scomparsa dei valori professionali classici.

In chiave comparativa, il medico “tradizionale” tradisce una totale opposizione rispetto al rinnovamento, mentre il medico “liminale” ricorre a tattiche finalizzate al mantenimento delle specificità della professione e della propria autonomia, pur nella consapevolezza di doversi per alcuni aspetti “piegare” alle imposizioni organizzative. Il medico “aziendalizzato” è invece una figura emblematica di quel nuovo professionalismo nel quale, almeno in parte, sta confluendo la professione medica.

Le interviste a medici con ruoli gestionali hanno permesso di rilevare il *trend* della “ristratificazione” [Freidson 2002a] anche nella sanità territoriale, motivata dal fatto che si registra una forte presenza di medici tra i dirigenti di strutture territoriali come distretti socio-sanitari o Unità Operative. Ciò lascia pensare che il processo di “colonizzazione inversa” [Waring e Currie 2009] sia in atto anche in questo ambito ed

⁴⁸ Bozza del Comitato Centrale del 16 marzo 2013.

evoca l'intento, da parte della professione medica, di mantenere posizioni dirigenziali all'interno della sanità. L'avanzamento dei medici nei ruoli dirigenziali conferma infatti la tendenza della professione a mantenere posizioni di preminenza e può essere letta come una controffensiva nei confronti del *management*, anche se in alcuni casi può risolversi in un abbandono quasi totale della dimensione clinica e nell'interiorizzazione di modi di agire e pensare esclusivamente manageriali.

L'analisi ha evidenziato che l'aziendalizzazione non esige solo un nuovo professionalismo nei medici-manager, figura nella quale i confini tra medico e manager tendono a sfumare e a cui è esplicitamente richiesto di possedere competenze organizzative e gestionali, ma anche a livello di medici clinici. È soprattutto nel medico "aziendalizzato" clinico che si danno segni di un nuovo *ethos* professionale, strettamente collegato con le dinamiche che coinvolgono la realtà organizzativa entro cui i medici lavorano: "la pratica medica viene considerata come il risultato di un insieme di decisioni che scaturiscono dai caratteri del professionalismo e dai contesti in cui esso viene esercitato" [Vicarelli 2012, 130]. È in questa dimensione che avviene il processo di "ibridazione", per cui le logiche professionali e quelle organizzative confluiscono nel professionalismo organizzativo, che opera una sorta di bilanciamento tra presupposti aziendalistici e presupposti dell'organizzazione.

Anche nella realtà dei Distretti socio-sanitari, trova riscontro l'idea secondo cui la compresenza di logiche differenti non implica necessariamente dei vincitori e dei perdenti [Tousijn 2013], ma sia altresì foriera di processi di ripensamento delle pratiche professionali quotidiane e dei principi deontologici della professione stessa: professione ed organizzazione si intersecano e danno vita ad un nuovo modo di vivere il lavoro e di esercitarlo all'interno dell'organizzazione. Non si dà una logica dominante all'interno delle organizzazioni sanitarie, bensì le differenti logiche istituzionali si compenetrano e pongono le basi per una nuova identità professionale medica [McDonald *et al.*, 2013].

Con le riforme dei sistemi sanitari il rapporto tra professione ed organizzazione giunge ad una nuova fase, successiva a quella che ha portato il professionismo liberale autonomo alla prova dell'ingresso nelle grandi organizzazioni, coincisa in gran parte con l'apogeo dello stato sociale: le professioni sono ora messe alla prova dal significativo mutamento delle organizzazioni di cui sono parte [Hanlon 1999]. Questo trova origine nel principio per cui l'organizzazione non determina rigidamente la professione, ma la influenza in modalità differenti a seconda del principio che la regge: l'ingresso delle logiche della burocrazia (sotto forma di managerialismo) e del mercato

(consumerismo) nel settore sanitario comportano nuovi approcci al lavoro quotidiano così come alla professione *in toto*.

La gestione aziendalista della sanità pone pertanto la professione medica di fronte a molteplici novità, più o meno radicali; novità che influenzano inevitabilmente tutti i professionisti, i quali si trovano ad affrontarle in modalità diverse tra loro. In tal senso, gli idealtipi individuati in questo lavoro rappresentano una possibile chiave di lettura del mutamento dal punto di vista della professione medica.

