

Da molti anni, dopo un lungo periodo trascorso nelle associazioni internazionali della Medicina Generale (MG), avevo cessato di occuparmi delle cosiddette modellistiche sanitarie.

Eppure io stesso e molti amici con me, hanno tratto gran parte della loro esperienza e delle loro conoscenze proprio da questo fertile confronto tra esperienze e realtà di sistemi sanitari diversi, fiorita in quegli anni.

Negli anni Ottanta, quando si stava sviluppando il confronto tra i sistemi sanitari e i relativi modelli organizzativi, la comparazione tra sistemi era un esercizio molto in voga.

Quegli anni sono stati determinanti per molti di noi. Venivamo da un sistema sanitario mutualistico, sulla cui efficacia ci sarebbe molto da scrivere anche in positivo, e la transizione verso il medico di medicina generale (MMG) era determinata, ma ancora nebulosa e imperfetta. La conoscenza della cultura sociale inglese, ricordo, aiutò molti di noi a familiarizzarsi con un sistema basato sulla lista dei pazienti. L'amicizia con i dirigenti del Regno Unito ci consentì di seguire da vicino le vicende del *fundholding*, che ritorna oggi anche se in veste diversa, come l'araba fenice.

D'altra parte incontravamo poi il mondo della MG europea a contratto di dipendenza. I paesi scandinavi da una parte, la Spagna e il Portogallo dall'altra consentivano di esplorare le modalità di organizzazione dei centri sanitari, vicini per cultura ad una visione delle cure primarie basata sulla committenza pubblica a scapito del modello privatistico di "independent contractor" degli inglesi.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) allora governata da collaboratori della *Primary Care* (PC) di origine scandinava ed est-europea, cercava di innestare sui sistemi sanitari appena riformati, modellistiche nelle quali prevalesse il governo centralistico con una visione del MMG di tipo subordinato e dipendente. L'articolo del responsabile della PC dell'Europa del Sud (che singolarmente l'OMS ha sempre tenuto in Danimarca!) Hannu Vuori, titolava allora con acuta lungimiranza (sic): "La MG nemica o alleata dei sistemi sanitari?". Intendendo chiaramente una visione negativa della MG privatistica in grado di minare una modellistica fortemente orientata a modelli sanitari peraltro già falliti nell'Est europeo e in discussione nei paesi del Nord Europa.

Il nostro sforzo fu allora di rettificare questa impostazione di cure territoriali, allineandola al *National Health Service* (NHS) inglese e dimostrando la nostra capacità di indirizzare un percorso di miglioramento qualitativo e di efficienza della MG.

In questo processo ci siamo fatti molti amici e molta stima, e peraltro molti nemici che vedevano con sospetto il processo di rapida evoluzione, di rigore professionale della MG e con fastidio l'intromissione di una società scientifica in un ambito che fino ad allora era stato ristretto alle sole realtà sindacali.

Anni nei quali prevaleva l'entusiasmo, la curiosità, la scoperta del nuovo. Quegli anni e quella cultura hanno dato moltissimo alla nostra professione. Era come avere a disposizione un serbatoio inesauribile di esperienze, idee, modelli sanitari micro e macro ai quali poter attingere liberamente per esaltare la nostra creatività ed il nostro sviluppo professionale.

Pochi lo ricordano ma la gran parte della modellistica tutoriale italiana deriva da una collaborazione con l'Università di Exeter, Denis Pereyra Gray e Michel Hall, che ci fornirono materiali, stage di formazione e master residenziali ai quali attingere a piene mani. L'esperienza dei primi budget, i software per la gestione budgetaria erano in pieno sviluppo ed io stesso ne tentai una implementazione con gli amici di Pistoia. Formazione continua, accreditamento, valutazione della qualità professionale, appartengono alla mia esperienza di iscrizione al *Royal College of GPs*. Venti anni dopo, nel 2000, la SIMG divenne la prima società con accreditamento diretto. Dopo molte iniziali perplessità e qualche gratuita ilarità, nel 2000 fu iniziato il percorso ECM, e a dispetto di qualche chiaroveggente cretino, il concetto di accreditamento basato sulla qualità è oggi pervasivo non solo nel sistema sanitario.

