

MEDICINA GENERALE: PROPOSTE NATE DA UN CONFRONTO NELLA UNIONE EUROPEA

**Livio Garattini, Pier Mannuccio Mannucci, Giorgio Barbieri, Marco Badinella Martini,
Alessandro Nobili**

INTRODUZIONE

La Medicina Generale (MG) è riconosciuta come una specialità medica con competenze e compiti specifici, storicamente radicata nel ruolo centrale giocato dai Medici di Medicina Generale (MMG) nelle cure primarie.¹ Peraltro, in epoca recente l'assistenza primaria in Europa ha subito continui cambiamenti in risposta alla crescente complessità e fragilità di una popolazione sempre più anziana, mentre i vincoli finanziari si sono rafforzati a causa della crisi economica tuttora in corso, con scelte di politica sanitaria caratterizzate in tempi recenti da tagli indiscriminati della spesa pubblica. Queste tendenze hanno significativamente influenzato il ruolo dei MMG, che richiede oramai cambiamenti radicali per restare al passo coi tempi.²

In questa sede viene proposto un confronto delle caratteristiche principali della MG nei sistemi sanitari delle quattro nazioni principali dell'Unione Europea (UE), di cui due caratterizzate da sistemi mutualistici (c.d. Bismarckiani, Francia e Germania) e le altre due da servizi sanitari pubblici (c.d. Beveridgiani, Italia e Spagna).

FRANCIA

In Francia ogni cittadino che esercita una professione deve obbligatoriamente contribuire al sistema mutualistico, la cui componente principale è la *sécurité sociale* statale, attraverso trattenute fiscali sui salari per i lavoratori dipendenti e altre tasse per i lavoratori autonomi. Ai primi la *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS) rimborsa direttamente una quota rilevante degli esborsi effettuati

per prestazioni sanitarie, solitamente il 70% del totale, che può arrivare al 100% per determinate patologie (ad esempio, neoplasie e diabete). Molti cittadini sottoscrivono anche un'assicurazione supplementare, attraverso la quale recuperano per l'appunto la quota parte non rimborsata.^{3,4}

I MMG francesi giocano un ruolo centrale nelle cure primarie e sono formalmente liberi professionisti soggetti a un contratto nazionale con la *CNAMTS*. La loro remunerazione è determinata da un tariffario nazionale dei servizi erogati, a cui si può aggiungere una sorta di quota capitaria limitatamente ai pazienti affetti da malattie croniche.³ I MMG francesi hanno anche acquisito nel tempo una funzione di filtro alle cure specialistiche (c.d. *gate-keeping*). Infatti, qualora i pazienti accedano a cure specialistiche non urgenti senza una loro indicazione prescrittiva, tali pazienti vengono penalizzati dalle mutue attraverso un rimborso inferiore e/o dei costi aggiuntivi.⁵ Più della metà dei MMG francesi sono attualmente organizzati in medicine di gruppo, anche se in pratica condividono soltanto le strutture, ma non i pazienti. Sebbene non esista una normativa che ne regola gli orari di lavoro, l'orario medio di apertura al pubblico è stimato in circa 48 ore settimanali.³

GERMANIA

In Germania ogni cittadino deve obbligatoriamente stipulare una polizza con una mutua pubblica o un'assicurazione privata.⁶ Lo Stato centrale gioca un ruolo secondario nel finanziamento della sanità, avendo devoluto tale funzione in gran parte ai 16 *Länder* (le regioni tedesche).