La ricerca lascia tuttavia molte questioni aperte, soprattutto perché quella sottoposta ad analisi è una realtà in divenire. Come abbiamo visto, la sanità territoriale è stata soggetta, e lo è tuttora, ad un mutamento profondo, di cui la presente ricerca non può dare conto in modo esaustivo. Un medesimo studio effettuato quando la riorganizzazione del territorio in Aggregazioni Funzionali Territoriali e in Unità Complesse di Cure Primarie avrà superato la fase iniziale (o, come in alcune realtà, quella sperimentale) potrà sicuramente rendere conto in modo più significativo del cambiamento e degli effetti sull'identità professionale dei medici che vi operano. Inoltre, introdurre i medici di medicina generale in una ricerca di questo tipo renderebbe l'analisi più ampia, giacché questi rappresentano una parte importante della sanità territoriale, a maggior ragione con l'istituzionalizzazione di forme di associazionismo territoriale.

Per concludere, è possibile sostenere che le pratiche discorsive e la logica istituzionale dell'aziendalizzazione della sanità pongono le basi per un mutamento che coinvolge la professione medica a partire dal vissuto quotidiano degli attori: criteri decisionali, esercizio dell'autonomia, vincoli organizzativi. La tendenza che si registra è che le logiche istituzionali non solo non sono più in concorrenza tra loro, ma anzi si integrano in una nuova etica professionale. Tutto questo passa anche per una rinegoziazione dei significati e dei valori del medico: considerare congiuntamente la prospettiva di analisi organizzativa e professionale fa scorgere una rinnovata modalità di praticare e vivere la professione *et amplius* di essere medico. L'analisi ha permesso di rilevare che l'aziendalizzazione ha innescato processi di rinegoziazione dell'etica professionale medica, di rivisitazione dei suoi valori cardine e della sua forma mentale. Processi che sono tuttora in corso e che è utile analizzare ancora più a fondo, ma che lasciano già intravedere i presupposti di un nuovo professionalismo, la cui evoluzione futura resta in buona parte da studiare.

BIBLIOGRAFIA

- Abbott A., [1988], *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labour*, The University of Chicago, Press Chicago and London.
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, 20/01/2005.
- Accordo Integrativo Regionale per la Disciplina dei Rapporti con i Medici di Medicina Generale, 27/09/2009, (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2352085.pdf>).
- Accornero A., [1994], *Il mondo della produzione*, Il Mulino, Bologna.
- Accornero A., [1997], *Era il secolo del Lavoro. Come era e come cambia il grande protagonista del '900*, Il Mulino, Bologna.
- Alber J., [1987], *Dalla carità allo stato sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Ardigò A., [1997], *Società e salute. Lineamenti per una sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Ardisson A., [2009], “La professione medica tra novità e continuità nei percorsi di riforma. Il caso italiano in prospettiva comparata”, in «Rivista Italiana di Politiche Pubbliche», n. 2, pp. 121-145.
- Barber B., [1979], “Alcuni problemi di sociologia delle professioni”, in Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 91-110.
- Balbo L., [1978], “La doppia presenza”, in «Inchiesta», Marzo-aprile, pp. 3-6.
- Battigaglia B., Buscemi A. e Antogiovanni A., [2012], *La legislazione sanitaria dalle origini al d.lgs. n. 229 del 29 giugno 1999*, Franco Angeli, Milano.
- Bauman Z., [1999], *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna.
- Bauman Z., [2002], *Modernità liquida*, Laterza, Bari.
- Bazzicalupo L. e Esposito R., [2003], (a cura di), *Politica della vita*, Laterza, Bari.
- Bazzicalupo L., [2006], *Il governo delle vite. Biopolitica e bioeconomia*, Laterza, Bari.
- Beck U., [2000], *Il lavoro nell'epoca della fine del lavoro. Tramonto delle sicurezze e nuovo impegno civile*, Einaudi, Torino.
- Becker H., [2007], *I trucchi del mestiere*, Il Mulino, Bologna.
- Becker H., Beer G., Hughes E. e Strauss A., [1992], *Boys in Whyte. Student Culture in Medical School*, Transaction Publishers, New Brunswick.
- Bell D., [1979], “Le dimensioni della società post-industriale”, in Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 255-276.

