



La Medicina Generale può essere davvero una branca specialistica autonoma e perché conviene investire sulla formazione specialistica della Medicina Generale?

Ignazio Grattagliano¹, Alessandro Rossi², Claudio Cricelli³

SIMG ¹vicePresidente, ²Presidente, ³Presidente emerito

In questi ultimi tempi si è ripreso a parlare non poco della necessità di inquadrare la Medicina Generale come una vera e propria specialità autonoma con trasformazione del corso di formazione specifica di tre anni in un corso quadriennale o addirittura in un vero percorso di specializzazione universitario. Questi potenziali cambiamenti della formazione specifica si confrontano inevitabilmente con la descrizione degli aspetti basilari che caratterizzano una disciplina medica indipendente (**job description**), esattamente come le altre, di un solido programma formativo che includa ruoli e competenze specifiche della professione (**core curriculum**), di una organizzazione propria del lavoro, di adeguamento alla legislazione universitaria italiana ed europea.

Quest'ultimo punto include il rispetto di sostanziali requisiti minimi. Infatti, la legislazione universitaria europea per la specializzazione in Medicina Generale è regolamentata dalla Direttiva 2005/36/CE sul riconoscimento delle qualifiche professionali, aggiornata negli anni per garantire standard minimi di formazione e la libera circolazione dei medici.

In questi ultimi anni, la maggior parte delle nazioni europee sta convergendo verso un modello di specializzazione universitaria (triennale o quadriennale), le cui modalità organizzative specifiche restano di competenza dei singoli Stati membri ma paragonabili per numero minimo di ore di pratica clinica.

In Italia, è in atto un dibattito politico-sindacale-scientifico, supportato da emendamenti, per trasformare definitivamente l'attuale corso di formazione specifica in una Scuola di Specializzazione universitaria a tutti gli effetti, allineandosi al resto d'Europa.

Per inquadrare in sintesi la questione, a partire

da queste premesse, alcuni elementi appaiono imprescindibili: il profilo curricolare, il profilo professionale, la qualità della vita e delle cure, l'evidenza di efficienza e il ruolo della società scientifica.

Il profilo curricolare ed il profilo professionale atteso non sono elementi separati, ma profondamente integrati nel **core curriculum**. Dichiarare in modo esplicito l'insieme delle competenze necessarie per esercitare una moderna Medicina Generale, al passo con i tempi delle altre branche della medicina, rappresenta una manifestazione di maturità della disciplina che smette di essere esposta a definizioni e giudizi esterni, spesso riduttivi del ruolo occupato nella sanità pubblica. Di conseguenza, la definizione delle competenze del MMG non può limitarsi ad una analisi dell'esistente, alla descrizione di un profilo professionale "medio" ma deve puntare ad un livello di professionalità che collochi il MMG in un sistema di cure primarie capace di rispondere ad una crescente richiesta di interventi anche socio-sanitari basati spesso su nuovi bisogni di salute espressi dalla popolazione assistita e di integrarsi efficacemente con gli altri livelli dell'assistenza. Pertanto, la definizione chiara delle competenze è il presupposto per il riconoscimento della Medicina Generale come branca autonoma.

Vi è inoltre un corollario spesso trascurato: definire le competenze non è soltanto la premessa del riconoscimento, ma anche la condizione che rende l'attività della Medicina Generale finalmente misurabile. Non si pesa l'efficienza di una disciplina priva di un perimetro esplicito: l'autonomia è la preconditione dell'evidenza economica, non la sua alternativa.

In quest'ottica, il superamento dell'inquadramento riduttivo della nostra professione, intesa come filtro del sistema o come livello più basso della

medicina, potrà permettere di affermarne le caratteristiche generali e specifiche, rappresentate dalla complessità, dal valore clinico, organizzativo e comunitario, dal significato vero del tempo di cura non limitato a momenti di diagnosi e prescrizione terapeutica, ma anche di ascolto, inquadramento del problema, condivisione negoziale

di potenziali soluzioni, suggerimenti e consigli individuali. La realizzazione di questi passaggi, appena descritti, può permetterci di affrontare al meglio la crisi identitaria ed il *burnout* della professione.

