

## Dal salto di qualità al salto nel buio

Claudio Cricelli<sup>1</sup>, Ignazio Grattagliano<sup>2</sup>, Alessandro Rossi<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Presidente Emerito e Vicario, <sup>2</sup>vice-Presidente, <sup>3</sup>Presidente SIMG

In Italia, mentre si discute su potenziali emendamenti volti a trasformare il corso di formazione specifica per la Medicina Generale in qualcosa di simile ad una Scuola di Specializzazione universitaria, come nel resto d'Europa, per dare maggiore dignità alla nostra professione, il dibattito si è spostato bruscamente sulla riforma dell'organizzazione della medicina del territorio che sembra riguardare soltanto la Medicina Generale e la Pediatria di libera scelta.

Negli ultimi giorni siamo entrati in una fase convulsa in cui le rigide e perpetuate posizioni di fondo degli schieramenti politici sembrano prevalere sia sul sentimento popolare che dichiara gratitudine e preferenza ai medici di famiglia nella veste attuale di medici convenzionati con il SSN che sulle evidenze derivanti dai calcoli di economia sanitaria che dimostrano il significativo vantaggio dell'attività in convenzione, seppur da rivisitare, rispetto alla dipendenza.

Il Ministro rende pubblico quindi un dossier *"Linee programmatiche del riordino dell'assistenza primaria territoriale, della Medicina Generale e della pediatria di libera scelta al fine di garantire la piena operatività delle Case della Comunità"* che per certi versi spiazza i più rispetto a quanto si discuteva fino a ieri. In poche parole, fino a ieri coloro i quali dichiaravano la dipendenza del medico di famiglia come sistema moderno e progressista dell'assistenza medica di base si scontravano con chi riteneva, in atteggiamento conservatoristico, la convenzione come la soluzione migliore. Il dossier, mette tutti alla prova considerando entrambe le opzioni senza però essere passato al vaglio degli interlocutori destinatari e senza aver preso in considerazione una serie di punti che riteniamo fondamentali per una riforma strutturale.

Attenzione però a non commettere errori di metodo facendo prevalere l'analisi ideologica rispetto a quella strutturale e funzionale. In generale avviene che soltanto dopo aver superato questa stortura di fondo sarà possibile affrontare la questione nei dettagli contrattuali della nostra categoria.

Che l'evoluzione anagrafica e quella demografica in senso globale della popolazione italiana impongono

no significative revisioni del sistema assistenziale, è un dato di fatto che SIMG, inascoltata, propone da tempo come argomento portante delle decisioni politiche. Non è possibile oggi riformare prima di programmare, senza strumenti diagnostici, senza formazione specifica e senza sperimentazione controllata. E non è possibile programmare senza coinvolgere tutti gli attori interessati. La proiezione quantitativa del carico assistenziale è la condizione imprescindibile su cui deve basarsi una riforma che voglia sopravvivere al cambiamento demografico.

È necessario dimensionare i servizi prima di riorganizzarli con una stima del fabbisogno di medici, infermieri, posti letto, RSA, specialistica, peso della non autosufficienza (regione per regione, territorio per territorio). La questione diventa ancora più pesante se si guarda alla sostenibilità finanziaria della delega di fronte a proiezioni a distanza.

Infatti, proiezioni grossolane di fabbisogno a 20 anni sono in palese contraddizione con la clausola di invarianza finanziaria del decreto ministeriale. Mantenere lo stesso livello di copertura assistenziale per una popolazione che a 20 anni da oggi sarà più anziana del 35%, con il 50% di prevalenza di cronicità, con 6.2 milioni di non autosufficienti, richiede un fondo sanitario nazionale che punti a circa il 7.5-8.0% del PIL, contro il 6.15% attuale. Ma per la politica italiana molto spesso non è così!! A noi invece risulta chiaro che nessuna riforma sanitaria radicale può essere costruita razionalmente senza una proiezione quantitativa del carico assistenziale che il sistema sarà chiamato a sostenere nei prossimi 15-20 anni.

La programmazione sanitaria, intesa come articolazione tra demografia clinica, epidemiologia evolutiva, innovazione diagnostica e terapeutica, organizzazione dei servizi, è il presupposto scontato di ogni riforma. Tra l'altro, sarebbe stato decisamente logico immaginare di subordinare questo provvedimento "dossier", definito "urgente", alla legge delega sulla riforma del SSN che attualmente è in discussione proprio al Ministero. Un provvedimento svincolato e non integrato in pieno con un quadro complessivo di riforma Territorio-Ospedale rischia di porre basi potenzialmente contraddittorie o addirittura influenzare inevitabilmente la legge di riordino del SSN in cui

dovrebbero essere incluse le modalità di specializzazione e di accesso alle professioni sanitarie, tra cui la Medicina Generale.