- Bellentani M., Bugliari Armenio L. e Catania S., [2011], “Il distretto nella programmazione sanitaria nazionale”, in «I quaderni di Monitor », 8, pp. 83-101.
- Benci L., [2009], *Elementi di legislazione sanitaria e di biodiritto*, McGraw-Hill, Milano.
- Ben-David J., [1971], “Sviluppo delle professioni e caratteristiche del sistema di classe”, in Bendix R. e Lipset S. M., *Comportamento sociale e struttura di classe*, Marsilio Editori, Venezia pp. 213-239.
- Bendix R. e Lipset S. M. [1971], *Comportamento sociale e struttura di classe*, Marsilio Editori, Venezia.
- Berger P. e Luckmann T., [1969], *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Bertaux E., [1999], *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica*, Franco Angeli, Milano.
- Bertin G., [2007], *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Franco Angeli, Milano.
- Bezes P. e Demazière D., [2011], “Introduction”, in Bezés *et al.* [2011], “New Public Management et professions dans l’État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? New Public Management and professions in the public administration: Beyond opposition, what new patterns are taking shape?”, in «Sociologie du travail», 53, pp. 294-305.
- Bezes P., Demazière D., Le Bianic T., Paradeise C., Normand R., Benamouzig D. e Evetts J., [2011], “New Public Management et professions dans l’État: au-delà des oppositions, quelles recompositions? New Public Management and professions in the public administration: Beyond opposition, what new patterns are taking shape?”, in «Sociologie du travail», 53.
- Bichi R. [2002], *L’intervista biografica. Una proposta metodologica*, Franco Angeli, Milano.
- Bichi R. [2007], *La conduzione dell’intervista nella ricerca sociale*, Carocci, Roma.
- Bobbio G. e Morino M., (a cura di), [2010], *Lineamenti di Diritto Sanitario*, CEDAM, Milano.
- Bollettino Ufficiale della Regione Toscana, n. 25, 30/07/2008.
- Bolton S. C., Muzio D. e Quinn C., [2011], “Making Sense of Modern Medical Careers: The Case of the UK’s National Health Service”, in «Sociology», 45(4), pp. 682–699.

- Bourgeault I., Dingwall R. e De Vries R., [2010], *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, Sage, London.
- Bucchi M. e Neresini F. (a cura di), [2001], *Sociologia della salute*, Carocci, Roma.
- Cavalli L., [1981], *Il capo carismatico*, Il Mulino, Bologna.
- Carr A., e Wilson P., [1979], “Professioni”, in Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 61-69.
- Cipolla C. e Maturo A., (a cura di), [2008], *Scienze sociali e salute nel XXI secolo. Nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, Franco Angeli, Milano.
- Cipolla C., (a cura di), [2002], *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*, Franco Angeli, Milano.
- Collicelli C., [2011], *La salute come processo sociale. Sanità e ricerca sociologica*, Franco Angeli, Milano.
- Collin J., [2010], “Qualitative Contributions to the Study of Health Professions and their Work”, in Bourgeault I., Dingwall R. e De Vries R., *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, Sage, London, pp. 53-70.
- Colombo E., [2001], “Le culture della salute”, in Bucchi M. e Neresini F., (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 135-159.
- Cricelli C., [2008], “Le strategie per la riorganizzazione della medicina generale e delle cure primarie”, in «Monitor», 20, pp. 20-28.
- Crouch C. e Streeck W., [1997], “Il futuro della diversità dei capitalismi”, in «Stato e Mercato», 49, pp. 3-29.
- Del Vecchio M., [2002], “La resistibile ascesa dei nemici delle aziende pubbliche”, in «Salute e società», 1, pp. 53-70.
- Della Porta D., [2010], *L'intervista qualitativa*, Laterza, Bari.
- Dent M., [2005], “Post-new public management in public sector hospitals? The UK, Germany and Italy”, in «Policy and Politics», 33(4), pp. 623-636.
- Di Stanislao F., Gardini A., Noto G., [2002], “Governare la complessità dei sistemi sanitari per un Welfare di comunità”, in «Salute e società», 1, pp. 29-52.
- Donati P., (a cura di), [1983], *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano.
- Doolin B., [2002], “Enterprise Discourse, Professional Identity and the Organizational Control of Hospital Clinicians”, in «Organization Studies», 23, pp. 369-390.
- Dore R., [2009], *Finanza pigliatutto*, Il Mulino, Bologna.