Storicamente l'assistenza primaria è erogata principalmente da due ruoli medici in Germania: i MMG e gli specialisti ambulatoriali in medicina interna. In assenza di qualsiasi barriera organizzativa fra cure primarie e secondarie, i pazienti possono liberamente scegliere la struttura e il professionista a cui rivolgersi. Siccome il sistema tedesco non affida ai MMG alcuna funzione di *gate-keeping*, i pazienti non devono obbligatoriamente registrarsi con uno di loro.⁷ Peraltro, sono stati fatti vari tentativi per modificare il sistema a partire dal 2004, attraverso riforme mirate a rafforzare l'assistenza territoriale e a limitare la pressione sui servizi ospedalieri. In particolare, vale

la pena citare una riforma volta a incoraggiare i pazienti ad arruolarsi con gli MMG attraverso la riduzione dei ticket a loro carico e delle liste d'attesa; quindi, quanto meno un tentativo di *gate-keeping*. Si è cercato anche di superare l'organizzazione atomistica centrata sui singoli medici, incentivando dei centri medici interdisciplinari per alcune patologie croniche attraverso un fondo nazionale mirato a integrare le reti ospedaliere e territoriali. Tuttavia, la stragrande maggioranza dei MMG tedeschi è tuttora costituita da professionisti sanitari che operano singolarmente nei propri ambulatori, remunerati in base alle visite effettuate e a premi aggiuntivi per specifici servizi erogati,⁸ con un orario medio di apertura al pubblico pari a circa 50 ore settimanali.

SPAGNA

Tutti i cittadini spagnoli hanno libero accesso ai servizi sanitari pubblici e ai pazienti viene richiesto solo in alcuni casi il pagamento di ticket su specifici beni (tipicamente farmaci) o servizi.⁹

I *Centres d'Atenció Primària (CAP)* sono il pilastro dell'assistenza primaria, giocando un ruolo primario nell'erogazione dei servizi e nella funzione di *gate-keeping*. Questi centri sono strutture multifunzionali, in cui operano gruppi di lavoro multi-professionali che includono MMG, pediatri, infermieri, altri professionisti sanitari (ad esempio, ostetrici e fisioterapisti), operatori sociali e personale amministrativo. I MMG spagnoli sono dipendenti pubblici che percepiscono uno stipendio fisso, a cui può aggiungersi una quota capitaria (pari a circa il 10-15% del loro reddito) che varia da una *Comunidad Autónoma* all'altra (le 17 regioni spagnole).¹⁰ Essendo operativi 24 ore al giorno e dotati di un servizio ambulatoriale di urgenza, i *CAP* garantiscono un accesso elevato ai cittadini appartenenti ai propri bacini di utenza, le cui aree territoriali vengono pianificate dalle autorità sanitarie. Come per tutti i dipendenti pubblici, l'orario di lavoro settimanale dei MMG spagnoli è pari a 38 ore, alle quali possono a loro discrezione aggiungerne alcune in base a contratti regionali.⁷

ITALIA

Il SSN italiano è un servizio pubblico fortemente decentralizzato e principalmente finanziato dalla tassazione generale, che in teoria deve offrire una copertura universale e accesso gratuito a tutti i servizi erogati. Le 20 regioni italiane, governate da politici localmente eletti, gestiscono e controllano autonomamente i servizi forniti sul proprio territorio.¹¹ Sebbene gratuiti in linea di principio, un numero sempre crescente di farmaci e servizi è oramai soggetto al pagamento di ticket, eccezion fatta per alcune categorie di pazienti esenti (ad esempio, pazienti anziani con bassi redditi o pazienti che soffrono di specifiche patologie croniche).

Sebbene siano numerose le strutture territoriali del SSN che erogano specifici servizi sanitari (ad esempio, vaccinazioni infantili e screening di massa) sul territorio,¹² i MMG sono tuttora considerati gli attori principali nell'assistenza primaria. Diversamente da tutto il resto d'Europa, in Italia esistono due tipi di MMG, uno per gli adulti e uno per i bambini (i c.d. pediatri di libera scelta). I MMG sono formalmente liberi professionisti remunerati a quota capitaria in base a contratti nazionali, a cui si possono aggiungere ulteriori incentivi finanziari e tariffe per prestazione concordati a livello regionale. Ogni MMG ha la propria lista di pazienti (max 1.500, salvo eccezioni locali) e deve garantire un orario minimo di apertura al pubblico (ad esempio, almeno 15 ore settimanali per 1.500 pazienti in base all'ultimo contratto nazionale); peraltro, l'orario minimo di 15 ore di apertura al pubblico è assai spesso diventato quello medio nella pratica.¹² Di conseguenza, poiché molti MMG italiani lavorano tuttora singolarmente nei propri ambulatori, l'accesso settimanale offerto ai pazienti è assai limitato, a tutto scapito della loro funzione reale di *gate-keeping*.¹³

ANALISI COMPARATIVA

Analogamente a quanto riscontrato per la formazione in MG,¹⁴ le quattro nazioni analizzate mostrano una fotografia assai variegata anche per quanto riguarda organizzazione e funzioni dei MMG nella UE. Sebbene le caratteristiche generali dei due tipi di sistemi (Bismarckiani e Beveridgiani) si siano nel tempo un po' confuse e

sovrapposte,¹⁵ in generale non è ancora emerso un modello sanitario europeo di riferimento, nemmeno per l'assistenza primaria.

Il ruolo dei MMG è tuttora considerato centrale nell'erogazione dei servizi territoriali, mentre la funzione di *gate-keeping* è assai eterogenea dal punto di vista formale. Meno rilevante per tradizione nei sistemi Bismarckiani come Francia e Germania, laddove i MMG sono tuttora liberi professionisti che operano nei propri ambulatori aperti al pubblico per 48-50 ore alla settimana e vengono remunerati principalmente in base alle prestazioni effettuate, il ruolo di *gate-keeping* è diventato quasi antitetico nei due SSN Beveridgiani. Infatti in Spagna si è spostato nel tempo dai singoli MMG ai CAP, strutture pianificate per garantire un elevato accesso ai propri bacini di utenza. Coerentemente, i MMG sono diventati lavoratori dipendenti del SSN spagnolo, operano a tempo pieno nei CAP e fanno parte di gruppi di lavoro multidisciplinari orientati a limitare le prestazioni superflue erogabili nell'ambito dell'assistenza specialistica. All'opposto, in Italia i MMG sono ancora in maggioranza singoli professionisti isolati (tutt'al più aggregati solamente in modo virtuale), lavorano nei propri ambulatori e offrono un orario di accesso assai ridotto ai propri pazienti, giocando di conseguenza un ruolo trascurabile di *gate-keeping* per il SSN, come evidenziato anche durante il periodo pandemico recente.¹⁶

Va infine evidenziato che in Germania gli specialisti ambulatoriali in medicina interna svolgono un ruolo assai simile ai MMG nell'erogazione delle cure primarie, sottolineando come ambedue le specialità possono essere considerate "generaliste" a livello di assistenza territoriale.

LEZIONI DAL CONFRONTO

E' opinione assai diffusa e condivisa che sia oramai giunta l'ora di cambiare radicalmente l'organizzazione dell'assistenza primaria nei sistemi sanitari europei, a partire dallo status anacronistico dei MMG, tuttora formalmente liberi professionisti in quasi tutte le nazioni. Siamo convinti che la vera priorità per modernizzare l'assistenza primaria sia quella di affidarla a strutture di una certa dimensione accessibili all'utenza durante tutto il giorno, dove operano in modo interattivo e collaborativo teams di professionisti multifunzionali (amministrativi e sociali inclusi).¹⁷

Volendo trarre delle lezioni positive dall'esercizio di comparazione svolto in questa logica, l'organizzazione spagnola appare di gran lunga la più avanzata in termini di erogazione di assistenza integrata locale orientata a soddisfare le esigenze socio-sanitarie di una popolazione sempre più anziana. Le dimensioni e le organizzazioni di queste strutture vanno razionalmente pianificate in funzione dei bacini di utenza, con un ovvio distinguo fra aree metropolitane, rurali e montane. Questa modificazione radicale dovrebbe contribuire a far recuperare a tutti i medici che operano sul territorio il tempo da dedicare ai pazienti, cioè la loro attività principale per definizione. Passando alle tipologie di medici che possono giocare un ruolo importante nelle cure primarie, il ruolo di generalisti potrebbe essere allargato al di là dei MMG, come l'esperienza tedesca ci dimostra. Infatti appare legittimo chiedersi perché gli internisti non possano essere considerati generalisti e il parallelismo si potrebbe tranquillamente estendere a pediatri e geriatri per le rispettive classi di età di riferimento (cioè bambini e anziani). Non essendo specializzati in sistemi e/o organi specifici del corpo umano, tutti questi medici sono potenzialmente generalisti in grado di fornire un'assistenza olistica ai propri pazienti. La vera innovazione sarebbe quella organizzativa di farli operare a tempo pieno anche nelle strutture territoriali, e non solamente in quelle ospedaliere; dopodiché, nulla vieta che possano alternarsi nel corso della propria carriera nelle due tipologie di strutture anche in base alle proprie scelte personali, così contribuendo a favorire in modo sistemico una reale integrazione fra assistenza primaria e secondaria.

Concludendo, questi cambiamenti organizzativi radicali dovrebbero contribuire a rendere assai meno problematiche anche le carenze attuali di MMG, una categoria non a caso in crisi in tutti i sistemi sanitari europei e forse anche destinata a estinguersi nel lungo periodo.

BIBLIOGRAFIA

1. Heyrman J. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005.
2. Samuelson M, Aarendonk D. Primary care at times of the economic crisis. *Eur J Gen Pract.* 2012;18(3):195-6.
3. Cartier T, Bourgueil Y. France. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. (editors). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459003/>
4. Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami SB, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: Health system review. *Health Syst Transit.* 2010;12(6):1-xxii.
5. Dourgnon P, Naiditch M. The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping. *Health Policy.* 2010;94(2):129-34.
6. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet.* 2017;390(10097):882-97.
7. Mohammadibakhsh R, Aryankhesal A, Jafari M, Damari B. Family physician model in the health system of selected countries: A comparative study summary. *J Educ Health Promot.* 2020;9:160.
8. Simic D, Wilm S, Redaelli M. Germany. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al., editors. *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459004/>.
9. Bernal-Delgado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, et al. Spain: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2018;20(2):1-179.
10. Dedeu T, Bolibar B, Gené J, et al. Spain. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, et al. (editors). *Building primary care in a changing Europe: Case studies* [Internet]. Copenhagen (Denmark): European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. (Observatory Studies Series, No. 40.) 27. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459029/>
11. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. The Italian NHS at regional level: same in theory, different in practice. *Eur J Health Econ.* 2022;23(1):1-5.
12. Garattini L, Curto A, Freemantle N. Access to primary care in Italy: time for a shake-up? *Eur J Health Econ.* 2016;17(2):113–6.
13. Göktaş O. Family Medicine Practice in Italy. *SM J Fam Med.* 2017;1(2):1013.
14. Badinella Martini M, Nobili A, Garattini L. Il mosaico europeo dei programmi di formazione specialistica in medicina generale. *Recenti Prog Med.* 2022;113(10):583-6.

-
15. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? J R Soc Med. 2019;112(1):6-10.
 16. Garattini L, Zanetti M, Freemantle N. The Italian NHS: What Lessons to Draw from COVID-19? Appl Health Econ Health Policy. 2020;18(4):463-6.
 17. Garattini L, Badinella Martini M, Freemantle N, Nobili A. Integrated care in a National Health Service: better horizontal than vertical for general practice? Fam Pract. 2022;39(6):1194-5.



"Per approfondire o commentare questo articolo scrivete a cs@marionegri.it invieremo le vostre considerazioni agli autori per una eventuale risposta e pubblicheremo sul sito gli interventi più interessanti".