Quell'abbuffata di modellistica, di appassionati quanto virtuali confronti tra esperienze dirette, cartelle cliniche, tecniche di formazione, elementi contrattuali, sistemi di pagamento dopo un po' di tempo fu superata dalla consapevolezza che occorresse maggiormente con-

centrarsi sui fatti di casa nostra. Piuttosto che rincorrere l'ennesima definizione della MG/PC (la migliore a mio parere rimane quella del 1982 di Anversa redatta da un Gruppo internazionale di cui ero entrato a far parte), preferimmo sviluppare la nostra versione adattiva della MG nel nostro Paese e passare al completamento della descrizione delle caratteristiche del nostro lavoro di MMG, attraverso una indimenticabile *Job Description*, la creazione della Scuola Nazionale di Formazione e Ricerca della SIMG, e la creazione alla fine degli anni '90 del centro di ricerca Health Search.

Quest'ultimo, il cui VI rapporto costituisce una referenza assoluta della ricerca italiana ed internazionale, produce ricerca e pubblicazioni con *Impact Factor* superiori a qualunque altro database professionale europeo, a dispetto di quanti sostengono l'incapacità della MG di produrre conoscenza e capacità traslazionali e preferiscono discutere ancora di tecniche di ricerca prive di concrete applicazioni.

La rapida evoluzione dell'impiego dell'*Information Technology*, anche questa avversata come pericolosa negli anni '80, ha portato la SIMG a sviluppare e produrre il primo software per la MG, allora Megnet, poi Millennium, poi oggi Millewin.

È storia di oggi infine la creazione del progetto SISSI, in grado di valutare l'impatto economico delle prestazioni del MMG rapportate alla qualità dell'outcome e infine allo sviluppo della *Clinical Governance* e dell'*audit* professionale finalizzato all'eccellenza della cura del paziente nel rispetto della sostenibilità del sistema attraverso lo strumento GPG, *General Practice Governance*.

L'esigenza di storicizzare trenta anni di MG italiana deriva dal bisogno di tirare le somme di una lunga entusiasmante fase della nostra vita professionale per indirizzare gli sviluppi del futuro individuando le tendenze del sistema ed indirizzando il cambiamento.

Deriva peraltro da una domanda che è oggi opportuno ripetersi. Esiste oggi una modellistica sanitaria di riferimento per le cure primarie del nostro Paese? Esistono modelli originali, politiche sanitarie regionali e nazionali chiare ed evidenti da valutare e sperimentare? A distanza di venti anni dal Congresso della SIMG sugli ambulatori di gruppo, qual è lo stato di fatto delle Unità di Cure Primarie, semplici o complesse nel nostro Paese? Siamo davvero nelle condizioni di promuovere la grande trasformazione della MG italiana dal medico "da solo" alle Unità Complesse? E quali sono i modelli della nuova Continuità Assistenziale, H24, *Chronic Care Model*, Utap Uccp, UCP e concetti assimilabili?

E infine che rapporto c'è tra questi modelli e la loro pratica realizzabilità? È pensabile e possibile che trasformazioni del sistema sanitario e della sua organizzazione, radicali così come si prospettano, possono avvenire senza un imponente investimento in conto capitale?

È pensabile che il sistema delle cure primarie che frammentariamente emerge possa realizzarsi senza prevedere organici di personale sanitario, segretariale, di assistenza non inferiore alle cinquantamila unità?

E ancora: se il sistema sanitario inglese assiste e cura 60 milioni di cittadini con circa 35 mila MMG con un deficit stimato di 2-3 mila unità, ma con più di 150 mila unità di personale sanitario ed ausiliario, è proprio corretto pensare alle cure primarie basate su un fabbisogno di circa 65-70 mila tra MMG, pediatri di libera scelta e medici ex guardia medica? Occorre forse ripensare il dimensionamento delle risorse umane in termini di redistribuzione e trasferimento dei compiti, impiegando più unità di personale di studio e riducendo il numero dei medici a vantaggio del personale non medico?

E ancora. In quali strutture murarie pensiamo di incardinare le Unità Complesse? Sappiamo bene che esiste in tutti i paesi del mondo una grave criticità della MG/CP nelle aree metropolitane. Nel centro storico di Roma, Milano e progressivamente di tutte le città medio grandi del Paese gli studi dei MMG sono di fatto allontanati dalle difficoltà logistiche e dagli alti costi. La nostra MG è forte nei piccoli centri e nelle periferie grazie alla maggior agilità logistica ed a costi contenuti. È del tutto evidente come l'erogazione delle cure, in presenza di forti specificità locali, non possa basarsi su un modello unico né su un finanziamento unico, pena la totale desertificazione assistenziale nelle zone urbane ad alta intensità di costi.