- Doswell G., Harrison S. e Wright J., [2002], “The early days of primary care groups: general practitioners’ perceptions”, in «Health and Social Care in the Community», 10(1), pp. 46-54.
- Dubar C., [2004], *La socializzazione. Come si costruisce l’identità sociale*, Il Mulino, Bologna.
- Durkheim É., [1962], *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Durkheim É., [1979], “La morale professionale”, in Tousijn, *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 31-44.
- Durkheim É., [2001], *Le regole del metodo sociologico. Sociologia e filosofia*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Elias N., [2010], *Marinaio e gentiluomo. La genesi della professione navale*, Il Mulino, Bologna.
- Enthoven A. C., [1988], *Theory and practice of managed competition in health care finance*, Elsevier Science Publishers B. V., Amsterdam.
- Esping-Andersen G., [1995], “Il welfare state senza il lavoro. L’ascesa del familismo nelle politiche sociali dell’Europa continentale”, in «Stato e Mercato», 45, pp. 347-380.
- Esping-Andersen G., [2000], *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Bologna, Il Mulino.
- Evetts J., [2003], “The Sociological Analysis of Professionalism, Occupational Change in The Modern world”, in «International Sociology», 18(2), pp. 395-415
- Evetts J., [2006], “Short Note: The Sociology of Professional Groups”, in «Current Sociology», 54(1), pp. 133–143.
- Evetts J., [2009], “New Professionalism and New Public Management: Changes, Continuities and Consequences”, in «Comparative Sociology», 8, pp. 247-266.
- Evetts J., [2010], “Organizational Professionalism: changes, challenges and opportunities”, DPU Conference, Organizational Learning and Beyond, 09-11/05/2012, (<http://www.propel.stir.ac.uk/downloads/JuliaEvetts-FullPaper.pdf>).
- Evetts J., [2011a] “A new professionalism? Challenges and opportunities”, in «Current Sociology», 59, pp. 406-422.
- Evetts J., [2011b], “Professionalism as an Occupational Value: theoretical challenges in the sociology of professions”, Louvain Workshop presentation, 13/10/2011, (http://metices.ulb.ac.be/IMG/pdf/Louvain_Workshop_Presentation.pdf).
- Evetts J., [2011c], “New professionalism and New Public Management: changes and continuities”, in Bezes *et al.*, “New Public Management et professions dans l’État: au-

delà des oppositions, quelles recompositions? New Public Management and professions in the public administration: Beyond opposition, what new patterns are taking shape?”, in «Sociologie du travail», 53, pp. 334–348.

Falcitelli N., Gensini G. F., Trabucchi M. e Vanara F., (a cura di), [2009], *Rapporto sanità 2009. Complessità del governo aziendale per la promozione delle salute*, Il Mulino, Bologna,

Fargion V., [2006], “Changes in the responsibilities and financing on the health system in Italy”, in «Revue Française des Affaires sociales», 2-3, pp. 271-296.

Farinella D., [2005], *Privatizzazione e cambiamento nel servizio pubblico. Come cambiano le competenze e la soggettività in un'organizzazione postale*, Franco Angeli, Milano.

Ferrera M., [2006], *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.

File D., “Physicians as ‘Organic Intellectuals’. A Contribution to the Stratification versus Deprofessionalization Debate”, in «Acta sociologica», 2006, 49, pp. 273-285.

Fournier V., [1999], “The appeal to ‘professionalism’ as a disciplinary mechanism”, in «The Sociological Review», 47(2), pp. 280-307.

Freidson E., [2002a], *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, Franco Angeli, Milano.

Freidson E., [2002b], *Professionalismo. La terza logica*, Dedalo, Bari.

Gallino L., [2007], *Il lavoro non è una merce. Contro la precarietà*, Laterza, Bari.

Gallino L., [2009], *Dizionario di Sociologia*, Utet, Torino.

Gensini G.F., Nicelli A. L., Trabucchi M. e Vanara F., [2011], *Rapporto Sanità 2011. Il rapporto dinamico tra ospedale e territorio*, Il Mulino, Bologna.

Giannini M., [2003], “La sociologia delle professioni in Italia”, in «Economia e lavoro», 37(2), pp. 5-22.

Giarelli G., [1998], *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Franco Angeli, Milano.

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*, Franco Angeli, Milano, pp. 252-275.

Giarelli G., [2003], *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano.

Giddens A., [1994], *Le conseguenze della modernità*, Il Mulino, Bologna.

