

Il paradossale successo della Medicina Generale Italiana orfana di Primary Care

Claudio Cricelli
SIMG - Presidente Emerito Vicario

I · La tesi

Comincio dalle conclusioni, perché è così che si discute di cose serie. Una sola tesi, e poi la verifico: la Medicina Generale sta reggendo sulle proprie spalle il SSN - con tutte le sue limitazioni - attraverso l'accesso delle cronicità, il presidio del territorio, il supporto alle aree interne; e lo fa grazie alla sua prossimità e alle quattro virtù che Barbara Starfield ha reso misurabili: primo contatto, continuità, globalità, coordinamento. Lo fa senza che il modello di Primary Care del DM 77 abbia mai avuto una struttura reale.

È questo il paradosso del titolo: il successo di una Medicina Generale orfana di Primary Care. Non è un'opinione di categoria. È ciò che dicono i dati, con la stessa evidenza con cui dicono che il Servizio, nel suo insieme, ha risultati di eccellenza europea e mondiale - ottenuti spendendo meno di quasi tutti i Paesi con cui ci confrontiamo.

La Medicina Generale è il settore in cui questo paradosso è più acuto: quello a cui è stato tolto di più, e quello che contribuisce di più all'efficienza del tutto.

Una premessa, per togliere di mezzo una discussione che ci ha occupati troppo a lungo. La sostenibilità della Medicina Generale non dipende dall'etichetta del sistema - convenzione o dipendenza, Bismarck o Beveridge. Dipende dall'allineamento di tre piani: come è organizzata, come è pagata, come se ne misurano i risultati. Regno Unito, Danimarca e Norvegia sono finanziati con le tasse come noi, e i loro medici di famiglia sono liberi professionisti pagati a quota. La dipendenza è una scelta, non un obbligo del sistema. Noi la quota capitaria l'abbiamo già: il compito è modernizzarla, non buttarla.

II · L'eccellenza del Servizio, e la sua misura

Partiamo dal sistema intero, perché la Medicina Generale ne è parte e ne condivide il destino. Tre cifre, da tenere distinte. La spesa pubblica: nel 2024 circa 138 miliardi, il 6,3 per cento del prodotto interno lordo, poco più di 2.300 euro per abitante - ultimi fra i Paesi del G7 per incidenza sul PIL. La spesa privata: altri 47 miliardi, circa 800 euro a testa, per oltre nove decimi pagati direttamente dalle famiglie. La spesa complessiva: 185 miliardi, l'8,4 per cento del PIL, circa 3.150 euro per abitante - che a parità di potere d'acquisto fanno 5.164 dollari, contro una media OCSE di 5.967. Comunque la si conti, siamo sotto la media dei Paesi con cui ci confrontiamo.

Con quella spesa si ottiene un'aspettativa di vita di 84,1 anni - la più alta dell'Unione, insieme alla Svezia - e una mortalità prevenibile di 93 per centomila contro una media OCSE di 145. Se misuriamo quanta vita produce ogni mille dollari di spesa complessiva, l'Italia è in testa: 16,2 anni, davanti a Portogallo, Spagna, Regno Unito, Germania e Stati Uniti, che si fermano a 5,3.

Sono conti OCSE, ricalcolabili da chiunque. E c'è la misura più semplice di tutte, che l'OMS pubblica per ogni Paese dal 2000: quanti anni di vita abbiamo guadagnato, e quanti li viviamo in buona salute. Su undici sistemi, dal 2000 al 2019, nessuno comprime la morbilità: tutti vivono più a lungo e tutti aggiungono anche anni di malattia. Ma l'Italia converte in salute l'84% degli anni guadagnati, seconda del gruppo per stabilità.

La Spagna, che ha un livello assoluto più alto del nostro, ne converte il 69% e la sua quota di vita in

salute cala nove volte più in fretta. Sul livello è avanti; sulla traiettoria è indietro. Questo è il contesto: un sistema che produce salute a costo basso, e che la produce in modo stabile.

III · Definanziata, regge e consolida

Dentro questo sistema, la fetta di spesa pubblica destinata alla Medicina Generale è scesa dal 6,2 al 5,1% in 11 anni: 114 euro per assistito, quasi cinque miliardi non affluiti. Nello stesso periodo l'aspettativa di vita in buona salute ha continuato a salire. Definanziata, e nonostante questo capace di produrre più salute: è ciò che accade quando l'euro è speso nel posto giusto - ed è, insieme, un avvertimento, perché un'efficienza spremuta così non è infinita.