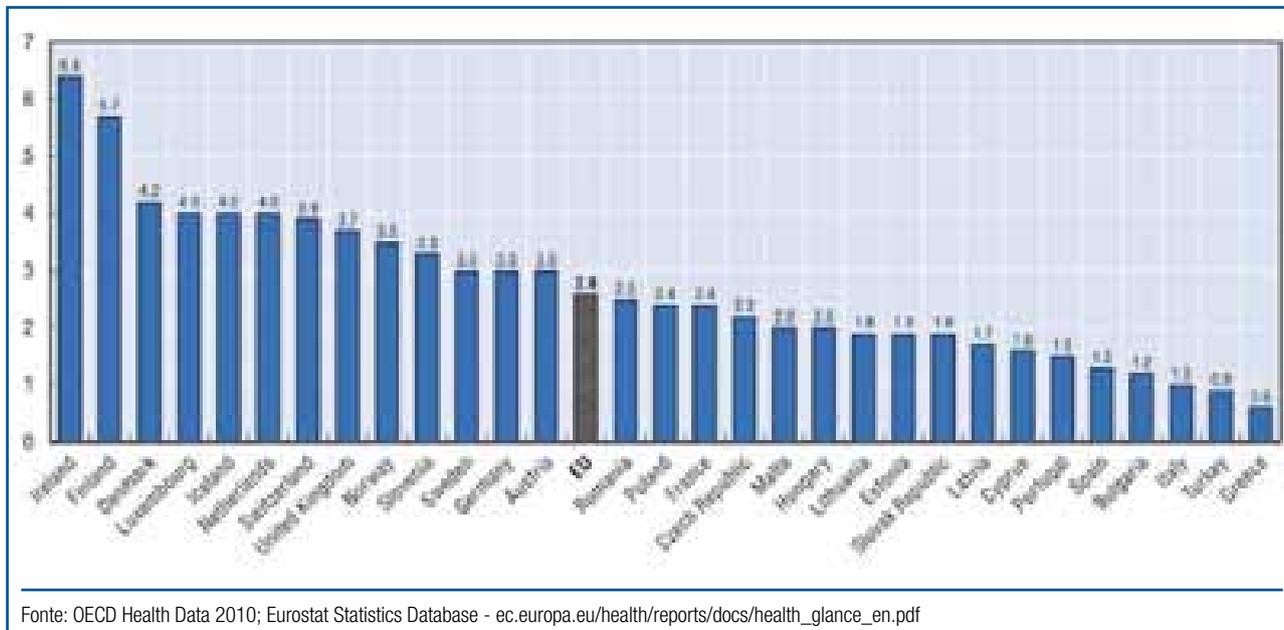
Dobbiamo quindi porci il problema se possa mai esistere una modellistica unica adattabile a tutte le realtà regionali e locali. E quale relazione esista tra le funzioni strettamente mediche, le cure, quelle assistenziali infermieristiche e riabilitative, e quelle sociali e socio assistenziali, considerando la differenza a volte abissale di impostazioni, culture, territori, tradizioni, orografie e risorse tra luoghi diversi. I sistemi sanitari moderni sono di tipo fortemente adattativo e non tollerano modellistiche né uniche né rigide.

Health Search ha per l'ennesima volta fotografato la realtà sanitaria del Paese vista dal punto di osservazione della MG. Conosciamo oggi la distribuzione delle malattie, dei problemi, l'epidemiologia generale e speciale della popolazione italiana. SISSI ha iniziato a fotografare, come un Hubble della sanità italiana, le dimensioni della varianza dei comportamenti dei medici lasciando intravedere ciò che peraltro sospettavamo da tempo: è possibile che le statine siano più prescritte nella popolazione anziana che in quella naturalmente da sottoporre a prevenzione primaria? Ci sono vasti ambiti di cure insoddisfacenti, comportamenti inadeguati legati a bassa aderenza e persistenza terapeutica. Ma c'è una monumentale capacità della MG di tenere sotto controllo la salute degli italiani, di contenere i costi, di seguire percorsi virtuosi malgrado l'investimento sulla MG sia stabilmente declinante.

Malgrado le diatribe, i MMG stanno reggendo la sfida dei farmaci generici e sostenendo le politiche nazionali e regionali di sostenibilità del sistema. I nostri dati confortano la visione fortemente positiva di una MG che malgrado le crescenti difficoltà, la politica di bassi salari, la mancanza di investimenti in conto capitale, stringe i denti ed offre a questo Paese il raggiungimento di obiettivi di salute superiori alla media europea.