- Goldthorpe J. H., Lockwood D., Bechhofer F. e Platt J., [1968], *The affluent worker: political attitudes and behaviour*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Gorz A., [1992], *Metamorfosi del lavoro*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Habermas J., [1986], *Teoria dell'agire comunicativo*, 2 Voll., Il Mulino, Bologna.
- Hanlon G., [1999], *Lawyers, the state and the market. Professionalism revisited*, Macmillan Press KTD, London.
- Harrison S. e Ahmad W., [2000], "Medical autonomy and the UK State 1975 to 2025", in «Sociology», 2000, 34(1), pp. 129-146.
- Harvey D., [2002], *La crisi della modernità. Riflessioni sulle origini del presente*, Net, Milano.
- Honneth A. [2010], *Capitalismo e riconoscimento*, Firenze University Press, Firenze.
- Hughes E., [1958], *Men and Their Work*, The Free press of Glencoe, Collier-Macmillan, London.
- Illich I., [1977], *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano.
- Jamous H. e Peloille B., [1979], "Mutamenti nel sistema ospedaliero-universitario francese", in Tousijn W., (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 203-251.
- Irpet, [2013] *Sostenibilità e vulnerabilità del sistema del welfare toscano, una analisi strutturale*.
- Izzo A., [1991], *Storia del pensiero sociologico*, Il Mulino, Bologna.
- Jones L. e Green J., [2006], "Shifting discourses of professionalism: a case study of general practitioners in the United Kingdom", in «Sociology of health and Illness», 28(7), pp. 927-950.
- Kelly S., [2010], "Qualitative Interviewing Techniques and Styles", in Bourgeault *et al.*, *The SAGE Handbook of Qualitative Methods in Health Research*, Sage, London, pp. 289-326.
- Kirkpatrick I. *et al.*, [2009], "Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England", in «Sociology of Health & Illness», 31(5), pp. 642–658.
- Kirkpatrick I. *et al.*, [2009], "Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England", in «Sociology of Health & Illness», 31(5), pp. 642–658.

- Koelewijn W., Ehrenhard M., Groen A. e van Harten W., [2012], “Intra-organizational dynamics as drivers of entrepreneurship among physicians and managers in hospitals of western countries“, in «Social Science and Medicine», 75, pp. 795-800.
- Kuhlmann E. e Annandale E., [2012], “Researching transformations in healthcare services and policy in international perspective: An introduction”, in «Current Sociology», 60(4), pp. 401-414.
- La Rosa M. e Rizza R., [2008], “Settore pubblico, innovazione organizzativa e produzione di beni collettivi”, in Cipolla C. e Maturo A. (a cura di), *Scienze sociali e salute nel XXI secolo. Nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, Franco Angeli, Milano, pp. 345-351.
- Le Grand J., [1991], “Quasi-market and social policy”, in «The Economic Journal», 101, pp. 1256-1267
- Leicht K., [2009], “New Public Management and New Professionalism across Nations and contexts”, in «Current Sociology», 57.
- Light D. W., [1995], “Homo Economicus: escaping the traps of managed competition”, in «European Journal of Public Health», 5, 145-154.
- Liotard J., [1981], *La condizione postmoderna: rapporto sul sapere*, Feltrinelli, Milano.
- Maciocco G., [2009], *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Maino F., [2001], *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- Malatesta M., (a cura di), [2002], *Corpi e professioni tra passato e futuro*, Giuffrè, Milano.
- Malatesta M., [2006], *Professionisti e gentiluomini*, Einaudi, Torino.
- Manghi S., [2005], *Il medico. Il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Franco Angeli, Milano.
- Marshall T. H., [1976], *Cittadinanza e classe sociale*, Utet, Torino.
- Martignani L., [2007], *Voucher famiglia e politiche sociali. Teoria sociologica e studi di caso*, Tesi di Dottorato, Bologna.
- Martinelli A., [1983], “Salute e sistemi sanitari occidentali”, in Donati P. (a cura di), *La sociologia sanitaria. Dalla sociologia della medicina alla sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano, pp. 121-140.
- Martinelli M., [2003], *Il legame incrinato. Lavoro e società in trasformazione nell'epoca della globalità*, Vita e Pensiero, Milano.