La voluta assenza di riconoscimento e di perimetrazione del ruolo da parte dei nostri politici amministratori alimenta

disorientamento, sovraccarico e perdita di senso. Una chiara identità professionale è indubbia attrice di sostenibilità e tenuta del sistema.

A questo si aggancia la qualità della vita del medico. Non dimentichiamoci che il benessere professionale è parte integrante della qualità delle cure. Supportare il lavoro del MMG con gli adeguati interventi organizzativi ed amministrativi permette indubbiamente di conciliare *best practice* e sostenibilità della vita nelle diverse condizioni personali e familiari. La flessibilità del lavoro, attraverso la costituzione di modelli assistenziali innovativi e sostenibili, che riconoscano la complessità clinica ed assistenziale della professione, sono oggi aspetti cruciali e, se attuati, rappresenterebbero nuova linfa per i giovani convenzionati. Questo è un obiettivo strategico, non accessorio, soprattutto in base al dato incontrovertibile della femminilizzazione della professione. A questi argomenti, identitario e professionale, se ne aggiunge uno che troppo spesso resta implicito: quello dell'efficienza.

Il riconoscimento della Medicina Generale come branca autonoma non è soltanto una questione di dignità, ma una scelta di efficienza allocativa documentabile, a una condizione: che si renda esplicito il nesso tra definire e misurare. Non si pesa l'efficienza di una disciplina priva di un core curriculum e di un perimetro di competenze chiaro; la definizione delle competenze, lungi dall'essere alternativa all'argomento economico, ne è la precondizione ed è l'atto che rende l'efficienza della Medicina Generale finalmente misurabile e, dunque, rivendicabile ai tavoli istituzionali. La leva è nota a ogni clinico: la penna nelle mani del medico di famiglia muove molto più denaro del suo compenso. La Medicina Generale assorbe una frazione contenuta della spesa sanitaria corrente - nell'ordine del 5-6% - ma governa, in qualità di regista del percorso assistenziale, gran parte della spesa indotta: prescrizione farmaceutica, specialistica, diagnostica e, soprattutto, ricoveri.

È in questa asimmetria che risiede il punto di massima leva dell'intero sistema: agire sulla qualità formativa e organizzativa di un fattore a basso costo unitario significa incidere sugli esiti, e sui costi, a valle. Una Medicina Generale specialistica e ben organizzata non rappresenta perciò un costo

COME SI PESA L'EFFICIENZA DELLA MEDICINA GENERALE (per i Clinici)

- ▶ **ACSC (ricoveri evitabili):** conta in modo sistematico e certificato i pazienti che la buona Medicina Generale tiene fuori dall'ospedale (scompenso, BPCO, diabete complicato, ipertensione). Alto = il filtro non tiene; basso = territorio efficace. Va sempre risk-adjusted e confrontato tra territori comparabili.
- ▶ **HOPI / CHEI:** indici compositi che misurano come avviene la presa in carico, non solo quanto.
- ▶ **Mortalità evitabile:** la quota di decessi prevenibili con cure tempestive ed efficaci a livello territoriale.
- ▶ **DEA / analisi di frontiera:** confronta le Regioni e individua chi, a parità di risorse, ottiene di più: la distanza dalla frontiera è il margine recuperabile, non un giudizio assoluto.
- ▶ **PNE (AGENAS):** fonte ufficiale e pubblica degli esiti. Usarla significa parlare con i dati dello Stato, non con numeri propri.
- ▶ **EASE-CEA:** quanti euro per evitare un ricovero o guadagnare un'unità di salute. Mette la Medicina Generale sulla stessa bilancia costo-efficacia di un farmaco.
- ▶ **Leva di costo:** la Medicina Generale costa il 5-6% della spesa ma governa gran parte di quella indotta: la penna del MMG muove più denaro del suo compenso.
- ▶ **Curva a J:** come avviare bene un cronico: costa di più all'inizio, previene lo scompenso costoso dopo. Il pareggio dell'investimento formativo arriva in pochi anni.