Regge, e come. Regge l'accesso: è l'unico punto del sistema che ogni cittadino raggiunge senza lista d'attesa - il *patient access* delle cronicità, il presidio del territorio, il sostegno alle aree interne dove nient'altro arriva - e che oltre i 75 anni segue tre persone su quattro con due o più malattie insieme. Regge per prossimità, e per le quattro virtù di Starfield: è il primo contatto, dà continuità, prende in carico la persona intera e coordina ciò che gli altri fanno a pezzi. Regge il filtro: ogni problema risolto in ambulatorio è un accesso ospedaliero che non avviene, e oltre un certo punto un altro euro nell'ospedale aggiunge pochissima salute - come acqua su una pianta già bagnata. E consolida, perché possiede ciò che nessun altro livello possiede: un denominatore.

Un sistema che paga per una lista sa chi sono i suoi assistiti, anche quelli che non si presentano mai; sa quindi a chi deve rispondere. È questa la base - organizzativa, non contrattuale - su cui si costruisce la presa in carico di una popolazione che invecchia. La tentazione di leggere i confronti come una sentenza sul contratto - Portogallo e Spagna hanno il medico a stipendio, dunque… - è sbagliata: il Portogallo

mette sopra lo stipendio una quota, un premio di risultato e compensi a prestazione, dentro squadre guidate dal medico. Ciò che distingue i sistemi è l'organizzazione, non l'etichetta.

IV · Orfana di Primary Care

E qui il paradosso, che è anche il limite. Tutto questo la Medicina Generale lo fa senza un'architettura di *Primary Care* che la sostenga. Il DM 77 e le Case della Comunità sono - dovrebbero essere - lo scheletro della Medicina Generale: la struttura su cui la sua prossimità si organizza in funzioni di scala, in squadre, in presa in carico di popolazione.

Le due cose devono essere pensate, coordinate e costruite insieme, armonicamente. Sono state invece pensate, e percepite, come antitetiche e nemiche: la Casa contro lo studio, lo standard contro la lista, il dipendente contro il convenzionato. La conferma è empirica: 660 Case della Comunità attive su 1.723 previste, e solo 46 che rispettano gli standard di copertura.

Lo strato sistemico è cresciuto molto più di quello erogativo, e poiché la relazione fra i due è moltiplicativa, il prodotto resta basso. Torniamo alla domanda che Hannu Vuori, dall'Ufficio europeo dell'OMS, pose nel 1984: i MMG sono alleati o nemici della *Primary Health Care*? Quarant'anni dopo la domanda è ancora aperta, e la risposta di Vuori vale ancora: non esiste posizione neutra. O l'architettura e la Medicina Generale si costruiscono insieme, o si ostacolano a vicenda. Questa è la base epistemologica di tutto ciò che vi dico oggi.

V · Una sanità che invecchia, una popolazione che si trasforma

Qualcuno obietterà: se il sistema è così efficiente, perché i cittadini sono così insoddisfatti? Il rapporto STADA di quest'anno lo dice con una cifra: meno di un italiano su due, il 45 per cento, si dichiara soddisfatto del proprio sistema sanitario; il 73 per cento indica la carenza di personale e i tempi di attesa, il 59 per cento il costo dei farmaci. Il titolo del rapporto parla di un sistema che soddisfa sempre meno una popolazione che invecchia.

Io lo capovolgerei: una sanità che invecchia, una popolazione che si trasforma. Gli esiti sono eccellenti e l'insoddisfazione è reale, e le due cose non si contraddicono: misurano due oggetti diversi. Gli esiti misurano la salute prodotta; l'insoddisfazione misura la distanza fra una popolazione trasformata - più anziana, con più malattie insieme, con più bisogni di continuità - e un'architettura rimasta ferma, costruita per l'evento acuto. L'insoddisfazione è il carico di cura rilevato dal basso: la misura, ancora grezza, di ciò che il sistema non riesce a intercettare prima che diventi evento. E il punto in cui questa distanza si può colmare non è l'ospedale, che vede il paziente quando la compressione della malattia non è più possibile: è il territorio, è la Medicina Generale - a condizione di darle la capacità, non soltanto l'etichetta.

VI · Tre strumenti

Tre parole da non confondere mai: l'output è quanto facciamo, visite e ricette; l'esito è la salute che ne risulta; l'efficienza è il rapporto fra i due. L'errore più caro è contare le prestazioni e chiamarle qualità.

Da qui tre strumenti. Il primo è la misura che avete appena visto: due serie pubbliche, un metodo comune, riproducibile in 10 minuti. Il secondo scende dai Paesi alla vostra lista: Mario, trent'anni, sano, visto una volta l'anno, e Anna, 82 anni, con scompenso cardiaco, diabete e un rene che funziona a metà, seguita di continuo - oggi pagati con la stessa quota «a testa». La quota pesata per il bisogno paga «a bisogno»: tre malattie insieme non costano la somma di tre, costano di più.

Non aumenta la spesa, la ridistribuisce; e pesa sul bisogno vero, non sui consumi, perché chi ha pochi servizi consuma poco non perché stia bene ma perché non accede: è la differenza fra un sistema che vede i suoi cittadini e uno che li perde. Il terzo strumento: quanti medici servono, e quando. Non un numero fisso, ma una traiettoria regionale aggiornata ogni anno - i pensionamenti dei prossimi dieci anni li conosciamo già oggi.

VII · Chiusura

Una parola onesta sul metodo, perché distingue l'analisi dalla propaganda. Fino a poco tempo fa vi avrei mostrato un indice composito e una classifica di quindici Paesi con l'Italia in cima. Quella classifica non regge la prova della falsificabilità: una colonna non proveniva dalla serie che dichiarava, e un valore plausibile senza provenienza è più pericoloso di un valore assente.

Non per questo è falsa: resta un confronto illustrativo e, credo, veritiero - ma da dimostrare, e finché non è dimostrato è un'ipotesi, non una prova. Ciò che vi ho mostrato oggi sono serie pubbliche, con un metodo comune, che chiunque di voi può rifare: la dimostrazione comincia da lì. Riassumo. Il Servizio produce salute a costo basso e in modo stabile; la Medicina Generale, definanziata e orfana di *Primary Care*, regge il sistema sulle proprie spalle - è il paradosso, ed è il suo limite - e possiede la sola base su cui costruire la presa in carico di una popolazione trasformata, a condizione che l'architettura si costruisca con lei e non contro di lei. L'insoddisfazione dei cittadini non smen-

tisce gli esiti: misura la capacità che manca. E qui la conclusione.
Da trent'anni misuriamo il carico di malattia - il *Global Burden of Disease* - e su quella misura allochiamo le risorse: verso ciò che assorbe il bisogno dopo che è diventato evento. Della capacità che lo intercetta prima non esiste misura, a nessuna scala. Il *Global Burden of Disease* va affiancato dal *Global Burden of Care*: la misura della capacità di cura organizzata, dispiegata su una popolazione definita - quella che la Medicina Generale, sola, ha la base per esercitare. Ciò che non si misura resta opinione, e l'opinione non si difende né si finanzia.
Questo argomento non finisce qui: nel 2027 esce in due volumi - L'ecosistema delle Cure Primarie, che ne dà la teoria, e il volume sulla Medicina Generale, che ne dà lo strumento. Il primo dice perché, il secondo dice come.
Permettetemi, sul *GBoC*, due parole in più, perché il nome non resti una sigla. Come nasce una misura? Il *Global Burden of Disease* non è nato da un articolo scientifico. Nel 1992 la Banca Mondiale commissionò lo studio per il suo *World Development Report* del 1993: aveva un problema allocativo - dove mettere le risorse - e non aveva lo strumento per deciderlo. Murray, a Harvard, e Lopez, all'OMS, lo costruirono con una rete di oltre cento scienziati: più di cento malattie, otto regioni, anno base 1990.
Il DALY nacque come denominatore per allocare; la pubblicazione accademica venne dopo, nel 1994 e nel 1996.
La sequenza fu: un committente con un problema, una grandezza costruita per risolverlo, il calcolo su scala, e solo alla fine la pubblicazione. Il *GBoC* è il termine simmetrico che manca. Misura la capacità di cura organizzata, effettivamente dispiegata, in modo proattivo, su una popolazione definita. Il suo oggetto è la persona non ancora malata, la malattia insorta e non ancora identificata, la salute come stato da produrre.
Quattro funzioni - presa in carico globale, diagnosi precoce, trattamento precoce, produzione di salute - e due intervalli misurabili: fra l'insorgenza biologica e l'identificazione clinica, e fra l'identificazione e il trattamento. Il *GBoC* comprime quei due intervalli; il *GBoD* misura che cosa accade quando non li comprime. Una grandezza non nasce perché è ben argomentata: nasce perché qualcuno deve decidere e non ha lo strumento. Il *GBD* ebbe un committente. Il *GBoC* lo cerca.