- Martinussen P. A., - Magnussen J. [2011], “Resisting market-inspired reform in healthcare: The role of professional subcultures in medicine”, in «Social Sciences & Medicine», 73, pp. 193-200.
- Matteucci S. C., [2009], “Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»”, in «Mercato concorrenza regole», 1, pp. 179-212.
- McDonald R., Cheraghi-Soli S., Bayes S., Morriss R. e Kai J., [2013], “Competing and coexisting logics in the changing field of English general medical practice”, «Social Science & Medicine», 93, pp. 47-54.
- Megali C., [2008], *Modelli e strumenti di governance sanitaria. Elementi di comparabilità tra il SSN italiano e il NHS inglese*, Aracne, Roma.
- Mele R. e Adinolfi P., [2005], *Elementi di Management Sanitario*, Kastalia Multimedia, Salerno.
- Mele R. e Triassi M., [2008], *Management e gestione delle aziende sanitarie*, CEDAM, Padova.
- Merton R. K., [2006], *Sociologia e medicina*, Armando, Roma.
- Mete R., [2008], “Il ruolo del Distretto nelle cure primarie”, in «Monitor», 20, pp. 29-34.
- Miegge M., [2010], *Vocazione e lavoro*, Claudiana, Torino.
- Mills C. W., [2001], *Colletti bianchi*, Edizioni di Comunità, Torino.
- Mingione E. e Pugliese E., [2002], *Il lavoro*, Carocci, Roma.
- Murgia A., [2010], *Dalla precarietà lavorativa alla precarietà sociale. Biografie in transito tra lavoro e non lavoro*, Emil di Odoya srl, Bologna.
- Naldini M. e Saraceno C., [2011], *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Neresini F., [2001], “Salute, malattia e medicina: lo sguardo sociologico”, in Bucchi M. e Neresini F. (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 21-75.
- Nordegraaf M. [2011], “Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues”, in «Organization Studies», 32(10), pp. 1349-1371.
- Numerato D., Salvatore D. e Fattore G., [2012], *The impact of management on medical professionalism: a review*, «Sociology of Health and Illness», 4, pp. 626-644.
- Oliver C., [1991], “Strategic Responses To Institutional Processes”, «Academic Management Review», 16, 1, pp. 145-179.

- Oppenheimer M., [1979], “La proletarizzazione del professionista”, in Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 155-170.
- Osborne D. e Gaebler T., [1995], *Dirigere e governare. Una proposta per reinventare la pubblica amministrazione*, Garzanti, Milano.
- Paci M., [2005], *Nuovi lavori, nuovo welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Palmieri A., [2012], *Gli stili di vita dei medici. dal dottor Kildare al dottor House*, Franco Angeli, Milano.
- Palumbo M., [1984], *Sorokin e la sociologia della mobilità*, ECIG, Genova.
- Parker M., Dent M., [1996], “Managers, doctors, and culture. Changing an English Health District”, in «Administration & Society», 28(3), pp. 335-361.
- Parsons T., [1956], *Società e dittatura*, Il Mulino, Bologna.
- Parsons T., [1965], *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Parsons T., [1979], “Professioni”, in, Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 74-90.
- Pavolini E. e Vicarelli G., [2013], “Le due Italie della sanità”, in Vassallo S., *Il divario incolmabile. Rappresentanza politica e rendimento istituzionale nelle regioni italiane*, Bologna, Il Mulino, pp. 193-223.
- Piano operativo per il riordino del sistema sanitario regionale, in Delibera 1235 del 28/12/2012.
- Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2011.
- Piano Sanitario Regionale 2011.
- Pleck J., [1977], “The work-family role system”, in «Social Problems», 3, pp. 417-427.
- Polanyi K., [1974], *La grande trasformazione. Le origini economiche e politiche della nostra epoca*, Einaudi, Torino.
- Polillo R., [2013], “La lotta senza fine per il primato professionale in sanità”, in «Quotidiano Sanità», 26/12/2013.
- Pollitt C. e Bouckaert G., [2011], *Public Management Reform. A comparative analysis: new public management, governance, and the neo-weberian state*, Oxford University Press, Oxford.
- Powell P. J. e DiMaggio W. W., [2000], “La gabbia d'acciaio rivisitata”, in Powell P. J. e DiMaggio W. W., *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Edizioni di Comunità, Torino, pp. 88-115.
- Powell P. J. e DiMaggio W. W., [2000], *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Edizioni di Comunità, Torino.

- Prandstraller G. (a cura di), [1988], *Le nuove professioni del terziario. Ricerca sul professionalismo degli anni '80*, Franco Angeli, Milano.
- Prandstraller G. [1980], *Sociologia delle professioni*, Città Nuova Editrice, Roma.
- Reay T. e Hinings C. R., [2009], "Managing the Rivalry of Competing Institutional Logics", in «Organization Studies», 30(06), pp. 629-650.
- Regini M., [1991], *Confini mobili. La costruzione dell'economia fra politica e società*, Il Mulino, Bologna.
- Ridolfi L. [2011], "Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa", Paper for the Espanet Conference, Milano, 29/09-01/10/2011, <http://www.espanet-italia.net/conferenza2011/edocs1/sess%2015/15-ridolfi.pdf>.
- Ritzer G. e Walczak D., [1988], "Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians", in «Social Forces», 67(1), pp. 1-22.
- Rizza R., [2008], "Mutamenti organizzativi e aziendalizzazione dei servizi pubblici: un'analisi interpretativa", in Cipolla C. e Maturo A. (a cura di), *Scienze sociali e salute nel XXI secolo. Nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, Franco Angeli, Milano, pp. 352-365.
- Salling-Olesen H., [2006], "Professional Identities, Subjectivity, and Learning", in West L. et al., *Using biographical and life histories approaches in the study of adult and lifelong learning: perspectives from across Europe*, Peter Lang Verlag, Frankfurt am Main.
- Sandstrom R. W., [2007], "The Meanings of Autonomy for Physical Therapy", in «Physical Therapy», 87, pp. 98-106.
- Santoro M., [1999], "Professione", in «Rassegna italiana di sociologia», 1, pp. 115-128.
- Sarfatti-Larson M., [1977], *The rise of professionalism. A sociological analysis*. University of California Press, Berkeley.
- Sarfatti-Larson M., [1998], "Le funzioni 'nomiche' delle professioni e la fine della modernità", in «Sociologia del lavoro», 70-1, pp. 81-109.
- Schluchter W., [1987], *Lo sviluppo del razionalismo occidentale*, il Mulino, Bologna.
- Sennett R., [1998], *L'uomo flessibile. Le conseguenze del nuovo capitalismo sulla vita personale*, Feltrinelli, Milano.
- Sennett R., [2006], *La cultura del nuovo capitalismo*, Il Mulino, Bologna.
- Sheaff R., Rogers A., Pickard S., Marshall M., Campbell S. et al., [2003], A subtle governance: 'soft' medical leadership in English primary care, in «Sociology of Health & Illness», 5, pp. 408-428.
- Silverman D., [2002], *Come fare ricerca qualitativa. Una guida pratica*, Carocci, Roma

- Simonetti S., [2001], “Salute e culture organizzative”, in Bucchi M. e Neresini F., (a cura di), *Sociologia della salute*, Carocci, Roma, pp. 75-105.
- Skidelsky R., [1998], *Keynes*, Bologna, Il Mulino.
- Sorokin P. A., [1965], *La mobilità sociale*, Edizioni di Comunità, Milano.
- Speranza L. [1992], “L’impatto della nuova Europa sulle professioni: sindrome del “grande fratello” e sociologia dell’azione”, in «Sociologia del lavoro», 47-48, pp. 135-151
- Speranza L., [2008], “Medici per passione, per caso e per professione”, in Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 15-71.
- Speranza L., “Profili motivazionali, identità e status”, [2006], in Cipolla C., Corposanto C. e Tousijn W. (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, Franco Angeli, Milano, pp. 166-188.
- Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G. [2008], *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna.
- Svensson L. G., [2003], “Nuovi contesti per il controllo e la fiducia nel professionalismo”, in «Economia e lavoro», 37(2), pp. 109-127.
- Tawney R., [1979], “La società acquisitiva”, in Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 45-60.
- Thomas W., [2007], *La medicina e l’origine delle professioni*, Armando, Roma.
- Toth F., [2012], *Professione medico*, Il Mulino, Bologna.
- Tousijn W. e Giorgino V. M. B., [2009], “The complexities of negotiating governance change: introducing managerialism in Italy”, in «Health Economics, Policy and Law», 4, Special Issue 3, pp. 329-346.
- Tousijn W. (a cura di), [1979], *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna.
- Tousijn W. (a cura di), [1987], *Le libere professioni in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Tousijn W., [1997], “Professioni”, in *Enciclopedia delle scienze sociali*, Treccani, Torino.
- Tousijn W., [2000], *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna.
- Tousijn W., [2002], “La professione medica di fronte alla trasformazione dei sistemi sanitari”, in Malatesta M., (a cura di), *Corpi e professioni tra passato e futuro*, Giuffrè, Milano, 2002.

- Tousijn W., [2003], “Le professioni sanitarie: per un rinnovamento della logica professionale”, in «Economia e lavoro», 37(2), pp. 49-61.
- Tousijn W., [2006], “Beyond decline: consumerism, managerialism and the need for a new medical profession”, in «Health Sociology Review», 15, 5, pp. 469-480.
- Tousijn W., [2008a], “L’autonomia professionale di fronte alla sfida consumerista e alla sfida manageriale”, in Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 73-92.
- Tousijn W., [2008b], “Opportunità e vincoli per una nuova logica professionale”, in Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 147-162.
- Tousijn W., [2012], “Integrating health and social care: Interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy”, in «Current Sociology», 60(4), pp. 522–537.
- Tousijn W., [2013], “Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo”, in Vicarelli G., (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- Trigilia C., [2009], *Sociologia economica, II. Temi e percorsi contemporanei*, Bologna, Il Mulino.
- Varni A. (a cura di), [2002], *Storia delle professioni in Italia tra otto e novecento*, Il Mulino, Bologna.
- Vassallo S., (a cura di), [2013], *Il divario incolmabile. Rappresentanza politica e rendimento istituzionale nelle regioni italiane*, Bologna, Il Mulino.
- Verpraet G., [2003], “Il coinvolgimento sociale delle professioni del welfare state”, in «Economia e lavoro», 37(2), pp. 97-108.
- Vicarelli G., [2008], “L’appartenenza come logica professionale”, in Speranza L., Tousijn W. e Vicarelli G., *I medici in Italia: motivazioni, autonomia, appartenenza*, Il Mulino, Bologna, pp. 121-145.
- Vicarelli G., (a cura di), [2013], *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- Vicarelli G., [2002], “Presentazione”, in Freidson [2002], *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano, pp. 7-29.
- Vicarelli G., [2003], “Identità e percorsi professionali delle donne medico in Italia”, in «Polis», XVII, 1, pp. 93-122.
- Vicarelli G., [2004], “Aziendalizzazione e management nell’evoluzione del sistema sanitario italiano”, in «Salute e società», 3, pp. 19-38.

- Vicarelli G., [2006], “Le domande dei cittadini e le responsabilità dei medici. Verso un nuovo contratto sociale tra medici e welfare in Europa”, in «Salute e società», 2006, 1, suppl. 1.
- Vicarelli G., [2007], “Il punto di vista sociologico sulla salute e sui sistemi sanitari” (Tavola rotonda), in «Rassegna Italiana di Sociologia», 1, pp. 135-140.
- Vicarelli G., [2009], “Aziende sanitarie e medici di famiglia”, in Falcitelli N., Gensini G. F., Trabucchi M. e Vanara F., (a cura di), *Rapporto sanità 2009. Complessità del governo aziendale per la promozione delle salute*, Il Mulino, Bologna, pp. 117-149.
- Vicarelli G., [2012], “Medici e manager. Verso un nuovo professionalismo?”, in «Cambio», 3, pp. 126-136.
- Walsh K., [1997], *Contracting for change. Contracts in Health, Social Care, and Other Local Government Services*, Oxford University Press, Oxford.
- Waring J., [2007], “Adaptive regulation or governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine”, in «Sociology of Health & Illness», 29(2), pp. 163-179.
- Waring J. e Currie J., [2009], “Managing Expert Knowledge: Organizational Challenges and Managerial Futures for the UK Medical Profession”, in «Organization Studies», 30, pp. 755-777.
- Weber M., [1974] *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Mondadori.
- Weber M., [1997], *L'etica protestante e lo spirito del capitalismo*, BUR, Milano.
- Weber M., [1997], *La politica come professione*, Armando, Roma.
- Weber M., [1997], *La scienza come professione*, Armando, Roma.
- Weber M., [1999], *Economia e società*, 4 voll., Edizioni di Comunità, Torino.
- Weber M., [2002], *Sociologia della religione*, 4 voll., Edizioni di Comunità, Torino.
- Zamagni S. e Bruni L., [2003], *A ogni buon conto. Lezioni di economia civile*, Editoriale Vita, Milano.
- Wilensky H., “La professionalizzazione di tutti?”, in Tousijn W. (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Il Mulino, Bologna, pp. 113-135.