Siamo i cittadini con i tassi più elevati di vita senza malattia, e quasi tutti i Paesi europei spendono di più per ottenere un minor numero di anni vissuti senza malattia. Il rapporto tra vita trascorsa in salute ed aspettativa di vita alla nascita è tra i più elevati del mondo. Tutti gli

indicatori di salute fotografati dal rapporto OECD testimoniano una efficacia del sistema sanitario nettamente sopra la media. Fatto pari a 2,6 la media europea, in Italia il rapporto si attesta sull'unità. E gli infermieri sono concentrati quasi tutti nella struttura ospedaliera. Eppure il rapporto tra infermieri e medici nel Paese è tra i più bassi d'Europa. Solo Grecia e Turchia fanno peggio di noi.



I tassi di vaccinazione antinfluenzale sono elevatissimi, ed il tasso di crescita della spesa farmaceutica è il più basso d'Europa. Tanti altri dati sono desumibili dal rapporto OECD 2010 ma al di là delle cifre la cui interpretazione deve essere analizzata con attenzione, abbiamo comunque un SSN ben performante e cure primarie che malgrado le restrizioni ed il costante disinvestimento tengono la posizione. Magari all'italiana, compensando con l'inventiva ed il volontarismo la scarsità di risorse, ma sempre con orgoglio e senza lamentazioni e geremiadi.

Da poco abbiamo inoltre lanciato una iniziativa senza riscontro anche in realtà sanitarie più avanzate della nostra. Il processo di *Clinical Governance* è stato da noi esteso volontaristicamente a migliaia di MMG. Senza grandi incentivi, nell'apparente indifferenza di gran parte delle regioni, migliaia di medici di famiglia hanno cominciato ad analizzare gli obiettivi di salute, a valutare gli outcome di salute attuali con l'intento di migliorarli ed affinare la qualità professionale.

È iniziato un movimento, da noi promosso per primi ed in esclusiva, in cui diviene possibile la valutazione e la ponderazione dell'efficacia dell'intervento professionale.

Al di là della qualità dei sistemi sanitari regionali e locali i medici italiani si stanno dando degli obiettivi di buone cure che nel giro di poco tempo saranno confrontabili a livello nazionale.

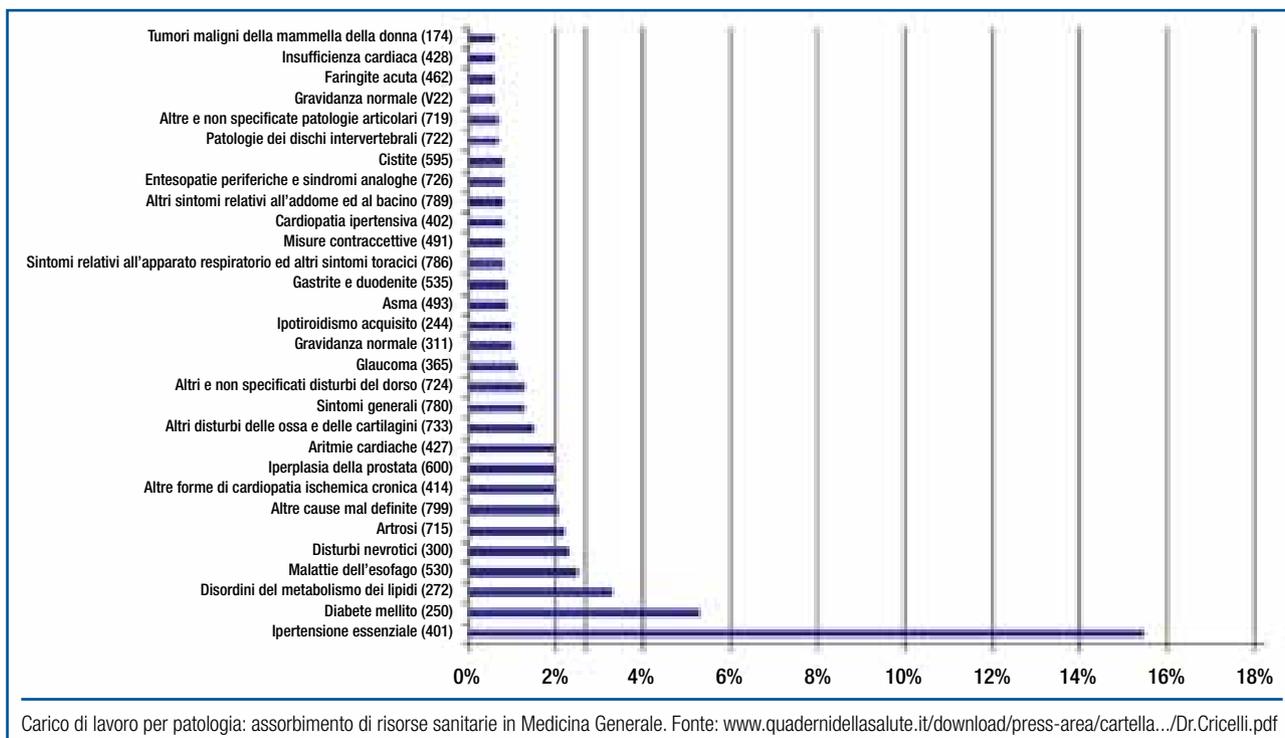
Potremmo giungere a fotografare la vera efficacia di un sistema sanitario regionale attraverso la quantificazione degli obiettivi di cura. I costi standard che hanno oggi natura e parametri prevalentemente economici sono destinati ad essere valutati in rapporto ai risultati reali delle buone cure.

Siamo l'unica professione che stia provando a misurare la redditività dell'allocatione di risorse in termini di risultati di salute generati da ogni singolo euro investito e a darsi degli obiettivi di miglioramento della performance.

Questo è il quadro e la fotografia di uno dei tanti paradossi nazionali. Una MG in crescita orgogliosa malgrado il declino degli investimenti e dell'attenzione, fatta eccezione per l'azione ostinata dell'attuale Ministro della Sanità che ha fatto delle cure primarie il suo obiettivo e la sua bandiera.

Piaccia o meno è arrivato il momento di cambiare. La mia personale impressione, che molti condividono, è che con questo armamentario e queste risorse a disposizione abbiamo raggiunto il massimo ed il meglio che la professione possa dare.

E non possono essere modelli astratti, costruiti al di fuori della professione, a modificare la realtà e disegnare la strada per il futuro. Non sono i modelli sanitari da soli a migliorare la performance. Si può andare oltre i limiti attuali solo modificando radicalmente il sistema delle cure primarie, allocando risorse che io stimo essere leggermente inferiori alla programmazione degli inglesi i quali *presumono un miglioramento dell'efficienza allocativa dello NHS pari a 25 miliardi di € entro il 2014 da reinvestire nel processo di miglioramento fondato sull'affidamento alla MG dei poteri di controllo e di acquisto delle cure.*



Per quanto io ritenga totalmente inverosimile l'applicazione pedissequa di questa politica al contesto italiano e al di là di ogni possibile confronto tra politiche nazionali, il dato conferma che si possono presumere e programmare risultati migliorativi dell'efficienza del sistema sanitario fino a quasi un quarto del consuntivo, trasferendo funzioni e modificando il ruolo delle cure primarie.

Occorre pensare invece ad un sistema armonico nel quale le cure primarie si vedano riconosciute non funzioni nebulose ma compiti precisi, itinerari semplici verso la presa in carico di funzioni e servizi estesi ma sostenibili.

Si deve infine affrontare il problema degli investimenti necessari a realizzare le trasformazioni e il tema non più rimandabile delle opzioni premianti chi si impegna a portare a compimento il processo di innovazione e di qualità professionale.

Dobbiamo impegnarci tutti a creare le condizioni perché questo processo venga avviato e portato a livelli avanzati entro questa legislatura, nel corso della quale come forse mai in precedenza l'esigenza della concreta evoluzione di un sistema equilibrato di cure primarie è stato riaffermato con forza e convinzione da parte di tutti gli attori dello scenario.

Siamo oggi di fronte ad una opzione di cambiamento radicale che trasferisca sulle cure territoriali il compito della governance primaria del sistema sanitario. Per raggiungere un almeno iniziale consenso sulle modalità di sviluppo del processo è necessario che gli attori e le funzioni del sistema sanitario inizino un percorso che parta dall'inventario dell'esistente, dalle molte capacità, dalle esperienze, dagli esperimenti e dalle opportunità che i professionisti ed i responsabili politici ed organizzatori del sistema hanno creato nel tempo.

La professione deve oggi fare uno sforzo di unificazione delle risorse interne evitando la competizione e la concorrenza tra associazioni a favore di una grande coalizione e concorrenza di intenti. Porti ognuna ciò che possiede ed ha costruito con lo scopo di migliorare il destino di tutti. Sto dicendo che più del potere deve contare la temperanza, la competenza e la sapienza.

E benché affermi l'Ecclesiaste con pessimismo che: ... dove c'è molta sapienza c'è molto affanno e chi aumenta la conoscenza, aumenta il dolore ... noi crediamo invece che la conoscenza, la lucidità del pensiero e la risolutezza dei comportamenti costituiscano per la nostra professione l'unica possibile soluzione per il futuro.

Claudio Cricelli

Presidente SIMG