NOTA METODOLOGICA

La catena di misura richiamata nel testo procede dagli indicatori clinico-epidemiologici a quelli economici: ACSC → HOPI/CHEI → mortalità evitabile → DEA (analisi di frontiera) → PNE (AGENAS) → EASE-CEA. Per l'analisi di efficienza tecnica applicata alle cure primarie si rimanda alla letteratura¹. L'analisi costo-efficacia di sistema fa riferimento al modello EASE-CEA². L'impianto complessivo è sviluppato in *Rethinking Healthcare Sustainability* (Cricelli C et al, in preparazione). Gli ordini di grandezza economici (incidenza della Medicina Generale sulla spesa, curva a J, milestone ACSC) rappresentano indicatori di efficacia.

1. Pelone F, et al. The measurement of relative efficiency of general practice and the implications for policy makers. *Health Policy* 2012;107:258-68.

2. Cricelli C Honorary Deputy Chairman, et al. EASE-CEA: an Italian general practice reform model balancing autonomy and accountability in Italy's primary care. *Fam Med Community Health* 2026;14:e003455.

aggiuntivo, ma il fattore che comprime la spesa evitabile e contrasta quella deriva strutturale dei costi - la cosiddetta malattia dei costi di **Baumol** - tipica dei servizi ad alta intensità relazionale, nei quali la relazione di cura è essa stessa il prodotto e non è comprimibile senza perdita di valore. Soprattutto, questa convenienza non è postulata ma pesata. Disponiamo oggi di una catena di strumenti che traduce la qualità delle cure primarie in grandezze economiche: i ricoveri evitabili (**Ambulatory Care Sensitive Conditions**, ACSC) come proxy - certificato dal Programma Nazionale Esiti di AGENAS - di ciò che una buona presa in carico evita ricoveri; gli indici compositi di qualità dell'assistenza (**HOPI/CHEI**); la mortalità evitabile; l'analisi di frontiera (**Data Envelopment Analysis**) per collocare ciascun sistema regionale rispetto al migliore a parità di risorse; e l'analisi costo-efficacia (**EA-SE-CEA**), che pone l'investimento sulla Medicina Generale sulla stessa bilancia con cui si valuta un farmaco - il che equivale, di fatto, a trattarla come una specialità a pieno titolo.

Il ritorno di un simile investimento segue tipicamente una **curva a J**: spesa in salita nei primi anni, risparmio sulla spesa evitabile a regime, con un punto di pareggio raggiungibile in pochi esercizi. Il confronto intra-nazionale tra i ventuno sistemi regionali dimostra inoltre che la variabilità non è ineluttabile ma in larga parte organizzativa: la distanza dal migliore non è destino, è spesa evitabile e quindi margine recuperabile.

In questo contesto si gioca il ruolo della società scientifica che viene pesata in base a quanto più incisiva riesce ad essere nelle sue visioni e prospettive a livello scientifico, politico, istituzionale. Premesso che una società scientifica è tanto più autorevole quanto più è solida sul piano scientifico, partendo da questo concetto, è possibile ipotizzare che una comunità professionale capace di produrre sapere, metodo ed evidenze può vedere riconosciute le proprie competenze sia nel confronto con le altre specialità, sia nei tavoli istituzionali. Una società scientifica solida produce ricerca, promuove attività, innesca confronti paritari con altre società scientifiche, genera senso di appartenenza a una comunità caratterizzata da visione e prospettive comuni, nell'ottica di rafforzare la salute della professione.

Significa promuovere **mentoring**, supporto ai colleghi in difficoltà, sviluppare ricerca orientata all'emersione delle buone pratiche, delle criticità e dei bisogni reali, contribuendo con dati robusti e prospettici alle analisi di contesto su cui devono fondarsi le decisioni politiche.

Ne consegue che fare "Politica" è parte del mandato di una società scientifica. Significa non restare neutri di fronte a posizioni calate dall'alto, ma contribuire a costruire dinamiche utili alla comunità e nel rispetto della comunità, affermando con chiarezza il ruolo e le

competenze della Medicina Generale come leva per rappresentare istanze che riguardano professionisti e cittadini.

Realizzare e rappresentare tutto questo, sarà forse utopistico in Italia, ma il gioco dei ruoli deve animare uno sforzo comune e fondante, basato su lealtà, collaborazione e responsabilità collettiva, tutti elementi caratterizzanti il vero senso di appartenenza alla professione espressa attraverso la società scientifica, valore aggiunto ma essenziale per legittimare una crescita autentica della disciplina che punti ad essere ritenuta una specialità autonoma.



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DEI MEDICI
DI MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE