

Il Centro Studi si propone di avviare collaborazioni con istituzioni, associazioni e professionisti impegnati nel campo della salute per creare e promuovere spazi di confronto e di ricerca per la riorganizzazione e il rilancio del SSN attraverso la costituzione di Gruppi di Lavoro dedicati. In particolare, fornire un supporto metodologico per l'organizzazione e la realizzazione di interventi e progetti mirati a:

- migliorare gli interventi di prevenzione e accesso alle cure;*
- indirizzare le scelte politiche per la salute sulla base di interventi di documentata efficacia;*
- promuovere l'appropriatezza e la riduzione degli sprechi;*
- promuovere la salute delle persone con attenzione all'ambiente;*
- coinvolgere i cittadini e le comunità nelle scelte per la salute;*
- tutelare i fondamenti di universalità, uguaglianza ed equità del SSN pubblico;*
- evitare la deriva del SSN verso una sanità e un sistema sanitario privati.*

SOMMARIO 2024

Cliccando sul titolo è possibile arrivare all'articolo d'interesse.

- **EMERGENZA E URGENZA IN EUROPA: TEMPO DI RIDISEGNARE UNA RETE RAZIONALE DI SERVIZI?**
Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili
- **II SSN A LIVELLO REGIONALE: IN TEORIA UGUALE E IN PRATICA DIVERSO?**
Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili
- **MEDICINA DIFENSIVA: TUTTO E IL CONTRARIO DI TUTTO?**
Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi
- **COME MAI COSI' TANTI PROGRAMMI DI SPECIALITA' PER LA MEDICINA GENERALE IN EUROPA?**
Marco Badinella Martini, Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili
- **SPECIALITA' MEDICHE IN EUROPA: MENO CE N'E' MEGLIO E'?**
Livio Garattini, Marco Badinella Martini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

EMERGENZA E URGENZA IN EUROPA: TEMPO DI RIDISEGNARE UNA RETE RAZIONALE DI SERVIZI?

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Introduzione

Spaziando da elicotteri e ambulanze a unità di cura intensive ospedaliere, i servizi di emergenza e urgenza sono necessari per trattare eventi acuti (a rischio vita o di gravi sequele) che richiedono interventi sanitari immediati.¹ Sebbene concettualmente semplici da distinguere sotto il profilo teorico, in pratica i due tipi di cura sono stati mescolati storicamente nella maggior parte dei sistemi sanitari Europei, nei quali i servizi di pronto soccorso (PS) ospedalieri sono diventati nel frattempo le colonne portanti nel campo della gestione delle urgenze sanitarie, dopo aver generato un notevole senso di fiducia in tutti i cittadini.

Di conseguenza, nel corso degli ultimi decenni e indipendentemente dalla recente pandemia da Covid-19, il sovraffollamento dei PS è diventato un problema di grande rilievo in molti Paesi Europei, principalmente imputabile all'impatto sui PS di urgenze sanitarie minori che potrebbero essere trattate in servizi territoriali di assistenza primaria ben organizzati.² La diffusa carenza di accesso a servizi territoriali efficienti ha quindi reso i PS la sede privilegiata (per non dire esclusiva) per qualsiasi tipo di bisogno specialistico urgente,³ facendoli percepire dalla gente comune come 'sportelli sanitari unici' che forniscono ininterrottamente h-24 'assistenza sanitaria totale'.⁴ Questo sentimento diffuso ha condotto i PS a un punto di crisi quasi ovunque in Europa. Oltre a generare insoddisfazione nei pazienti, col passare del tempo il sovraffollamento e l'uso inappropriato dei PS è diventato anche una delle cause principali di frustrazione

individuale e di attriti organizzativi fra i diversi professionisti sanitari che operano in questi servizi.³

In questa sede, cerchiamo innanzitutto di fornire una panoramica dei principali servizi che possono essere ricondotti alle cure di emergenza e urgenza, per poi formulare una proposta generale con l'obiettivo di stimolare un dibattito su come potrebbe essere implementata una rete di servizi di emergenza e urgenza attraverso i diversi livelli di assistenza sanitaria in una prospettiva di cure integrate.⁵

Stato dell'arte

Sebbene i servizi di emergenza e urgenza varino molto da un paese Europeo all'altro sia in base al tipo di sistema sanitario (es. Beveridgiano o Bismarckiano) sia addirittura nell'ambito dello stesso paese a livello regionale (es. nel SSN italiano),⁶ essi possono essere sostanzialmente classificati in quattro tipologie.

1. Il primo (e più semplice) servizio è costituito dal numero unico telefonico, che è stato introdotto quasi ovunque per permettere ai cittadini di indirizzarsi rapidamente ai servizi di urgenza.⁷ In alcuni paesi (es. Danimarca) il servizio è stato esteso a un sistema telefonico centralizzato di smistamento (*triage*) e il libero accesso ai PS è limitato esclusivamente ai pazienti che ottengono il permesso dal call center nel corso della chiamata.^{1,3}
2. Ambulanze ed elicotteri sono dotati ovunque di uno staff costituito principalmente da medici e/o assistenti sanitari di emergenza.⁸ Il tempo totale antecedente l'ingresso in ospedale può essere suddiviso in quattro intervalli temporali: la chiamata telefonica, l'invio del mezzo di trasporto, l'arrivo dello stesso sul posto indicato, per terminare con l'arrivo in ospedale.⁹ In alcune nazioni (ad es. Inghilterra e Olanda) sono disponibili anche 'veicoli a risposta rapida', con staff costituito da operatori sanitari che valutano e stabilizzano i pazienti a domicilio, senza comunque poterli trasportare in ospedale perché non sono ambulanze.
3. I PS sono invece servizi ospedalieri specificamente progettati e dotati di personale per erogare cure di emergenza-urgenza 24 ore al giorno durante tutta la settimana.¹ Tutti gli ospedali per acuti dovrebbero avere un servizio di PS,⁵ dove i pazienti possono recarsi in modo autonomo o accedervi in ambulanza. Una volta

arrivati a destinazione, tutti i pazienti vengono registrati e sottoposti a un processo di *triage* effettuato da un infermiere per una prima valutazione clinica, che solitamente serve a classificare i pazienti in base alla loro presunta gravità; nel nostro SSN con un codice di colore bianco, verde, azzurro, arancione o rosso, ai quali è stato recentemente aggiunto un codice argento per i pazienti anziani over-75 fragili. Successivamente i pazienti aspettano di essere visitati da un medico e, a seconda delle loro condizioni, possono essere ricoverati o rimandati a casa (salvo ovviamente in caso di decesso) senza nessun altro intervento.¹⁰ Nel caso di necessità di ricovero, i pazienti rischiano un lungo periodo di attesa e di prolungata immobilizzazione sulle barelle prima del momento del ricovero ospedaliero effettivo, qualora l'accesso ai letti nei reparti di degenza sia limitato a causa di un elevato afflusso di pazienti al PS o dei tassi elevati di occupazione dei posti letto nei reparti di degenza.¹¹ In seguito all'attesa e allo stato di incertezza, molti PS divengono una sorta di limbo privo di notizie, in cui i pazienti, spesso abbandonati a sé stessi, possono entrare in uno stato di totale impotenza e i tempi lunghi di accesso al ricovero possono causare loro un grave disagio emotivo e disperazione.¹² In particolare, l'interruzione del sonno dovuta alle attese notturne può aumentare ulteriormente il rischio di decesso, cadute o stato confusionale nei pazienti più anziani che già necessitano di assistenza nelle normali attività di vita quotidiana.¹³ Inoltre anche le complesse procedure di passaggio di consegne fra i diversi professionisti sanitari all'interno del PS e degli altri servizi ospedalieri (*boarding*) per la definitiva presa in carico dei pazienti, possono diventare ulteriori cause di ritardo al ricovero o alla dimissione.⁸

4. Infine, le unità di cura intensiva (UCI) sono servizi ospedalieri completamente dedicati alle cure di emergenza necessarie per monitorare e supportare le funzioni vitali nei pazienti che mostrano una possibile reversibilità delle loro condizioni di pericolo di vita.¹⁴ Sebbene le UCI siano storicamente piuttosto recenti e la loro offerta sia tuttora difficile da valutare quando si effettuano confronti fra i diversi paesi, tuttavia tutti gli operatori sanitari delle UCI condividono indubbiamente un'attività davvero impegnativa, come evidenziato dai media durante la pandemia Covid-19.

Infine, vale la pena notare che molte delle cure urgenti che attualmente passano dai PS potrebbero essere erogate e gestite a livello dell'assistenza territoriale, principalmente dalla medicina generale, che costituisce (o dovrebbe costituire) la 'prima linea' a cui i cittadini dovrebbero rivolgersi in prima battuta per tutti i loro problemi di salute, soprattutto per quelli cronici o per quelli meno gravi.¹⁵ La carenza di accesso ai medici di medicina generale (MMG) rappresenta purtroppo una debolezza assai diffusa nella maggior parte dei paesi Europei, soprattutto per i servizi fuori orario.

Proposta per una rete razionale di servizi

Alla luce dell'attuale situazione piuttosto confusa delle cure di emergenza e urgenza nei paesi Europei, presentiamo alcune idee per aprire un dibattito su come la rete di servizi sanitari coinvolti potrebbe essere meglio integrata fra i diversi livelli di assistenza.

Innanzitutto, dal momento che ovunque in Europa la debolezza principale è costituita dal sovraffollamento dei PS dovuto ad accessi impropri, condividiamo pienamente l'opinione che il cambiamento più radicale dovrebbe essere quello di aumentare drasticamente l'accessibilità ai servizi territoriali delle cure primarie per i bisogni urgenti di minore entità.^{1,3} La causa principale di questo problema va ricondotta allo stato anacronistico dei MMG nella maggior parte dei paesi Europei, i quali sono tuttora formalmente 'liberi professionisti' (diversamente dai loro colleghi ospedalieri) che in molti casi lavorano ancora autonomamente nei loro ambulatori, dove ricevono i loro pazienti principalmente su appuntamento.¹⁵ I MMG dovrebbero diventare lavoratori dipendenti a tempo pieno e operare in équipe assieme ad altri professionisti in strutture multifunzionali di una certa dimensione aperte tutto il giorno (come già accade in Spagna e Portogallo), che forniscono anche cure quotidiane per i casi urgenti di bassa complessità e quindi filtrano buona parte degli accessi inappropriati ai PS. Il numero di queste strutture in comunità dovrebbe essere razionalmente pianificato, anche con il supporto della telemedicina, per bacini di utenza rurali e urbani ragionevolmente omogenei, al fine di compensare i tempi di percorrenza più lunghi dovuti all'eventuale chiusura di ospedali per acuti troppo piccoli e inefficienti.¹ Allo stesso tempo, condividiamo l'opinione che i sistemi di triage telefonico non possono

essere considerati un'alternativa efficace per filtrare i disturbi minori da un accesso improprio nei PS,² portando più plausibilmente a ritardare le visite piuttosto che a risolvere concretamente i problemi.

In secondo luogo, lo spazio fisico e l'organizzazione del lavoro dei PS dovrebbero essere ripensati per limitare ulteriori (evitabili) inconvenienti dovuti a tempi di permanenza prolungati. Rimanendo comunque indiscutibilmente i 'pilastri' delle cure di emergenza e urgenza, tutti i PS dovrebbero essere dotati di un'area fisica attrezzata con letti ospedalieri dedicati per i pazienti che sono già stati stabilizzati e attendono il ricovero nei reparti di degenza, in modo tale da limitare lo stress di questi pazienti e allo stesso tempo mantenere il loro comfort.¹² Per consentire a tutto il personale sanitario che opera nei PS di prendersi cura dei pazienti con effettivi bisogni urgenti, la responsabilità clinica dei pazienti in attesa potrebbe essere già assegnata dopo il *triage* e la stabilizzazione ai clinici dei reparti nei quali verranno ricoverati non appena un posto letto sarà reso disponibile.

Infine, tutti i clinici e operatori sanitari impegnati nei servizi di emergenza e urgenza in comunità e negli ospedali dovrebbero seguire un percorso di formazione comune, in modo tale da condividere le priorità dei pazienti critici,⁸ e la rotazione delle mansioni dovrebbe essere quanto più possibile praticata per favorire l'assistenza integrata e limitare il burnout professionale.

Concludendo una lezione (positiva) da trarre dalle passate esperienze (negative) è che le campagne di informazione costituiscono una tappa fondamentale per mettere la popolazione a conoscenza delle strutture in cui possono trovare cure di urgenza e emergenza al momento del bisogno.

BIBLIOGRAFIA

1. Baier N, Geissler A, Bech M, Bernstein D, Cowling TE, Jackson T, van Manen J, Rudkjøbing A, Quentin W. Emergency and urgent care systems in Australia, Denmark, England, France, Germany and the Netherlands - Analyzing organization, payment and reforms. *Health Policy*. 2019;123(1):1-10.
2. Flores-Mateo G, Violan-Fors C, Carrillo-Santistevé P, Peiró S, Argimon JM. Effectiveness of organizational interventions to reduce emergency department utilization: A systematic review. *PLoS One*. 2012;7:e35903.
3. Horvath S, Visekruna S, Kilpatrick K, McCallum M, Carter N. Models of care with advanced practice nurses in the emergency department: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2023;148:104608.
4. Van den Heede K, Van Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy*. 2016;120:1337–49.
5. Garattini L, Badinella Martini M, Freemantle N, Nobili A, Mannucci PM. A European national health and social service model: a rational network of health care facilities. *Intern Emerg Med*. 2023;18(6):1855-7.
6. 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.
7. Huibers L, Giesen P, Wensing M, Grol R. Out-of-hours care in western countries: assessment of different organizational models. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:105.
8. Guasconi M, Bonacaro A, Tamagnini E, et al. Handover methods between local emergency medical services and Accident and Emergency: is there a gold standard? A scoping review. *Acta Biomed*. 2022;93(4):e2022288.
9. Pedroto I, Amaro P, Romãozinho JM. Health systems organization for emergency care. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2013;27(5):819-27.
10. Sausman J, Arif A, Young A, MacArtney J, Bailey C, Rajani J, Burt R. Healthcare professionals' perspectives of the management of people with palliative care needs in the emergency department of a UK hospital. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):129.
11. Friebel R, Juarez RM. Spill Over Effects of Inpatient Bed Capacity on Accident and Emergency Performance in England. *Health Policy*. 2020;124(11):1182-91.
12. Anderson TS, Herzig SJ. The Risks of Being in Limbo in the Emergency Department. *JAMA Intern Med*. 2023;183(12):1385–6. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5953
13. Roussel M, Teissandier D, Yordanov Y, et al.; FHU IMPEC–IRU SFMU Collaborators. Overnight Stay in the Emergency Department and Mortality in Older Patients. *JAMA Intern Med*. 2023;183(12):1378–85. doi:10.1001/jamainternmed.2023.5961
14. 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.
15. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. General practice in the EU: countries you see, customs you find. *Eur J Health Econ*. 2023;24(2):153-6.



"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".

II SSN A LIVELLO REGIONALE: IN TEORIA UGUALE E IN PRATICA DIVERSO?

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Per governare la sanità, L'Italia ha introdotto nel 1978 un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) pubblico, che in teoria garantisce una copertura universale finanziata principalmente attraverso la tassazione generale e fornisce servizi prevalentemente gratuiti all'atto dell'erogazione.¹

A partire dal 1992, il SSN è stato decentralizzato in modo crescente, con molte competenze devolute alle regioni. Grazie all'autonomia locale, alle regioni viene concesso di sviluppare strategie sanitarie sostanzialmente diverse fra loro, senza dover necessariamente richiedere l'autorizzazione a livello nazionale.² La salute è di gran lunga la voce di spesa più rilevante in tutti i budget regionali, motivo per cui costituisce un argomento assai importante in tutte le elezioni politiche regionali. Questa situazione ha gradualmente trasformato il nostro SSN nazionale in una sommatoria di servizi sanitari regionali (SSR) assai diversi fra loro.³

L'Italia è stato il primo paese europeo drammaticamente colpito dalla pandemia Covid-19 all'inizio del 2020, specialmente al Nord, l'area più ricca e produttiva del paese. In particolare, il numero di decessi è stato drammaticamente elevato in Lombardia, mentre assai più contenuto in Veneto, le prime due regioni (confinanti e con simili caratteristiche socio-economiche) colpite dalla pandemia in termini temporali.⁴

Questa notevole differenza è stata spesso associata a un'assistenza più integrata fra servizi territoriali e ospedalieri in Veneto,⁵ in grado di incentivare misure cliniche più efficaci in termini di salute pubblica. Al contrario, un'assistenza molto più

ospedalocentrica potrebbe avere penalizzato la Lombardia, dove i servizi di Pronto Soccorso (PS) sono stati i primi focolai della pandemia.

Al fine di verificare concretamente alcune di queste differenze, abbiamo confrontato le caratteristiche principali delle strutture dei due SSR, con un focus specifico sugli ospedali per acuti, la categoria ospedaliera di gran lunga più importante. Abbiamo poi discusso alcune implicazioni politiche ricavate dal confronto e infine elaborato alcune proposte generali per ridisegnare la politica sanitaria nel SSN.

Veneto

Il Veneto è la più grande regione del Nord-Est (18.345 km²), con circa 5 milioni di abitanti. Negli ultimi decenni è sempre stata governata da coalizioni politiche di centro-destra, con il partito della Lega Nord di gran lunga prevalente in tutte le sue province.

Una legge regionale approvata nel 2016 (L.R.19/2016) ha introdotto le riforme sanitarie di rilievo più recenti. Il SSR è attualmente suddiviso in 9 Aziende Unità Locali Socio-Sanitarie (AULSS), governate da direttori generali nominati a livello regionale. Le AULSS gestiscono tutti i servizi sanitari erogati all'interno del proprio territorio. Le uniche eccezioni sono costituite dalle tre Aziende Ospedaliere (AO), due delle quali rappresentano i più grandi ospedali per acuti della regione (Padova e Verona) e la terza un ospedale altamente specializzato in oncologia (Istituto Oncologico Veneto di Padova).

Il territorio di ogni AULSS è suddiviso in distretti, unità operative che dovrebbero organizzare (in coordinamento con gli ospedali locali) i servizi di assistenza territoriale erogati tramite strutture pubbliche o private accreditate.⁶ Complessivamente, esistono attualmente 26 distretti che riflettono sostanzialmente i territori delle AULSS precedenti, prima che il loro numero complessivo subisse una drastica riduzione in base all'ultima riforma.

A partire dal 2016 la maggior parte delle agenzie centrali è stata inglobata in una singola agenzia, l'Azienda Zero (AZ), che è responsabile in materia di finanziamento, pianificazione, controllo, revisione e assunzione del personale delle AULSS; inoltre, AZ è responsabile delle gare di appalto regionali e delle valutazioni di HTA. Alla luce delle

numerose funzioni da gestire, AZ è autorizzata a condurre analisi quantitative per supportare in modo razionale tutte le proprie decisioni.

A partire dal 2016 le strutture ospedaliere per acuti sono state sistematicamente classificate in un network concettuale hub&spoke.⁷ Questo passaggio è stato l'ultimo in ordine cronologico di un lungo processo (tuttora in corso) mirato ad azzerare il numero degli ospedali per acuti più piccoli che non rispettano gli standard necessari di sicurezza e qualità.⁸

Attualmente sono presenti:

- (i) 8 ospedali hub, che rappresentano il top per completezza dei dipartimenti clinici (incluse le 3 AO, definite hubs di eccellenza);
- (ii) 20 ospedali spoke (2 dei quali privati accreditati), che includono dipartimenti di livello basico e medio per soddisfare i bisogni di bacini di utenza locale;
- (iii) 8 ospedali node (di cui uno privato accreditato), localizzati in aree remote e dotati esclusivamente di dipartimenti di base.

Tutti questi 36 ospedali sono dotati di un servizio di PS.

Lombardia

La Lombardia (23.863 km²) è la regione più popolosa d'Italia, con circa 10 milioni di abitanti (di cui 3,5 residenti nell'area metropolitana milanese). Sebbene storicamente caratterizzata da una situazione politica abbastanza disomogenea a livello provinciale (diversa soprattutto fra l'area milanese e le altre province), anche la Lombardia è stata comunque quasi sempre governata da coalizioni politiche di centro-destra negli ultimi decenni. La Lombardia è la regione italiana che si è maggiormente affidata a una politica di concorrenza teoricamente incentivata fra fornitori di servizi sanitari,¹ soprattutto fra ospedalità pubblica e privata.

Una legge regionale emanata nel 2015 (L.R.23/2015) ha drasticamente riformato il SSR a livello locale, separando sul territorio regionale la pianificazione, l'acquisto e il controllo dei servizi sanitari dalla loro erogazione. Conseguentemente, i primi compiti sono stati affidati a 8 Agenzie di Tutela Salute (ATS), mentre la fornitura dei servizi sanitari pubblici a 27 Aziende Socio-Sanitarie Territoriali (ASST). In particolare, le ATS gestiscono tutti i contratti, accreditano i fornitori sanitari privati (ad es. le case di cura),

e allocano i fondi regionali alle ASST. Dal canto loro, le ASST organizzano l'offerta di tutti i servizi sanitari pubblici erogati sul proprio territorio, suddividendoli in due poli: servizi di comunità e ospedalieri. Le ATS e le ASST sono tutte gestite da direttori generali nominati a livello regionale. Il numero delle ASST supervisionate da ogni ATS varia da una (ATS Pavia) a nove (ATS Milano). I territori dei distretti coincidono con quelli delle 27 ASST, ma le ATS possono decidere di suddividerli in aree distrettuali (ad oggi 92 in totale). Da notare che, sebbene i distretti siano le unità operative mirate a erogare servizi in comunità delle ASST, la loro pianificazione dipende dalle ATS.

Per completare il quadro, va ricordato che sono tuttora presenti varie agenzie centrali, fra le quali vale la pena citare per importanza l'Agenzia di Controllo del Sistema Socio-Sanitario (ACSS), l'Azienda Regionale per Innovazione e Acquisti (ARIA) e l'Agenzia Regionale di Emergenza Urgenza (AREU).

Il numero degli ospedali per acuti che opera per conto del SSR è molto elevato, anche se, in assenza di una classificazione formale delle singole strutture a livello regionale, risulta difficile quantificarle esattamente. Utilizzando la presenza di un PS come prerequisito per l'inclusione, abbiamo rilevato 68 ospedali pubblici gestiti dalle ASST e 29 ospedali privati accreditati dalle ATS, per un totale di 97 ospedali per acuti (16 dei quali localizzati nell'area metropolitana milanese).

Infine, vale la pena ricordare che nel 2020 l'AGENZIA NAZIONALE per i Servizi sanitari regionali (AGENAS) ha pubblicato un rapporto assai critico sull'ultima riforma lombarda,⁹ sostenendo che la nuova struttura del SSR è stata frammentata in troppe agenzie nonostante l'obiettivo positivo di integrare i servizi ospedalieri con quelli territoriali.

Per facilitare il controllo del SSR lombardo, AGENAS ha fortemente raccomandato di:

- (i) riunire le 8 ATS locali in un'unica agenzia centrale;
- (ii) riconsiderare attentamente le dimensioni territoriali delle ASST;
- (iii) assegnare la gestione dei distretti esclusivamente alle ASST.

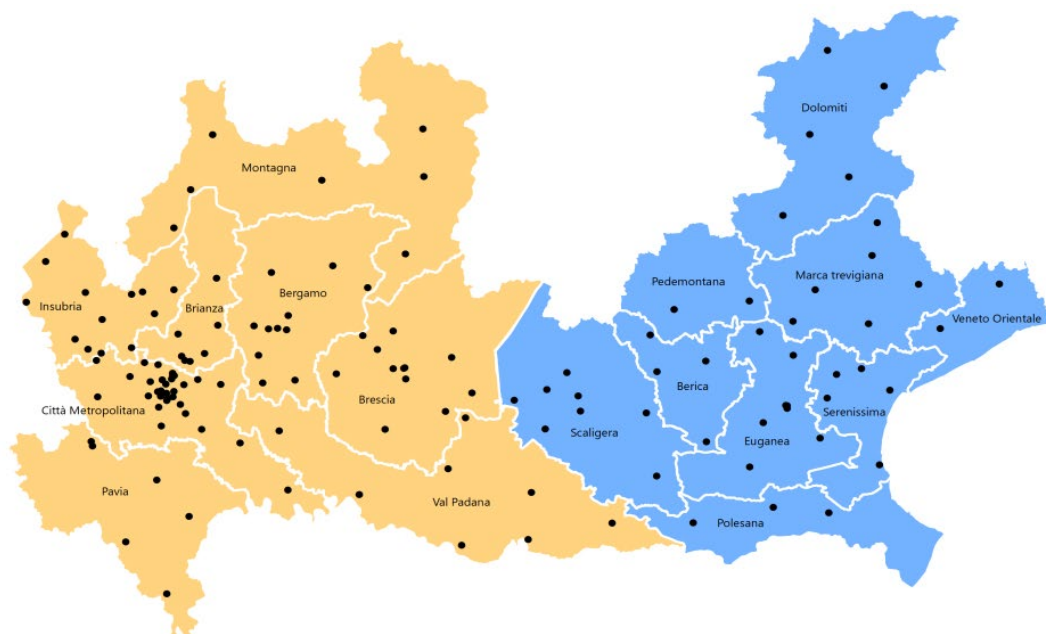
Confronto

Lombardia e Veneto sono due regioni settentrionali confinanti e assai sviluppate, non poi così diverse nemmeno sotto il profilo geografico. Sebbene il territorio della Lombardia sia più ampio di circa $\frac{1}{4}$, le proporzioni fra aree montagnose e pianeggianti risultano abbastanza simili. Inoltre, sebbene la popolazione sia inferiore di circa la metà in Veneto, gran parte di questa differenza è dovuta all'area metropolitana di Milano, di gran lunga il principale bacino di popolazione lombardo. Infine, visto l'obiettivo del nostro confronto, va anche sottolineato che i governi politici di queste due regioni sono risultati sostanzialmente analoghi negli ultimi decenni.

Nonostante tutte queste similarità, le strutture organizzative dei due SSR sono diventate sempre più diverse col passare degli anni, in modo del tutto avulso dalle peculiarità dell'area metropolitana milanese in Lombardia. Ad oggi, vi sono 13 importanti autorità locali nella regione Veneto, mentre se ne possono contare almeno 38 in Lombardia, di cui molte con funzioni e territori sovrapposti. Il numero quasi tre volte più elevato di aziende e agenzie rende inevitabilmente molto più complesso il controllo del SSR lombardo.²

A livello ospedaliero, la numerosità dei presidi per acuti in Veneto è inferiore di circa $\frac{1}{3}$ rispetto a quella lombarda in base alla popolazione residente e la loro densità di circa la metà in base alla superficie, con strutture dislocate in modo molto difforme sui due territori anche a prescindere dalla metropoli milanese (Figura 1).

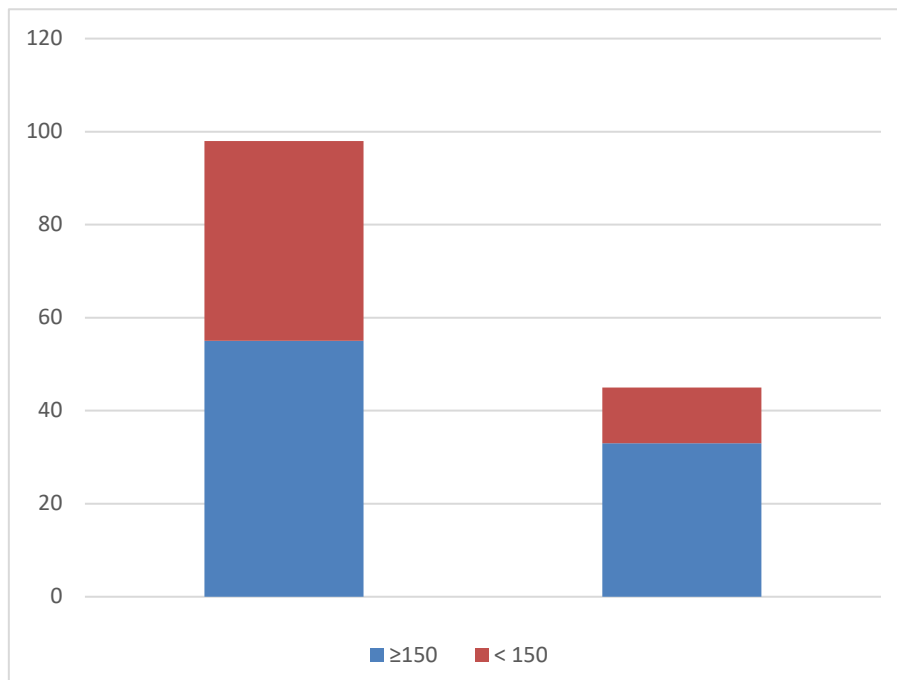
Figura 1. Ubicazione degli ospedali per acuti in Lombardia e Veneto*



* Il numero degli ospedali conteggiati nel grafico (43) non coincide pienamente con quello indicato nel testo (36) per il Veneto, in quanto due AO e 5 ospedali spoke hanno due strutture ciascuna.
Fonti: Lombardia: www.dati.salute.gov.it; Veneto: Allegato DGRV n. 22/CR del 13.03.2019

Oltre al numero tradizionalmente molto più elevato di ospedali privati in Lombardia, anche la componente degli ospedali per acuti di piccola dimensione è oramai decisamente superiore (Figura 2), con differenze fra le distribuzioni delle due reti ospedaliere probabilmente aumentate nel corso degli ultimi decenni. Mentre la strategia di pianificazione adottata in Veneto per aumentare l'efficienza della propria rete ospedaliera per acuti ha contribuito a ridurre il numero di piccole strutture inefficienti sul proprio territorio nel lungo periodo, la strategia di 'quasi mercato' mirata a indurre una forte competizione fra ospedali non ha in modo del tutto evidente condotto a risultati analoghi in Lombardia.

Figura 2. Numero di ospedali per acuti in Veneto e Lombardia per classi dimensionali (posti letto totali)*



* Il numero degli ospedali conteggiati nel grafico (43) non coincide pienamente con quello indicato nel testo (36) per il Veneto, in quanto due AO e 5 ospedali spoke hanno due strutture ciascuna.

Fonti: Lombardia: www.dati.salute.gov.it; Veneto: Allegato DGRV n. 22/CR del 13.03.2019

Implicazioni di politica sanitaria

L'assetto molto eterogeneo dei due SSR analizzati conferma che l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari erogati nell'ambito del SSN italiano, seppure tutt'ora finanziato tramite tassazione nazionale, sono oramai configurati con modalità assai diverse,¹ anche in regioni molto simili sotto il profilo socio-economico e politico. In particolare, la consistenza organizzativa dei tre livelli (centrale, regionale, locale) del SSN è minata alla radice dall'autonomia regionale, che lo rende sempre più esposto alle influenze delle diverse politiche locali.³ Sebbene con un numero di realtà assai inferiore a livello intermedio, qualcosa di analogo è successo anche nel NHS inglese, con le 4 nazioni (Galles, Inghilterra, Irlanda del Nord e Scozia) al posto delle 20 regioni italiane (in pratica 21 includendo le province autonome di Trento e Bolzano). Ad esempio, il NHS inglese si è affidato negli ultimi decenni alle spinte concorrenziali di mercato

teoricamente indotte dalla separazione fra domanda e offerta, mentre quello scozzese ha incentivato la collaborazione fra strutture all'interno del proprio sistema sanitario.¹⁰ In pratica, una volta accettato il concetto logico che il settore pubblico è potenzialmente il 'miglior assicuratore' per garantire la copertura universale della popolazione e quindi per finanziare un sistema sanitario nazionale, la scelta di fornire servizi sanitari è concettualmente meno ovvia.¹¹ Peraltro, in un tipico contesto di 'fallimento del mercato' come quello della sanità, la competizione tra fornitori non trova alcuna giustificazione nella teoria economica e ha richiesto un forte supporto ideologico fin dal primo tentativo inglese di introdurla ai tempi dei Governi Thatcher negli anni novanta. I prezzi liberamente determinati non possono essere concorrenziali in sanità, per definizione, e fissarli tramite una regolamentazione (ad es. le tariffe per i ricoveri ospedalieri) è un esercizio giocoforza arbitrario, che inevitabilmente distorce nel tempo l'allocazione delle risorse finanziarie. Inoltre, è probabile che i finanziamenti basati sulle attività premiano i trattamenti eccessivi e indeboliscano il coordinamento fra fornitori sanitari, perdendo in ultima analisi molte delle potenziali opportunità per migliorare la qualità e contenere i costi dei sistemi sanitari.

D'altro canto, è doveroso riconoscere che la persistente burocrazia del settore pubblico e l'influenza politica onnipresente a tutti i livelli nei sistemi sanitari hanno alimentato il mito della concorrenza di mercato in sanità come strategia alternativa. Ad esempio, la maggior parte degli sforzi per pianificare una rete razionale di ospedali pubblici in Italia, chiudendo i piccoli ospedali per acuti che sono presenti un po' dappertutto nel nostro paese,³ è assai spesso fallita in tante regioni principalmente a causa delle continue resistenze politiche e sindacali, conducendo in ultima analisi a riorganizzazioni locali assai discutibili. I commerci vari e i negozi attorno ai piccoli ospedali sono stati probabilmente i 'migliori alleati' contro la loro chiusura, in un Paese in cui circa il 90% dei 7.903 comuni ha meno di 15.000 abitanti. Infine, le nomine dei direttori generali dei vari SSR, quasi sempre basate su affiliazioni politiche piuttosto che su competenze professionali, hanno contribuito a raggiungere dei risultati assai deludenti in termini di efficacia ed efficienza delle strutture sanitarie.

Proposte

Coerentemente con le problematiche sopra esposte, qui di seguito avanziamo tre proposte in una logica di contenimento dell'influenza politica e della burocrazia, teoricamente utili per qualsiasi SSN europeo.

- Innanzitutto, ai governi politici centrali non dovrebbe essere concessa la possibilità di modificare facilmente la struttura istituzionale di base del SSN, né per il finanziamento né per l'erogazione dei servizi sanitari pubblici. Le uniche innovazioni benvenute in sanità dovrebbero essere quelle scientifiche e tecnologiche, mentre quelle economiche dovrebbero essere sempre considerate con molta cautela (per non dire sospetto), esposte come sono all'influenza politica. In particolare, dovrebbero essere introdotte delle 'clausole di salvaguardia' per le caratteristiche fondamentali del SSN, per la cui modifica dovrebbe essere richiesto un supporto politico molto forte a livello centrale (ad es. due terzi della maggioranza nel nostro Parlamento). Per quanto concerne il finanziamento, tutti i cittadini percettori di reddito dovrebbero comunque contribuire alla copertura dei costi del SSN per una questione di solidarietà e equità sociale, a prescindere dal fatto che poi ne facciano concretamente uso o meno, senza poter usufruire di vantaggi fiscali nel caso di scelte assicurative alternative. Quanto all'erogazione dei servizi sanitari, fornitori pubblici e privati possono ovviamente coesistere, ma separatamente, dovendo essere i primi l'insostituibile colonna portante del SSN e i secondi (meglio se enti senza fini di lucro) il loro complemento qualora valutati come oggettivamente necessari a livello locale.¹¹
- In secondo luogo, appare abbastanza evidente come sia necessario in prospettiva un riequilibrio dei servizi fra assistenza di base in comunità e assistenza specialistica nei sistemi sanitari.¹² Coerentemente, i criteri di finanziamento dovrebbero essere orientati a sviluppare i primi, che sono stati inevitabilmente penalizzati dai costi inferiori nei casi frequenti di riduzioni di spesa e, più in generale, dal loro scarso impatto sulle economie locali in questo periodo di crisi finanziaria senza fine. Allo stesso tempo, tutti i medici di famiglia dovrebbero diventare lavoratori dipendenti del SSN, analogamente ai loro colleghi ospedalieri, e essere collocati in strutture pubbliche territoriali (in particolare le case di comunità) aperte quanto meno da

mattino fino a sera durante i giorni feriali.¹³ Queste strutture dovrebbero impiegare al proprio interno tutti i professionisti sanitari, sociali e amministrativi che lavorano nelle cure primarie, anche per sfruttare nel miglior modo possibile i moderni strumenti tecnologici d'informazione come la telemedicina.

- In terzo luogo, un percorso di formazione post-laurea specifica in sanità dovrebbe essere reso obbligatorio per i dirigenti apicali nominati nel SSN, al fine di limitare l'influenza politica nei loro criteri di selezione e migliorare le loro specifiche capacità manageriali in ambito sanitario. In Italia non è mai stata introdotta fino ad oggi una scuola nazionale in sanità, ma nemmeno approvati programmi nazionali alternativi di insegnamento condotti in altre strutture ufficialmente riconosciute e finanziate per la formazione manageriale in sanità. Questa formazione specifica dovrebbe rendere tutti i potenziali dirigenti dei servizi sanitari pienamente consapevoli del fatto che i pazienti devono costituire l'interesse principale degli operatori sanitari, come spesso ricordato nella letteratura clinica,¹¹ evidenziando di converso che gli incentivi finanziari in sanità vanno considerati strumenti assai discutibili per far sì che gli stessi lavorino di più a vantaggio dei propri pazienti.

Concludendo siamo fermamente convinti che la struttura di un SSN debba rimanere pubblica per definizione, sia per il finanziamento che per l'erogazione dei servizi. Di conseguenza, le future analisi dovrebbero focalizzarsi soprattutto su come migliorare e standardizzare la qualità dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri pubblici, da erogare in una moderna prospettiva di assistenza integrata, con il paziente al centro del sistema nei fatti e non solo a parole.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferre F, de Belvis AG, Valerio L, et al. Italy: health system review. *Health Syst. Transit.* 2014;16(4):1–168.
2. Garattini L, Padula A. Clinical governance in Italy: ‘Made in England’ for import? *Appl. Health Econ. Health Policy.* 2017; 15(5):541–4.
3. 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.
4. Lal A, Erondur NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet.* 2021;397(10268):61–7.
5. Pisano GP, Sadun R, Zanini M. Lessons from Italy’s response to coronavirus. <https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>. Ultimo accesso 22 Febbraio 2024.
6. Ghiotto MC, Rizzolo Y, Gandolfo E, Zuliani E, Mantoan D. Strengthening primary care: the Veneto Region’s model of the Integrated Medical Group. *Health Policy.* 2018;122(11):1149–54.
7. Rechel B, Džakula A, Duran A, et al. Hospitals in rural or remote areas: an exploratory review of policies in 8 high-income countries. *Health Policy.* 2016;120(7):758–69.
8. Toniolo F, Mantoan D, Maresso A. Veneto Region, Italy. *Health system review. Health Syst. Transit.* 2021;14(1):1–138.
9. AGENAS. La riforma del Sistema Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015). Protocollo n. 2020/0007526 del 16/12/2020. <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1525662.pdf> (2020). Ultimo accesso 22 Febbraio 2024.
10. Hawkes N. How different are NHS systems across the UK since devolution? *BMJ.* 2013;346:f3066.
11. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? *J. R. Soc. Med.* 2019;112(1):6–10.
12. Jones R, Newbold M, Reilly J, Drinkwater R, Stoate H. The future of primary and secondary care. *Br. J. Gen. Pract.* 2013;63(612):379–82.
13. Garattini L, Badinella Martini M, Zanetti M. More room for telemedicine after COVID-19: lessons for primary care? *Eur. J. Health Econ.* 2021;22(2):183–6.



"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".

MEDICINA DIFENSIVA: TUTTO E IL CONTRARIO DI TUTTO?

Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi

Introduzione

La Medicina Difensiva (MD) è un concetto nato negli Stati Uniti nei primi anni '70 e successivamente esteso ad altri continenti, Europa inclusa. La primissima citazione di MD in un discorso pubblico è stata probabilmente quella fatta dal Consigliere Generale dell'Associazione Medica Americana (AMA) nel 1974, il quale suggerì la DM dopo avere provocatoriamente raccomandato ai suoi colleghi di non compiere più alcuna azione medica come unica soluzione per evitare cause legali per malasanità.¹

Fondamentalmente, la MD fa riferimento a tutte le pratiche mediche superflue e/o eccessive rispetto al normale iter clinico, effettuate dai medici con l'obiettivo primario di prevenire il rischio di un contenzioso legale.²⁻⁴ L'interesse nella MD come strategia per scoraggiare azioni legali dei pazienti (o loro familiari) in caso di negligenza medica e malasanità è aumentata negli ultimi decenni a causa del numero crescente di contenziosi in molte nazioni.⁵⁻⁷ Le pratiche eccedentarie della MD, indotte dalla minaccia della responsabilità medica piuttosto che dal beneficio dei pazienti,⁸⁻¹⁰ sono giocoforza destinate ad aumentare la spesa sanitaria complessiva e in alcuni casi possono anche comportare effetti collaterali e/o disagi a carico dei pazienti.¹¹⁻¹³

Definizione di MD

Sebbene molti autori si siano sbizzarriti nel fornire proprie definizioni di MD, tutte le definizioni sono sostanzialmente simili.¹ Facendo riferimento alle definizioni più brevi e semplici,¹⁴⁻¹⁶ la MD include tutti gli atti che i medici compiono volutamente senza considerarli parte delle cure standard che abitualmente erogano in base alle loro conoscenze cliniche; tali azioni sono volutamente mirate a proteggerli nel miglior modo possibile da eventuali azioni legali intentate dai pazienti o dalle loro famiglie per negligenza medica.

Le pratiche di MD sono generalmente suddivise in due categorie:^{1,17} i) la MD 'positiva' si verifica quando i medici prescrivono esami, visite specialistiche e/o procedure non necessarie o ripetitive; ii) la MD 'negativa' si verifica quando i medici si rifiutano di somministrare cure a pazienti ad alto rischio o evitano procedure che considerano rischiose. E' probabile che la MD sia più praticata in specialità ad alto rischio (ad es. chirurgia, ostetricia e ginecologia, ortopedia-traumatologia, medicina di emergenza),^{2,5} intuitivamente più soggette a contenziosi.¹⁸ Gli esami diagnostici e gli interventi di taglio cesareo sono gli esempi più comunemente citati di pratiche eccedentarie incentivate dalla MD.^{19,20}

I pazienti sono le "prime vittime" della negligenza medica e quindi anche della MD,²¹ soprattutto quella di tipo negativo. Tuttavia, i medici possono divenire le "seconde vittime", a causa delle condizioni di lavoro sempre più stressanti a cui sono soggetti nella pratica quotidiana.³ Un'azione legale può anche indurre una "sindrome giudiziaria clinica",¹² inizialmente indotta da inattese notifiche di procedure legali e successivamente dal linguaggio aspro e aggressivo degli avvocati durante i processi in tribunale. Sebbene sia tuttora dibattuto se questo stress possa realmente divenire una sindrome clinica,¹² la MD può offrire un beneficio psicologico a tutti i medici che la temono, a prescindere dal fatto che abbiano realmente affrontato un contenzioso di persona oppure ne abbiano soltanto sentito parlare dai colleghi per loro esperienze negative.

Visto che il dibattito sulla MD si è ormai ampiamente diffuso anche in paesi in cui la negligenza medica è raramente soggetta a leggi sulla responsabilità civile,^{12,22}

recentemente alcuni autori non hanno correlato la MD soltanto al timore di un contenzioso, ma l'hanno estesa anche alla percezione di bassa reputazione di un medico fra i suoi colleghi.¹ Fra le cause scatenanti che potenzialmente rafforzano la MD, ve ne sono due complementari più generalmente correlate alla perdita di reputazione del medico sul posto di lavoro a causa di errori medici.²³ In primo luogo, una forte risposta emotiva alle lamentele può portare a un sentimento di “vergogna”, che gli suscita il desiderio di ritirarsi dalla pratica medica e andarsene per una sensazione di fallimento globale, ben al di là del senso di colpa per uno specifico errore, indebolendone a lungo andare l'autostima⁸ e conducendolo potenzialmente al burnout professionale.^{24,25} In secondo luogo, una cultura sociale orientata alla “colpa” individuale può indurre a una “caccia alle streghe” per identificare i singoli medici che sono responsabili di errori medici, analogamente a quanto accade coi piloti ritenuti i primi colpevoli per gli incidenti aerei, e quindi a colpevolizzarli pubblicamente tramite i mass media per stigmatizzare i loro errori.^{12,26}

MD e legislazioni nazionali

La cattiva pratica medica può essere legalmente definita come negligenza professionale (attraverso un atto o un'omissione) che genera un trattamento non all'altezza degli standard di buona pratica clinica, causando in ultima analisi un danno evitabile (o in alcuni casi il decesso) a un paziente.²⁷ Sebbene la correlazione non sia comunque lineare,²⁸ la MD è inevitabilmente influenzata dalla cultura legale e quindi dalla pratica giuridica presente nei diversi paesi.¹³

Assai probabilmente in modo affatto casuale, la MD è nata negli Stati Uniti, dove i contenziosi per negligenza e le azioni per responsabilità civile sono assai frequenti,²⁹ sebbene difformemente distribuiti fra i vari Stati a causa delle loro diverse legislazioni.⁴ In generale, è probabile che le pratiche di MD siano più diffuse in nazioni con una densità più elevata di avvocati e di ricorsi ad azioni legali per responsabilità civile;² ad esempio, l'Italia registra la proporzione di gran lunga più elevata per processi di malasanità condotti in tribunale rispetto agli altri principali paesi europei.¹⁵ Ciò suggerisce che la MD sia influenzata più da fattori ambientali che individuali,²⁸ diventando una specie di

“tassa sul lusso” pagata nei paesi più ricchi con sistemi legali basati sulla responsabilità civile,²⁹⁻³¹ nei quali l’adozione di tattiche di MD può apparentemente aiutare i medici a difendersi meglio in caso di contenziosi legali.¹⁸ Allo stesso tempo, partendo dall’errato presupposto (contrario alla *Evidence Based Medicine*) che fare qualcosa in più è sempre meglio che fare qualcosa in meno, la MD positiva potrebbe portare a eccessi diagnostici e terapeutici per i pazienti.¹ Oltre a contribuire alla “tempesta perfetta” per l’utilizzo eccessivo di assistenza sanitaria,³² i rischi degli esami e dei trattamenti aggiuntivi possono superare i benefici a causa dei falsi positivi e degli eventuali effetti collaterali, portando paradossalmente la MD ad aumentare i rischi di negligenza nel lungo periodo.^{1,20}

Nelle nazioni del Nord Europa (quali Danimarca, Olanda e Svezia), dove i reclami dei pazienti possono essere affrontati prima in sedi alternative ai tribunali (ad es. le commissioni disciplinari mediche),^{3,6,17} i medici sono finanziariamente meno responsabili in caso di negligenza non grave. In queste nazioni la MD sembra essere ancora recepita come una questione meno pressante; più che altro, una minaccia futura in caso di crescente “americanizzazione” dei sistemi sanitari Europei e quindi di maggior ricorso a cause in tribunale come conseguenza.¹⁷

In generale, la depenalizzazione degli errori medici e la loro gestione da parte delle organizzazioni mediche o nei tribunali civili dovrebbe aiutare a limitare la MD.^{15,33} Poiché un contesto giuridico equo probabilmente scoraggia la MD, soprattutto quella di tipo positivo,² le strategie legali più raccomandate sono quelle mirate a ridurre la responsabilità medica per errori non intenzionali attraverso risoluzioni alternative delle controversie.²⁰ Idealmente, i danni dei pazienti dovrebbero essere almeno copagati dai datori di lavoro anche in sanità,²³ ancorché gli interessi dei datori di lavoro e dei dipendenti non sempre convergono,²⁷ e un clima di responsabilità equilibrata dovrebbe comportare:² i) risarcimenti altamente improbabili per i pazienti che intentano futuri azioni legali; ii) risarcimenti adeguati per i pazienti che sono stati veramente danneggiati a causa di negligenza medica grave.

Stime di MD e dei suoi costi

Le stime delle attività di MD e dei costi da essa indotti derivano in tutto il mondo (Europa inclusa) da ricerche di medici. Varie indagini sono state condotte in Europa (soprattutto in Italia e Regno Unito) su diversi tipi di medici (principalmente chirurghi e medici di famiglia). Tranne che in alcuni studi condotti nei paesi del Nord,^{13,34} nazioni dove ai pazienti vengono offerte varie alternative amministrative per soddisfare i loro reclami prima di intraprendere azioni legali (vedi sopra), la MD sembrerebbe essere ormai diffusa e fiorente in quasi tutta Europa,^{5,7,14,26,35-37} causando costi potenzialmente ingenti per i sistemi sanitari già carenti di risorse economiche.^{25,38} La MD è risultata meno frequente fra i medici senior del Regno Unito,¹⁴ mentre la maggior parte dei medici italiani ha giustificato il loro frequente ricorso alla MD come reazione alla debole protezione ricevuta dai propri dirigenti in caso di azioni legali individuali.^{25,26,38} Peraltro, lo standard di cura può essere legalmente definito esclusivamente come ciò che altri medici qualificati avrebbero fatto secondo scienza e coscienza in circostanze analoghe. Pertanto, in mancanza di un riferimento oggettivo per le cure standard, il limite intrinseco di queste indagini è che le risposte sono necessariamente soggettive e influenzate dalle convinzioni dei medici, rendendo ardua la raccolta di informazioni attendibili sulla MD.⁹ Indipendentemente dagli sforzi dei ricercatori e a prescindere dalle specialità mediche, le risposte possono variare molto a seconda di come vengono formulate le indagini e poste le domande.³⁹ Dal momento che un gran numero di atti medici può virtualmente offrire qualche beneficio ai pazienti,^{8,40,41} è difficile tracciare una precisa linea di demarcazione fra pratiche prudenti e difensive,^{19,21,30} con i partecipanti che danno risposte bianche o nere a domande necessariamente grigie.¹⁸ Di conseguenza, le stime di costo ricavate dalle indagini sulla MD sono comunque e sempre poco attendibili.¹

MD nel dibattito sulla scienza medica

La discussione sulla MD si inserisce in un dibattito più generale nella letteratura medica sul ruolo della medicina moderna, cioè se la medicina debba essere già considerata una

scienza perfetta della certezza oppure ancora un'arte della probabilità imperfetta.³³ La metafora “corpo come macchina” è molto utile per descrivere l'approccio biomedico,²⁴ essendo il corpo del paziente la macchina e il medico il suo “meccanico” in caso di guasto. Grazie al progresso scientifico, i medici possono fare la giusta diagnosi e fornire la giusta terapia, di modo che ogni malattia sembra potenzialmente curabile e al sorgere di una complicanza inevitabilmente si insinua il sospetto di un errore clinico.¹⁰ Questo approccio supporta una fuorviante cultura “zero errori” di medicina falsamente onnipotente.¹⁵

Diversamente, l'approccio multidimensionale (bio-psico-sociale), di gran lunga preferito dagli esperti di MD, ci ricorda che la medicina è tuttora un'arte della probabilità piuttosto che una scienza perfetta.¹ A partire dalla diagnosi, solo l'incertezza è sicura e la certezza un'illusione, anche nei contesti più avanzati.³³ Di conseguenza, l'esperienza clinica e l'intuizione dovrebbero tuttora guidare l'arte della medicina, con le risposte dei pazienti spesso imprevedibili e gli eventi avversi inevitabili.^{12,33} In base a questo approccio focalizzato sul paziente, la malattia varia molto da un individuo all'altro;²⁴ pertanto, il rapporto personale medico-paziente è tuttora cruciale.²² I protocolli e le linee guida cliniche, spesso basate principalmente su opinioni e studi osservazionali,⁴² sono considerati strumenti per migliorare la salute della popolazione piuttosto che quella individuale.³ Pertanto, così come un libro di ricette non può garantire una cucina di successo, i medici non devono seguire pedissequamente le linee guida per prendere le loro decisioni indipendentemente dalla loro personale esperienza, ma devono sempre analizzare i propri pazienti caso per caso.³³

La MD sembra essere una logica reazione al preponderante approccio biomedico,³³ che promette di curare qualsiasi malattia nelle “fabbriche” sovraffollate della moderna medicina. Secondo alcuni autori, la MD è tanto ragionevole quanto necessaria per ridurre la responsabilità legale dei medici,^{18,19,30,31} sorta di fatto inevitabile dei tempi moderni, i cui rischi inutili sono spesso sovrastimati e i potenziali benefici per i pazienti trascurati. Dal lato opposto, molti autori considerano la MD non etica e in contrasto con la deontologia medica,^{2,14,15,23,33,38,40} poiché aggiunge rischi evitabili ai singoli pazienti e costi inutili per le società nel loro complesso (soprattutto la MD positiva).¹³

MD, fiducia medico-paziente e atteggiamento verso gli errori clinici

La MD sembra essere strettamente correlata alla crisi strisciante di fiducia nella moderna relazione medico-paziente.^{33,43} Mentre i primi sono ancora in parte restii ad accettare critiche sul proprio comportamento professionale, storicamente messo raramente in discussione grazie a un atteggiamento paternalistico prevalente,¹⁴ i secondi hanno notevolmente aumentato le proprie aspettative nei confronti dei trattamenti innovativi, alimentate da continue ricerche sui media moderni come Internet;¹⁵ quindi, in caso di esiti negativi, temono subito di avere ricevuto cure inferiori agli standard e non quelle migliori attualmente disponibili.⁴⁴

Negli ultimi decenni la fiducia dei pazienti nei confronti dei medici è stata indebolita soprattutto perché i medici sono stati costretti giocoforza a ridurre drasticamente il tempo dedicato ad ascoltare ciascun paziente,¹⁰ in modo da diagnosticare e curare sempre più pazienti in sempre meno tempo, portando alla fine a una scarsa soddisfazione lavorativa e alla MD come ovvia conseguenza. Pertanto, la reazione più efficace alla MD dovrebbe essere quella di ripristinare la fiducia coi pazienti, la fonte principale di soddisfazione professionale per i medici.³³ Poiché i pazienti che non si fidano del proprio medico sono restii a fornire informazioni importanti,¹² è necessario incoraggiare fortemente la comunicazione e il reciproco rispetto;⁴² quindi, anche i medici dovrebbero ascoltare i propri pazienti prima di cercare di convincerli.¹⁵

Una strategia sociale avversa alla MD dovrebbe essere in grado di gestire positivamente gli errori medici.³³ Dal momento che qualità e sicurezza delle cure vengono difficilmente raggiunte attraverso minacce e sanzioni,^{15,29} sarebbe auspicabile una rivoluzione culturale supportata da tutti gli "attori" della sanità, autorità sanitarie incluse,²⁶ per trasformare ogni errore involontario in un'opportunità di apprendimento.^{12,44} Idealmente, tutti i medici dovrebbero collaborare coi propri colleghi per discutere e condividere la cura migliore per il paziente;¹⁹ ad esempio, i radiologi potrebbero aiutare a istruire i loro colleghi medici sui rischi e i benefici degli esami prescritti.⁴⁴ Un clima di collaborazione clinica dovrebbe favorire un miglior utilizzo del personale nei servizi sanitari,²⁶ riducendo a lungo andare i costi della MD.³⁰ Allo stesso tempo, visto che la cooperazione fra pazienti e medici è socialmente ottimale,⁶ vi è bisogno di sforzi continui

per educare i pazienti e i loro parenti a considerare più affidabili le informazioni che provengono da fonti cliniche rispetto a quelle rintracciabili sui media.³³

MD, tutto e il contrario di tutto

Una revisione della letteratura relativamente recente è arrivata alla conclusione che il dibattito sulla MD è davvero confuso, non fornendo alcuna indicazione pratica ai decisori politici per possibili azioni basate su solide evidenze e logica razionale.¹¹ Avendo trovato nella nostra analisi sulla MD tutto e il contrario di tutto, non possiamo che condividere pienamente questa conclusione negativa. Tuttavia, possiamo almeno trarre un valido insegnamento dal dibattito sulla MD: una cultura organizzativa volta a limitare sia la severità estrema nel punire gli errori clinici che la totale discrezionalità nella pratica medica dovrebbe essere fortemente raccomandata nei sistemi sanitari.²⁶ Mentre la prima favorisce la MD, la seconda è stata ormai in parte superata dalla tendenza al “*patient empowerment*”,⁴⁵ che ha favorito un’apertura nella relazione fra medici e pazienti. Ciò implica che il quadro giuridico dei paesi del Nord Europa, con le loro diverse soluzioni raggiungibili prima di un’eventuale azione legale, dovrebbe essere considerato il migliore per scoraggiare la MD.

Proposte per limitare la MD

Una volta riconosciuto che la MD è una sorta di costoso e non necessario “effetto collaterale” della medicina moderna da scoraggiare, piuttosto che un problema obiettivo da affrontare, è possibile formulare alcune raccomandazioni generali derivanti dall’economia e dall’amministrazione aziendale per limitarne la minaccia.

L’assistenza sanitaria è un classico esempio di “fallimento del mercato” nella teoria economica, dal momento che la salute è un “bene meritorio” piuttosto che un normale “bene di consumo”.⁴⁶ Pertanto, la concorrenza non è lo strumento migliore per affrontare i problemi di equità e una “americanizzazione” della sanità, con un’elevata prevalenza di “attori” privati orientati al profitto (sia per il finanziamento che per la

fornitura), è assai poco raccomandabile; non a caso gli Stati Uniti hanno da sempre una spesa sanitaria alle stelle e spendono per la mera amministrazione della sanità molto di più delle altre nazioni sviluppate.⁴⁷ Diversamente, nei sistemi sanitari Europei i pazienti non sono stati storicamente considerati comuni consumatori e i medici rispondono principalmente a “terzi paganti” per la spesa sanitaria. La tendenza istituzionale recente più preoccupante in Europa è stata l’adozione diffusa di tariffe per prestazione al posto dei budget globali per il finanziamento dei servizi sanitari. Questa scelta assai discutibile, un’ulteriore “americanizzazione” dei sistemi europei, può a lungo andare minare il coordinamento e le sinergie fra i servizi sanitari.⁴⁷ In particolare, condividiamo pienamente l’opinione che i sistemi basati sulle tariffe per prestazione, tendendo a premiare gli eccessi di trattamenti, possono indurre la MD come ulteriore potenziale distorsione.⁴⁰

Se la medicina è prima di tutto una missione finalizzata a servire i pazienti, come sottolineato spesso nella letteratura medica, la pratica clinica dovrebbe ispirarsi principalmente alla collaborazione fra operatori sanitari e gli incentivi finanziari dovrebbero essere considerati strumenti assai discutibili per stimolarli a lavorare meglio a favore dei pazienti.⁴⁸ Se gli interessi dei pazienti sono la pietra miliare del rapporto fiduciario dei medici, il successo nell’assistenza e nelle cure dovrebbe risultare la motivazione principale per i medici e l’etica degli affari non dovrebbe essere mescolata con quella medica per evitare di minare la fiducia fra medico e paziente.⁴⁶ Idealmente, non vi è dubbio che una cultura organizzativa radicata nel lavoro di squadra e nella collaborazione si adatti assai meglio ai servizi sanitari rispetto a una cultura competitiva. In generale, una manovra da evitare è la scorciatoia della depenalizzazione in assenza di un riequilibrio fra interessi e diritti che rimuova tutte le contraddizioni che contrappongono medici e cittadini. Per superare questa conflittualità, è necessario condividere con i cittadini un nuovo “patto sociale” in cui dichiarare chiaramente la complessità in medicina come circostanza ineliminabile dell’agire medico. Questa complessità dovrebbe quindi essere giuridicamente riconosciuta, come dovrebbe essere esplicitato che curare la malattia è diverso da curare il malato, trattandosi di due gradi di complessità fra loro distanti. Nemmeno le linee guida sono di per sé sufficienti perché vengono disegnate sulla malattia e non sul singolo malato. Aumentare le occasioni di

scontro non serve; al contrario, va aperto un dibattito senza pregiudizi, che coinvolga non solo pazienti e medici, ma anche chi governa la sanità, gli avvocati, i magistrati e possibilmente l'opinione pubblica.

Concludendo presentiamo una proposta per cercare di stimare la MD e i suoi costi nei sistemi sanitari attraverso uno strumento potenzialmente assai più robusto rispetto alle indagini condotte dai medici. Partendo dal presupposto che i medici sono i pazienti più informati quando essi stessi (e/o i loro parenti stretti) si ammalano,⁴⁵ perché non creare un osservatorio europeo permanente per confrontare i loro modelli di consumi sanitari con quelli della popolazione generale? A nostra conoscenza, questo utile esercizio è stato fatto solo una volta in passato, in Svizzera all'inizio degli anni '90,⁵⁰ dopodiché non si è mai più ripetuto.

BIBLIOGRAFIA

1. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis (Berl)*. 2017;4(3):133-9.
2. Cote DJ, Karhade AV, Larsen AM, Castlen JP, Smith TR. Neurosurgical Defensive Medicine in Texas and Illinois: A Tale of 2 States. *World Neurosurg*. 2016;89:112-20.
3. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, et al. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open*. 2017;7(12):e019851.
4. Agarwal R, Gupta A, Gupta S. The impact of tort reform on defensive medicine, quality of care, and physician supply: A systematic review. *Health Serv Res*. 2019;54(4):851-9.
5. Ramella S, Mandoliti G, Trodella L, D'Angelillo RM. The first survey on defensive medicine in radiation oncology. *Radiol Med*. 2015;120(5):421-9.
6. Antoci A, Fiori Maccioni A, Russu P. The Ecology of Defensive Medicine and Malpractice Litigation. *PLoS One*. 2016;11(3):e0150523.
7. Osti M, Steyrer J. A national survey of defensive medicine among orthopaedic surgeons, trauma surgeons and radiologists in Austria: evaluation of prevalence and context. *J Eval Clin Pract*. 2015;21(2):278-84.
8. Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med*. 1999;159(20):2399-402.
9. Hermer LD, Brody H. Defensive medicine, cost containment, and reform. *J Gen Intern Med*. 2010;25(5):470-3.
10. Lykkegaard J, Andersen MKK, Nexøe J, Hvidt EA. Defensive medicine in primary health care. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(3):225-6.
11. Kapp MB. Defensive medicine: No wonder policymakers are confused. *Int J Risk Saf Med*. 2016;28(4):213-9.
12. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg*. 2015;67(4):331-7.
13. Yan SC, Hulou MM, Cote DJ, et al. International Defensive Medicine in Neurosurgery: Comparison of Canada, South Africa, and the United States. *World Neurosurg*. 2016;95:53-61.
14. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, et al. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics*. 2013;14:42.
15. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med*. 2015;10(1):12.
16. Bishop TF, Pesko M. Does defensive medicine protect doctors against malpractice claims? *BMJ*. 2015 Nov 4;351:h5786.
17. Yan SC, Hulsbergen AFC, Muskens IS, et al. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta Neurochir (Wien)*. 2017;159(12):2341-50.
18. Bean JR. Defensive Medicine: A Game in Which Perception Trumps Reality. *World Neurosurg*. 2016;90:646-7.
19. Coates J. Defensive medicine. *N Z Med J*. 2002;115(1160):U144.
20. Plebani M. Defensive medicine and diagnostic testing. *Diagnosis (Berl)*. 2014;1(2):151-4.

-
21. Prabhu VC. Defensive Medicine in Neurosurgery. *World Neurosurg.* 2016;95:587-9.
 22. Assing Hvidt E, Bjørnskov Pedersen L, Lykkegaard J, et al. A colonized general practice? A critical habermasian analysis of how general practitioners experience defensive medicine in their everyday working life. *Health (London).* 2019;1363459319857461. doi: 10.1177/1363459319857461.
 23. Keren-Paz T. Liability regimes, reputation loss, and defensive medicine. *Med Law Rev.* 2010;18(3):363-88.
 24. Cunningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf.* 2011;20(5):449-52.
 25. Elli L, Tenca A, Soncini M, et al. Defensive medicine practices among gastroenterologists in Lombardy: between lawsuits and the economic crisis. *Dig Liver Dis.* 2013;45(6):469-73.
 26. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform.* 2009;148:206-21.
 27. Clark JR. Defensive Medicine. *Air Med J.* 2015;34(6):314-6.
 28. Prabhu VC. Operant Conditioning and the Practice of Defensive Medicine. *World Neurosurg.* 2016;91:603-5.
 29. Bean JR. Defensive Medicine: Rational Response to Irrational Risk. *World Neurosurg.* 2016;94:568-569.
 30. Fronczak SW. Defensive Medicine: A Tax/Surcharge for the Delivery of Healthcare. *World Neurosurg.* 2016;95:594-6.
 31. Bassett KL, Iyer N, Kazanjian A. Defensive medicine during hospital obstetrical care: a byproduct of the technological age. *Soc Sci Med.* 2000;51(4):523-37
 32. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA.* 2008;299:2789-91.
 33. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases.* 2018;6(11):406-9.
 34. Vandersteegen T, Marneffe W, Vandijck D. Defensive medicine: implications for clinical practice, patients and healthcare policy. *Acta Clin Belg.* 2015;70(6):396-7.
 35. Motta S, Testa D, Cesari U, et al. Medical liability, defensive medicine and professional insurance in otolaryngology. *BMC Res Notes.* 2015;8:343.
 36. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *BMJ.* 1995;310(6971):27-9.
 37. Summerton N. Trends in negative defensive medicine within general practice. *Br J Gen Pract.* 2000;50(456):565-6.
 38. Panella M, Rinaldi C, Leigheb F, et al. Prevalence and costs of defensive medicine: a national survey of Italian physicians. *J Health Serv Res Policy.* 2017;22(4):211-7.
 39. Baicker K, Wright BJ, Olson NA. Reevaluating Reports of Defensive Medicine. *J Health Polit Policy Law.* 2015;40(6):1157-77.
 40. Kachalia A, Mello MM. Defensive medicine--legally necessary but ethically wrong? Inpatient stress testing for chest pain in low-risk patients. *JAMA Intern Med.* 2013;173(12):1056-7.
 41. Sloan FA, Shadle JH. Is there empirical evidence for "Defensive Medicine"? A reassessment. *J Health Econ.* 2009;28(2):481-91.
 42. Yeung EYH. Evidence based versus defensive medicine. *BMJ.* 2018;363:k4114. doi: 10.1136/bmj.k4114.

-
43. Chen XY. Defensive medicine or economically motivated corruption? A confucian reflection on physician care in China today. *J Med Philos.* 2007;32(6):635-48.
 44. Chawla A, Gunderman RB. Defensive medicine: prevalence, implications, and recommendations. *Acad Radiol.* 2008;15(7):948-9.
 45. Garattini L, Padula A. Patient empowerment in Europe: is no further research needed? *Eur J Health Econ.* 2018;19(5):637-40.
 46. Garattini L, Padula A. Conflict of interest disclosure: striking a balance? *Eur J Health Econ.* 2019;20(5):633-6.
 47. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? *J R Soc. Med.* 2019;112(1):6-10.
 48. Garattini L, Padula A. Clinical governance in Italy: 'Made in England' for import? *Appl Health Econ Health Policy* 2017;15(5):541-4
 49. Garattini L, Padula A. Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? *J R Soc Med.* 2018;111(8):265-9.
 50. Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. *Int J Technol Assess Health Care.* 1993;9(4):505-13.



"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".

COME MAI COSI' TANTI PROGRAMMI DI SPECIALITA' PER LA MEDICINA GENERALE IN EUROPA?

Marco Badinella Martini, Livio Garattini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

Introduzione

Nel corso degli ultimi decenni la Medicina Generale (MG) si è proposta a livello internazionale come una specializzazione medica indipendente e insostituibile, con compiti e competenze specifiche.¹ Ciò ha generato il bisogno di implementare un programma di formazione strutturato per permettere ai futuri Medici di Medicina Generale (MMG) di acquisire tutte le competenze basilari necessarie per praticare nell'assistenza primaria.² Sebbene la legislazione europea richieda una specialità di MG di almeno 3 anni (con un periodo minimo di almeno 6 mesi trascorsi in uno studio di un MMG), le differenze tra i programmi nazionali sono tuttora sostanziali.³

In questa sede vengono confrontate le caratteristiche basilari dei programmi di formazione per i MMG nei principali paesi Europei con sistemi sanitari sia pubblici tipo-Beveridge (Inghilterra, Italia e Spagna) che mutualistici obbligatori tipo-Bismarck (Francia e Germania).⁴

Inghilterra

Dopo 5 anni di facoltà di medicina tutti i giovani medici laureati si iscrivono attraverso un concorso nazionale al *Foundation Programme* (FP) biennale, un tirocinio retribuito.⁵ Dopo il primo anno (F1) i candidati possono ottenere la completa registrazione al *General Medical*

Council e proseguire con il secondo anno (F2). Nel FP i giovani medici effettuano un training appropriato in tutte le competenze di base della professione medica. F1 consiste abitualmente in tre tirocini ciascuno della durata di quattro mesi; tipicamente, uno di questi è in medicina interna, uno in chirurgia generale e il terzo in un'altra specialità. La stessa programmazione temporale è prevista per F2, con uno dei tre tirocini obbligatoriamente dedicato alla MG. Alla fine del percorso i giovani medici conseguono le *Foundation Competences*, un diploma che certifica le competenze apprese, ottenendo così la possibilità di partecipare al Programma di Training nella specialità di MG qualora sia questa la loro scelta.⁶ Al fine di accedere al programma di specialità, i candidati devono superare il *Multi-Specialty Recruitment Assessment*, un esame computerizzato a scelta multipla che include domande cliniche e etiche. Il programma di formazione in MG ha una durata minima di tre anni, durante i quali le rotazioni dei training sono sostanzialmente suddivise fra ambiti ospedalieri e di comunità. Le prime durano 12 mesi e includono rotazioni mensili elettive in varie specialità cliniche e chirurgiche, mentre i rimanenti 24 mesi sono focalizzati sull'assistenza primaria e la MG e possono essere suddivisi in varie rotazioni. Oltre alla formazione pratica, sono previste lezioni teoriche (obbligatorie) settimanali e attività extra che fanno parte di un portafoglio programmabile da parte del tirocinante. Infine, per essere registrato come MMG, il tirocinante deve superare il *Membership of the Royal College of General Practitioners*, un esame suddiviso in tre parti diverse, mirato ad accertare la conoscenza teorica (tramite un test a scelta multipla) e le competenze sia pratiche che comunicative (tramite simulazioni di scenari realistici).

Italia

Dopo il corso di 6 anni in medicina i giovani medici neolaureati devono associarsi a un ordine dei medici locale per acquisire il diritto di praticare la professione medica. Al fine di accedere ai programmi di qualsiasi specialità medica, gestiti dalle università, i candidati devono superare un esame nazionale. Diversamente da tutte le altre specialità e in base a logiche storicamente consolidate e validate dai sindacati medici di categoria, la specializzazione in MG non è giuridicamente equiparata alle altre specialità in Italia.⁷ Un candidato in MG deve seguire un programma triennale di formazione gestito dalle singole regioni (e non dalle università), ai quali è possibile accedere dopo avere superato un esame

regionale. In assenza di un unico curriculum nazionale riconosciuto, i programmi di formazione possono differire sostanzialmente fra le venti regioni. In generale, il training operativo prevede le fasi seguenti:⁸ un anno negli studi dei MMG; 6 mesi in medicina interna e altri reparti medici; 3 mesi nei servizi ospedalieri di pronto soccorso; 3 mesi in un reparto di chirurgia generale o specialistica; 2 mesi in un reparto di ostetricia e ginecologia; 4 mesi in un reparto di pediatria o in un ambulatorio pediatrico; 6 mesi in strutture sanitarie di comunità.

I corsi teorici sono organizzati in lezioni settimanali e seminari (più di 1.200 ore distribuite nel corso dei 3 anni). Infine, i candidati devono superare un esame consistente nella discussione di una breve tesi e, in caso di giudizio positivo, ottengono il certificato che permette loro di entrare nella graduatoria regionale per i contratti dei MMG. Va sottolineato che questo sistema peculiare di formazione in MG ha generato nel tempo diffuse critiche e malcontenti fra i medici italiani.⁹

Spagna

Una volta completati gli studi di 6 anni in medicina, i giovani medici devono iscriversi all'ordine nazionale per ottenere il diritto di praticare la professione medica. Particolare importante, i medici hanno bisogno di ottenere almeno una specialità per potere lavorare nel *Sistema Nacional de Salud* (il SSN spagnolo).⁵ Al fine di accedere a un programma di specialità, i candidati devono passare il *Medico Interno Residente*, un esame nazionale complesso e selettivo. La graduatoria finale è determinata da un esame consistente in domande a scelta multipla, al cui punteggio viene aggiunta una piccola percentuale in base ai voti ottenuti dal candidato nel proprio curriculum universitario. La durata della specialità in MG è di quattro anni, il programma di training è suddiviso in blocchi e metà dei cicli di formazione è dedicato alla MG in comunità. In aggiunta, i tirocinanti devono effettuare rotazioni per circa 18 mesi in medicina interna e in altri reparti ospedalieri medici e chirurgici. I sei mesi rimanenti consistono in molteplici rotazioni in varie specialità in strutture ospedaliere o di comunità. Durante il programma di training i tirocinanti devono anche effettuare molteplici guardie mediche di 17-24 ore e partecipare a un corso teorico di circa 250 ore annue.

Francia

Alla fine dei sei anni di studi universitari in medicina, gli studenti devono affrontare un complesso e selettivo esame nazionale (*Épreuves Classantes Nationales*) al fine di poter accedere al programma di formazione specialistica triennale in MG (*Internat*). Il programma di training include 200 ore di lezioni teoriche e vari stage semestrali:¹⁰

- tre semestri in ospedale, uno in un reparto generalista (ad es. medicina interna), uno in medicina di emergenza e uno in pediatria/ostetricia e ginecologia;
- un semestre a libera scelta del tirocinante;
- due semestri in ambulatori di MMG, uno dei quali dedicato a un progetto professionale di tirocinio durante l'ultimo anno.

Durante il programma i tirocinanti sono obbligati a completare anche un corso per l'assistenza psicologica e psichiatrica ai pazienti. Alla fine dell'*Internat* i tirocinanti devono discutere una tesi per ottenere il diritto di praticare la professione medica e quindi il titolo di specialista in MG.¹¹

Germania

Dopo avere completato i 6 anni in medicina, i neolaureati devono superare il *Ärztlichen Prüfung* per praticare la professione medica. Il programma successivo di training specialistico è un percorso professionale interamente gestito dalle Associazioni Tedesche di Medicina. Diversamente da altri paesi europei, il programma tedesco è un training professionale interamente gestito nell'ambito dell'attività medica ordinaria. Pertanto, il raggiungimento di una specializzazione va inteso come il riconoscimento dell'acquisizione di esperienza e competenza professionale in una specifica specialità medica.¹² Il programma di formazione in MG dura cinque anni, durante i quali i medici lavorano come assistenti medici.

Le associazioni mediche regionali sono responsabili per il contenuto e la struttura della formazione, che può quindi differire localmente. Due anni in medicina interna sono la componente principale dei tre anni obbligatoriamente dedicati al training ospedaliero, ai quali vengono aggiunti corsi di formazione in altri reparti. I due anni successivi vengono dedicati alla MG in ambulatori di MMG esperti. In alcune regioni gli ultimi sei mesi possono

essere trascorsi in un ambulatorio specialistico. Durante il programma di formazione i medici devono anche seguire alcuni corsi. L'inizio del training in un dipartimento richiede l'assunzione attraverso un colloquio di lavoro con il responsabile di ciascun dipartimento in cui il candidato desidera specializzarsi. Tuttavia, vi sono numerose associazioni specializzate nel garantire una formazione continua nel campo della MG, motivo per cui i tirocinanti non hanno necessariamente bisogno di fare sempre una richiesta specifica per ciascun training nei singoli dipartimenti. Alla fine del programma di formazione, i medici devono superare un esame finale (*Facharztprüfung*) per acquisire il titolo di specialità.⁵

Commento

Dal confronto sinottico dei programmi per la specialità di MG nei principali paesi europei emerge uno stato dell'arte assai eterogeneo. In effetti, in nessun paese le caratteristiche principali che abbiamo esaminato sono equivalenti (Tabella). La durata del programma di formazione in MG varia da 5 anni in Germania (con due trascorsi in un ambulatorio di MG) a 3 anni in Francia e Italia (di cui solo uno in un ambulatorio di MG). Il programma di formazione per la MG in Spagna ha una durata di 4 anni, metà dei quali trascorsi nei servizi territoriali. L'Inghilterra presenta un sistema diverso di formazione post-laurea, caratterizzato da un periodo preparatorio di due anni per tutti i laureati prima di intraprendere i programmi di specialità. Tuttavia, in pratica, i tirocinanti inglesi in MG sono quelli che trascorrono più tempo nei loro futuri luoghi di lavoro (28 mesi complessivamente). L'accesso ai programmi di formazione in MG è basato su esami nazionali (Inghilterra, Francia, Spagna) o regionali (Italia) formalmente basati sul merito, eccezione fatta per la Germania dove il programma di formazione post laurea in MG è parte di un'attività medica di routine (come per qualsiasi altra specialità) e perciò è mirato a confermare l'esperienza professionale acquisita alla fine del training. L'Italia è la sola nazione in cui la MG è una sorta di specialità di "seconda classe" giuridicamente non equiparata alle altre.¹³ I diversi programmi di formazione terminano o con un esame finale (Inghilterra, Germania e Spagna) o con la redazione e discussione di una tesi (Francia e Italia).

Infine, seppure pienamente consapevoli che la proposta di un programma ideale di formazione di specialità in MG a livello europeo rischi di rimanere un mero esercizio teorico a causa dell'ampia gamma di soluzioni eterogenee tuttora esistenti fra i sistemi sanitari nazionali, alla luce dell'analisi comparativa fin qui condotta proviamo a questo punto a formulare almeno un tentativo di proposta in un'ottica di omogeneizzazione formativa di lungo termine a livello europeo. In questa prospettiva, riteniamo che un programma quadriennale per la MG come quello spagnolo sembri essere ad oggi il più indicato per raggiungere le numerose competenze teoriche e pratiche che i futuri MMG devono acquisire durante il loro percorso di formazione, con una durata egualmente distribuita fra territorio ed ospedale. Inoltre, reputiamo che, dopo le periodiche valutazioni su base annua come accade in Spagna, un semplice esame finale mirato a verificare le competenze acquisite (senza alcuna tesi obbligatoria) dovrebbe essere di per sé sufficiente per permettere ai futuri MMG (oramai quasi trentenni) di iniziare ufficialmente la loro professione.

Concludendo al di là di un dibattito potenzialmente infinito su quale dovrebbe essere in teoria la formazione ideale per la MG, la più netta evidenza in Europa è l'assoluta mancanza di un approccio comune nella formazione di MG, una fotografia confusa che purtroppo emerge spesso in ambito sanitario nel nostro continente. In pratica, questo stato dell'arte non favorisce certamente i MMG, una categoria medica che sta sperimentando problemi di reclutamento diffusi in tutta Europa.¹⁴ Quindi, una figura professionale già di per sé in crisi e potenzialmente a rischio a prescindere dalla formazione in MG, anzi, per meglio dire, formazione inclusa.

Confronto fra programmi di specialità di MG in 5 paesi Europei

	<i>Qualificazione per esercitare la professione medica</i>	<i>Accesso al programma di formazione specialistica di MG</i>	<i>Durata del programma della specialità in MG</i>	<i>Durata media del training in ambulatorio del MMG</i>	<i>Modalità di conclusione del programma di specialità in MG</i>
Inghilterra	Termine del primo dei due anni <i>del Programma della Fondazione</i>	Esame nazionale per accesso a formazione specialistica (<i>MSRA</i>)	3 anni	2 anni	Esame finale (<i>MRCGP</i>)
Italia	Inclusa nella laurea di medicina e chirurgia	Esame regionale per accesso a formazione specialistica	3 anni	1 anno	Elaborazione e discussione della tesi
Spagna	Inclusa nella laurea di medicina e chirurgia	Esame nazionale per accesso a formazione specialistica (<i>MIR</i>)	4 anni	2 anni	Valutazione su base annua tutti gli anni
Francia	Inclusa nel programma di formazione di specialità	Esame nazionale per accesso a formazione specialistica (<i>ECN</i>)	3 anni	1 anno	Elaborazione e discussione di una tesi
Germania	Inclusa nella laurea di medicina e chirurgia	Reclutamento tramite colloquio di lavoro	5 anni	2 anni	Esame finale (<i>Facharztprüfung</i>)

ECN = Epreuves Classantes Nationales; MIR = Medico Interno Residente; MSRA = Multi-Specialty Recruitment Assessment; MRCGP = Membership of the Royal College of General Practitioners

BIBLIOGRAFIA

1. Heyrman J. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice EURACT. Leuven 2005.
2. Gray SDP. The discipline of general practice: recognition and teaching. Br J Gen Pract. 2018;68(670):212-13.
3. de Bever S, Bont J, Scherpbier N. Strengthening general practice by extending specialty training? Br J Gen Pract. 2019;69(682):222-23.
4. Garattini L, Badinella Martini M, Mannucci PM. Integrated care: easy in theory, harder in practice? Intern Emerg Med. 2022;17(1):3-6.
5. Glonti K, Struckmann V, Alconada A, et al. Exploring the training and scope of practice of GPs in England, Germany and Spain. Gac Sanit. 2019;33(2):148-55.
6. Ahluwalia S, Swanwick T. Specialty training for general practice in the United Kingdom. J Ambul Care Manage. 2008;31(3):276-81.
7. Cegolon L, Heymann W. International primary care snapshot: academic primary care in Italy. Br J Gen Pract 2016;66(642):34.
8. Gökteş O. Family Medicine Practice in Italy. SM J Fam Med. 2017;1(2):1013.
9. Cegolon L, Heymann WC, Lange JH, Xodo C. Improving Italian general practice training: the role of academia. BJGP Open 2017;1(2):bjgpopen17X100989.
10. Letrilliart L, Rigault-Fossier P, Fossier B, et al. Comparison of French training and non-training general practices: a cross-sectional study. BMC Med Educ. 2016;16:126.
11. Miani C, Hinrichs S, Pitchforth E, et al. Best Practice: Medical Training From an International Perspective. Rand Health Q. 2015;5(1):2.
12. Nikendei C, Weyrich P, Jünger J, et al. Medical education in Germany. Med Teach. 2009;31(7):591-600.
13. Badinella Martini M, D'Ascenzo F, Zaninelli A, Garattini L, Mannucci PM. The dark age of Italian general practice research - An Italian matter. Eur J Intern Med. 2020;73:98-99.
14. Roland M, Everington S. Tackling the crisis in general practice. BMJ. 2016;352:i942.



"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".

SPECIALITA' MEDICHE IN EUROPA: MENO CE N'E' MEGLIO E'?

Livio Garattini, Marco Badinella Martini, Paola De Compadri, Alessandro Nobili

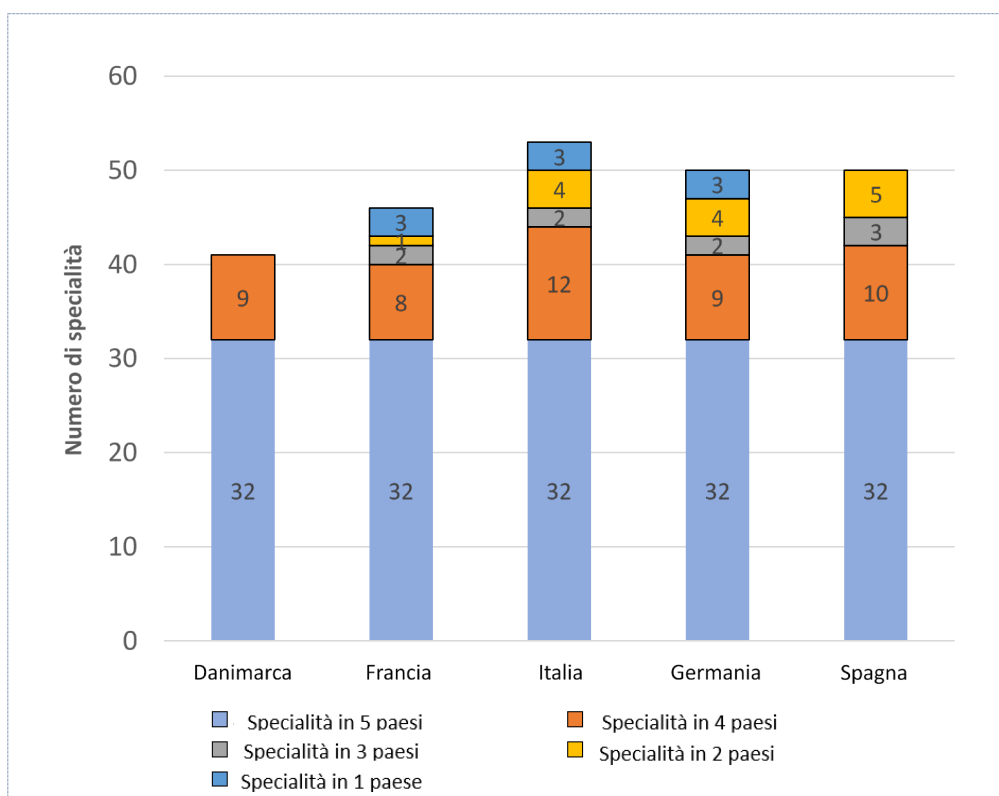
Storicamente, il ruolo medico è cruciale e insostituibile in qualsiasi sistema sanitario; di conseguenza, la crescente carenza di medici in molti paesi Europei,¹⁻³ sebbene in qualche modo compensata dai flussi di medici provenienti da altre nazioni e continenti, è prevedibilmente diventata un motivo diffuso di preoccupazione sia a livello politico che sociale.⁴ Le ragioni sottostanti le carenze di medici sono probabilmente tante e complicate da capire, sia prima che dopo la laurea. Le motivazioni post-laurea potrebbero essere correlate a un aumento diffuso di frustrazioni professionali che sfociano in stress e burnout,⁵ quelle ante-laurea a una diminuzione generazionale delle vocazioni mediche. Sebbene vi siano paesi, come Germania e Italia,^{6,7} dove la carenza di medici è paradossalmente associata a numeri chiusi stringenti e mal pianificati negli anni passati per l'accesso degli studenti alle facoltà di medicina che ogni anno impediscono a molti ragazzi di realizzare la propria ambizione di divenire medici, tuttavia la preoccupazione relativa a tale carenza è oramai diffusa e crescente in molti sistemi sanitari Europei.