Entriamo nel merito della questione.

Come i principi di economia sanitaria insegnano, il sistema assistenziale migliore è senza dubbio quello che produce più salute per unità di risorsa investita, che meglio si adatta a un contesto sociale ed economico in rapida evoluzione, e che esprime la capacità di essere flessibile soprattutto quando si avvicinano territori meno agiati. In questo scenario se la scelta di dipendenza producesse più salute, più efficienza e più adattabilità, andrebbe sospinta e adottata senza esitazione.

Al contrario deve essere contestata con argomenti di sostanza, non ideologici. Infatti, studi basati sull'analisi comparata di diversi sistemi assistenziali di base a livello internazionale restituiscono una risposta inequivocabile: l'efficienza dei sistemi sanitari di quindici Paesi OCSE applicando l'indice HOPi (*Health Outcome Per Input*)\* e il *Composite Healthcare Efficiency Index (CHEI)\*\** integrato con indicatori di primo livello, collocano ancora oggi l'Italia al primo posto al mondo (16.2 anni di vita per ogni 1.000 dollari investiti, contro 8.7 della Germania e 5.3 degli USA).

La forza delle cure primarie, misurata come tasso inverso di ospedalizzazioni per condizioni sensibili alle cure ambulatoriali, e l'efficienza composita del sistema è  $r = -0,82$ . I sistemi con cure primarie robuste mostrano tassi di ricoveri inappropriati inferiori del 50% rispetto ai sistemi con cure primarie deboli.

Questo primato italiano non è casuale ma è il prodotto di un sistema basata su una Medicina Generale convenzionata che ha mantenuto, nonostante tutti i suoi limiti, le caratteristiche strutturali che la letteratura internazionale identifica come predittive dell'efficienza: primo accesso universale, continuità della relazione fiduciaria, funzione di filtro, radicamento comunitario (dove si insedia uno studio medico, in qualunque forma organizzativa, rappresenta un luogo dove si operano cure, assistenza e si diffonde salute).

I sistemi che invece hanno optato per la dipendenza del medico di famiglia, Regno Unito incluso, mostrano performance peggiori nei tre indicatori più direttamente collegati alla forza delle cure primarie: tassi di ospedalizzazioni evitabili più elevati, minore soddisfazione del paziente, minore attrattività della specializzazione per le nuove generazioni. Quest'ultimo

punto, che ci riporta all'introduzione di questo articolo, è diventato il più preoccupante in quanto caratterizzante la grave crisi strutturale di carenza di medici di famiglia.

Veniamo alla cosiddetta architettura organizzativa.

Esiste una distinzione fondamentale tra la governance verticale e quella longitudinale. L'ospedale funziona con la governance verticale - presenza di specialisti, urgenza decisionale, interdipendenza immediata - in cui la dipendenza gerarchica, in quel contesto, è la forma organizzativa appropriata.

Le cure primarie a livello territoriale devono funzionare invece con una governance longitudinale tipica del sistema convenzionale (continuità assistenziale nel tempo, conoscenza profonda del paziente e del suo contesto, adattamento dinamico a bisogni che cambiano). Applicare i modelli organizzativi al contrario è un grave errore di partenza.

Tra l'altro, se il provvedimento del Ministro inquadra le costruende Case di Comunità come esclusivo momento funzionale agli Ospedali, quindi con funzione di filtro del Pronto Soccorso e di riduzione delle liste di attesa, il personale sanitario operante dovrebbe quindi puntare soltanto allo smaltimento delle "urgenze" con una serie di prestazioni diagnostiche, strumenti e personale non definite. Si perpetua così l'errore di fondo di non pensare al governo della richiesta ma allo smaltimento della domanda.

La politica non considera poi che i cambiamenti di rotta volti alla ricerca dell'efficienza delle cure primarie non si confrontano con i concetti derivati dai risultati inequivocabili della ricerca. Studi di *Data Envelopment Analysis* su 20 Regioni italiane, 22 Paesi europei e una *systematic review* internazionale convergono su una stessa conclusione: interventi che alterano la struttura di governance, come l'introduzione della dipendenza, senza aver prima ricalibrato altri elementi del sistema (coerenza tra strutture di governance territoriali ed ospedaliere, risorse disponibili e natura della funzione clinica) rischiano di ridurre l'efficienza complessiva anche quando aumentano la controllabilità procedurale.

È ipotizzabile una terza possibilità, oltre le due descritte inizialmente, che consenta sviluppi realmente praticabili ed efficienti e che metta insieme in maniera proporzionata i tre pilastri funzionanti: pubblico,

integrativo ed *out-of-pocket* regolato. Nel pubblico è ipotizzabile la formazione p.es. di gruppi di 7-12 medici con infermieri di comunità, assistenti sociali e personale amministrativo, governance con coordinatore eletto, budget condiviso, strumenti digitali di stratificazione della popolazione, *accountability* per risultati basati su indicatori predefiniti.

Un modello compatibile con il DM 77/2022 e con le strutture AFT già operanti, costruito sulla valorizzazione dell'autonomia professionale e sulla responsabilità per esiti misurabili e non sulla apertura in parallelo alla subordinazione gerarchica che trasforma il medico in operatore esecutivo di decisioni prese altrove (burocrate) e che deve rispondere e tutelare più gli interessi dell'azienda da cui dipende che la salute del cittadino che si rivolge a lui per una qualunque domanda di cura o di assistenza.

La proposta di riordino dell'assistenza primaria ("dossier") contiene elementi trasformativi rilevanti e, al tempo stesso, profili di rischio professionale, previdenziale, regionale e istituzionale. Le criticità non riguardano soltanto il rapporto giuridico tra convenzione e dipendenza. Riguardano l'intero modello di funzionamento del territorio.

#### Criticità di consenso professionale

La categoria medica potrebbe percepire la riforma come una riduzione dell'autonomia professionale, soprattutto se il nuovo assetto sarà comunicato come obbligo di presenza, debito organizzativo, turnazione e subordinazione funzionale alle Case della Comunità. Il rischio principale è che la riforma venga letta come passaggio mascherato alla dipendenza, commissariamento della convenzione, riduzione del ruolo fiduciario, incremento di compiti senza adeguata remunerazione, trasformazione del medico in esecutore di programmi amministrativi, compressione della libertà organizzativa dello studio. Una prospettiva alternativa considera il MMG come professionista clinico di prossimità, parte di una rete, ma non ridotto a terminale operativo del distretto.

#### Criticità organizzativa

La riforma presume l'esistenza di strutture territoriali funzionanti. In molte realtà, tuttavia, le Case della Comunità sono ancora in fase di realizzazione, non dispongono di personale sufficiente, non hanno piattaforme digitali realmente interoperabili e non sono integrate con i servizi sociali, specialistici e domiciliari. Imporre obblighi ai medici prima che l'infrastruttura

ra sia funzionante produrrebbe un effetto paradossale: la responsabilità dell'inefficienza organizzativa verrebbe con ogni probabilità scaricata sui professionisti.

#### Criticità regionale

Il territorio italiano è fortemente diseguale. Le stesse regole applicate in Lombardia, Toscana, Calabria, aree interne appenniniche, isole minori o aree metropolitane producono effetti molto diversi. Il rischio è una regionalizzazione diseguale della riforma: regioni forti capaci di organizzare équipe, sedi e digitale; regioni fragili costrette a usare la riforma come copertura formale; aree interne ulteriormente penalizzate; grandi aree urbane sovraccaricate; mobilità professionale verso territori più attrattivi.

#### Criticità economica

Il documento rinvia molti aspetti economici a futuri allegati, valutazioni e autorizzazioni di spesa.

Questo profilo richiede un approfondimento specifico. Una riforma che aumenti responsabilità, presenza strutturata, attività nelle Case della Comunità, digitalizzazione, monitoraggio e presa in carico non può essere costruita prevalentemente a risorse invariate. La criticità economica non riguarda soltanto il livello assoluto di spesa, ma il metodo di imputazione dei costi.

#### Criticità previdenziale

Il tema ENPAM è centrale. Qualunque spostamento strutturale dalla convenzione alla dipendenza modifica i flussi contributivi attesi, incide sulla composizione delle gestioni previdenziali e può alterare equilibri già sottoposti a pressione demografica. Non basta affermare che restano fermi gli obblighi contributivi. Richiedono simulazione gli effetti sui contributi della gestione convenzionata, sui saldi previdenziali, sul rapporto attivi/pensionati, sulle aspettative pensionistiche individuali, sulla sostenibilità attuariale, sul patrimonio destinato a prestazioni future, sull'equilibrio intergenerazionale.

Le prospettive possibili aprono a scenari quali una riforma integrata e governata, oppure una riforma burocratico-obbligatoria, o infine un doppio binario competitivo con regionalizzazione diseguale. Infine, esiste anche la possibilità che la riforma resti incompiuta e non in grado di assolvere ai principi animatori né fornire risposte a chi le cerca.

Se non verranno prese in considerazione tutte queste forti criticità, diversamente il territorio rischierà una deriva verso l'ospedalizzazione forzata, inseguendo

modelli burocratici superati da tempo o incompiuti. Il panorama che si sta purtroppo delineando comporta alcune insidie che rischiano di scardinare l'essenza stessa del medico di famiglia: la perdita del rapporto fiduciario medico-paziente, la scomparsa degli studi medici di prossimità soprattutto nei quartieri più difficili e nei territori meno agiati, la trasformazione del territorio in un ospedale diffuso. Occorre invece definire funzioni, percorsi e interrelazioni tra studi medici, AFT, Case di Comunità, distretti, COT, medicina specialistica, infermieristica, servizi sociali e digitalizzazione con ingaggi, ruoli, compiti, responsabilità definite dei professionisti, siano essi in autonomia o team di vario tipo, e con supporto amministrativo qualificato e infermieristico. Solo così si potranno avere dati interoperabili e non solo amministrativi, indicatori pertinenti, audit utili, responsabilità condivise, e ci si potrà permettere una programmazione efficace con annessa valutazione degli esiti.

Resta una sconcertante domanda: come è possibile al giorno d'oggi far finta di non conoscere e non capire tutto quanto qui raccontato e che solo restituendo centralità clinica operativa al medico di famiglia e proteggendo fino in fondo il rapporto di fiducia con il paziente si potranno affrontare le difficili sfide del futuro prossimo?

#### **\*Indice di produzione sanitaria per input (HOPI)**

Definizione di HOPI = Aspettativa di vita alla nascita (anni) / Spesa sanitaria pro capite (USD aggiustati per la parità di potere d'acquisto, in migliaia)

Questo rapporto esprime gli anni di vita guadagnati in termini di salute per ogni 1.000 USD di spesa sanitaria aggiustata per la parità di potere d'acquisto. L'utilizzo

della spesa aggiustata per la parità di potere d'acquisto è essenziale: garantisce che il denominatore rifletta il potere d'acquisto reale, ovvero ciò che un paese acquista effettivamente con la sua spesa sanitaria, piuttosto che importi in valuta nominale che favorirebbero i paesi con valute più deboli e penalizzerebbero le economie con costi elevati. L'HOPI è dimensionalmente trasparente, comparabile a livello internazionale e riproducibile a partire dai dati standard dell'OCSE. Si tratta di un rapporto di efficienza descrittivo, non di una stima della funzione di produzione; non tiene conto di tutti i fattori confondenti delle differenze di longevità tra i paesi e dovrebbe essere interpretato insieme a indicatori complementari.

#### **\*\*Indice Composito di Efficienza Sanitaria (CHEI)**

Il CHEI integra tre componenti ponderate in egual misura (1/3 ciascuna):

1. Punteggio dell'Indice HAQ (scala 0-100; fonte: GBD/OMS) - misura l'accesso e la qualità dell'assistenza sanitaria attraverso la mortalità evitabile dovuta a 32 patologie; non dipende dalla spesa e quindi neutrale rispetto alla parità di potere d'acquisto (PPP).
2. Tasso di ospedalizzazione per ACSC invertito (per 100.000 abitanti; fonte: OCSE) - misura l'efficacia dell'assistenza primaria attraverso la prevenzione delle ospedalizzazioni evitabili; espresso come tasso di popolazione, neutrale rispetto alla PPP.
3. Spesa sanitaria pro capite invertita (USD PPP; fonte: OCSE) - coglie l'efficienza dei costi; aggiustata per la PPP per garantire che la penalizzazione in termini di efficienza per una spesa maggiore rifletta l'uso reale delle risorse, non le differenze di livello dei prezzi.



# SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI  
DI MEDICINA GENERALE  
E DELLE CURE PRIMARIE