Le cause di questa insufficienza potrebbero essere in qualche misura correlate anche all'apparentemente ampio intervallo di specialità mediche che sempre più caratterizza le facoltà Europee di medicina. Per fare chiarezza su questo aspetto, abbiamo confrontato le liste ufficiali delle specialità mediche in un campione di cinque nazioni appartenenti all'Unione Europea (UE), al fine di analizzare come sono composte queste liste e se variano molto da un paese all'altro. Abbiamo scelto le principali nazioni europee (Francia, Germania, Italia e Spagna), aggiungendo come termine di paragone un paese scandinavo (Danimarca) che gode di ottima reputazione in campo sanitario. Infine, dopo avere analizzato i risultati del confronto, discutiamo quali potrebbero

essere i criteri da adottare per stabilire in un futuro prossimo una lista comune di specialità mediche nella UE.

La Tabella 1 mostra i risultati del confronto. Il numero totale delle specialità mediche oscilla da 41 in Danimarca a 53 in Italia. Complessivamente, sono risultate 63 specialità mediche in tutti e cinque i paesi, 32 delle quali (51% del totale) contemporaneamente presenti, mentre le restanti 31 (49%) distribuite in modo disforme. In particolare, 22 specialità mediche del secondo sottogruppo sono presenti in più di uno dei cinque paesi, mentre le rimanenti nove in una sola nazione (Figura 1).

Figura 1. Numero totale di specialità mediche per paese



Complessivamente, 43 specialità sono dedicate alla cura diretta del paziente, di cui 29 sono mediche e le restanti 14 chirurgiche, mentre le rimanenti 20 sono collegate a servizi clinici. Quindi, circa un terzo delle specialità mediche sono dedicate a medici che, una volta specializzati, non cureranno direttamente i pazienti. Andando più nel dettaglio delle cinque liste, abbiamo riscontrato che alcune specialità sono chiaramente sovrapposte a altre lauree (ad esempio biochimica clinica, biologia, microbiologia e

virologia, farmacologia, psicoterapia, statistica). Vi sono poi molte specialità che sembrano decisamente iper-specialistiche (ad esempio foniatria), altre che si focalizzano su nozioni che dovrebbero essere patrimonio di conoscenza comune di tutti i medici (ad esempio cure palliative), e infine alcune di esse assai opinabili (ad esempio la medicina termale). In sintesi, il nostro confronto su un campione di cinque nazioni europee ha confermato la sensazione che, nonostante una presenza comune delle specialità mediche più importanti, le liste nazionali variano molto da un paese all'altro.

A nostro sapere, questo è forse il primo tentativo di confrontare le liste ufficiali di specialità mediche fra nazioni UE. Sebbene il campione di paesi sia limitato, è comunque emerso un quadro abbastanza eterogeneo e confuso. Volendo fare un riferimento alla crescente preoccupazione relativa alla mancanza di medici citata inizialmente, abbiamo avuto modo di constatare che molte specialità mediche non sono focalizzate sull'assistenza diretta del paziente e alcune di esse risultano addirittura in sovrapposizione con corsi di laurea di altre facoltà. Quindi, appare legittimo chiedersi se sia davvero necessario essere laureati in medicina per diventare esperti in queste materie. Inoltre, vi sono molte specialità che appaiono a prima vista iper-specialistiche e alcune di esse addirittura superflue, soprattutto fra le liste delle quattro grandi nazioni. Mentre le prime potrebbero essere sostituite da corsi post-laurea a elevata specializzazione, le seconde dovrebbero essere semplicemente eliminate. In generale, è legittimo sospettare che questa sovra-offerta sia stata indotta da interessi autoreferenziali in ambito accademico, piuttosto che dal fabbisogno di queste specialità nei diversi sistemi sanitari nazionali. La crescente frammentazione delle specialità mediche, riflessa in qualche modo dal conseguente numero (impressionante) di associazioni mediche e società scientifiche (ad esempio, il Ministero della Salute ne ha contate 411 in Italia),⁸ è preoccupante nel lungo periodo almeno per due ragioni correlate fra loro. Innanzitutto, questa frammentazione rischia di rendere inefficaci i crescenti sforzi a livello di sistema per integrare le cure e le professioni nell'ambito dei sistemi sanitari; un'integrazione quanto mai necessaria per prendersi carico dei pazienti anziani con multi-morbilità che vivono in comunità con problemi fisici e mentali,⁹ al momento attuale la sfida principale di tutti i sistemi sanitari Europei. In secondo luogo, tale frammentazione va nella direzione opposta al crescente fabbisogno a livello

operativo di medici che dispongano a livello individuale delle conoscenze e competenze generaliste necessarie per la presa in carico, la gestione e l'integrazione dei malati cronici e dei pazienti anziani fragili affetti da polipatologie;¹⁰ al contrario, formando medici esclusivamente focalizzati su cure per acuti riferite a singole patologie e privi di adeguata preparazione al lavoro in équipes multidisciplinari. In generale, a prescindere dalla specializzazione individuale, siamo pienamente convinti che ogni medico debba avere un minimo di conoscenza delle nozioni fondamentali (ad esempio primo soccorso, gestione delle cronicità e cura del dolore) per poter essere considerato tale. Ciò dovrebbe implicare una soglia minima di formazione e training comuni focalizzati su competenze generaliste per tutti i medici specializzati.

Concludendo riteniamo sia importante distinguere fra le specialità mediche essenziali per il funzionamento dei sistemi sanitari e quelle che potrebbero essere rilevanti in altri campi del sapere, ma non sono strettamente necessarie per un'offerta soddisfacente dei servizi sanitari. Le prime specialità dovrebbero essere attentamente valutate e la loro lista potrebbe diventare oggetto di direttive europee al fine di renderle obbligatoriamente disponibili a livello nazionale, e non lasciate alla libera discrezione delle autorità accademiche, possibilmente supportate da un finanziamento pubblico per migliorare la qualità dell'offerta formativa e le opportunità di lavoro nei sistemi sanitari nazionali. La priorità dovrebbe essere data alle specialità mediche e chirurgiche dedicate alla cura diretta e alla presa in carico dei pazienti, limitando in modo razionale le specialità super-specializzate o chiaramente sovrapposte. Ad esempio, appare legittimo chiedersi se in questa epoca di popolazione sempre più anziana sia tuttora necessario avere due specialità generaliste in medicina interna e geriatria. Pertanto, nel tentativo di limitare la potenziale carenza di medici assolutamente indispensabili per fornire servizi sanitari basati sulla relazione personale con i pazienti, siamo fermamente convinti che in un prossimo futuro la UE dovrebbe definire una lista di specialità mediche rigorosamente essenziali. A nostro avviso è davvero giunta l'ora di aprire un dibattito a livello europeo su questo argomento.

Tabella 1. Elenco delle specialità mediche in cinque paesi dell'Unione Europea

	Danimarca	Francia	Italia	Germania	Spagna
Allergologia e Immunologia		X	X		X
Cardiologia	X	X	X	X	X
Immunologia clinica	X	X	x		X
Neurofisiologia clinica				X	X
Dermatologia	X	X	X	X	X
Medicina di emergenza	X	X	X		X
Endocrinologia, Diabete e Metabolismo	X	X	X	X	X
Scienza dell'alimentazione			X		
Gastroenterologia	X	X	X	X	X
Medicina generale	X	X	X	X	X
Geriatrica	X	X	X		X
Ginecologia		X			
Ematologia	X	X	X	X	X
Malattie infettive e medicina tropicale	X	X	X	X	
Terapia intensiva		X			X
Medicina interna	X	X	X	X	X
Nefrologia	X	X	X	X	X
Neurologia	X	X	X	X	X
Oncologia	X	X	X	X	X
Neuropsichiatria pediatrica	X		X	X	X
Pediatria	X	X	X	X	X
Medicina palliativa			X		
Medicina fisica e riabilitazione	X	X	X	X	X
Pneumologia	X	X	X	X	X
Psichiatria	X	X	X	X	X
Psicoterapia				X	
Reumatologia	X	X	X	X	X
Medicina termale			X		
Medicina vascolare/Angiologia		X		X	X
Cardiochirurgia	X	X	X	X	X
Chirurgia generale	X	X	X	X	X
Ginecologia e Ostetricia	X	X	X	X	X
Neurochirurgia	X	X	X	X	X
Oftalmologia	X	X	X	X	X
Chirurgia orale e maxillo-facciale		X	X	X	X
Chirurgia orale		X			
Ortopedia e traumatologia	X	X	X	X	X
Otorinolaringoiatria	X	X	X	X	X
Chirurgia pediatrica		X	X	X	X
Chirurgia plastica	X	X	X	X	X
Chirurgia toracica	X	X	X	X	X
Urologia	X	X	X	X	X
Chirurgia vascolare	X	X	X	X	X
Anestesiologia	X	X	X	X	X
Audiologia e Foniatria			X	X	
Biochimica clinica	X		X	X	X
Patologia clinica			X	X	
Medicina di laboratorio				X	X
Medicina legale e forense	X	X	X	X	X
Anatomia medica				X	

Biologia medica		X			
Genetica medica	X	X	X	X	
Microbiologia e virologia	X		X	X	X
Medicina nucleare	X	X	X	X	X
Medicina occupazionale	X	X	X	X	X
Patologia	X	X	X	X	X
Farmacologia e Tossicologia	X		X	X	X
Salute pubblica		X	X	X	X
Radiologia	X	X	X	X	X
Radioterapia			X	X	X
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico			X		X
Statistica e Biometria			X		
Medicina trasfusionale				X	

BIBLIOGRAFIA

1. Lorkowski J, Jugowicz A. Shortage of Physicians: A Critical Review. *Adv Exp Med Biol.* 2021;1324:57-62.
2. Miloslavsky EM, Marston B. The Challenge of Addressing the Rheumatology Workforce Shortage. *J Rheumatol.* 2022;49(6):555-7.
3. Cranston M, Semple C, Duckitt R, et al.; European Board of Internal Medicine Competencies Working Group. The practice of internal medicine in Europe: organisation, clinical conditions and procedures. *Eur J Intern Med.* 2013;24(7):627-32.
4. World Health Organization. The European Health Report 2021. Taking stock of the health-related sustainable development goals in the COVID-19 era with a focus on leaving no one behind. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2022.
<https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057547>. Ultimo accesso del 8 giugno 2024.
5. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2022;378:e070442.
6. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/aus-fort-und-weiterbildung/aerztliche-ausbildung/allgemeines> Ultimo accesso del 8 giugno 2024.
7. Ministero dell'Università e della Ricerca. Norme in materia di accessi ai corsi universitari.
https://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0098Normat/2056Norme__cf2.htm. Ultimo accesso del 8 giugno 2024.
8. Ministero della Salute. Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del servizio sanitario nazionale. DGPROF0051130-P-27/09/2022.
9. https://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/determina_27_settembre_2022_protocollata.pdf. Ultimo accesso del 8 giugno 2024.
10. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated Care in Europe: Time to Get it Together? *Appl Health Econ Health Policy.* 2022;20(2):145-7.
11. Kmietowicz Z. Named consultant for hospital patients will end culture of "brief encounters," says England's health secretary. *BMJ.* 2014(24);348.



"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".