

Le strategie per la riorganizzazione della Medicina Generale e delle cure primarie

Claudio Cricelli

Presidente Società Italiana di Medicina Generale - SIMG

La Medicina Generale del territorio (in alcuni paesi denominata medicina di famiglia) è un settore professionale dei sistemi sanitari moderni di recente istituzione.

Essa assume, nei vari contesti nazionali, connotazioni ricorrenti: assistenza primaria, primo accesso ai servizi sanitari, sostanziale uniforme erogazione dei processi di cura a tutti i cittadini clienti, laicità del rapporto medico/paziente, indipendente da censo, religione, età, sesso e reddito.

Nella realtà italiana dei sistemi sanitari i servizi di Medicina Generale rappresentano un'evoluzione e integrazione dei servizi di cure primarie presenti prima e immediatamente dopo la seconda guerra mondiale. Tali servizi non prevedevano l'accesso universale a un medico di primo contatto, bensì servizi medici e sanitari differenziati per fasce di reddito ed enti previdenziali e settori lavorativi di appartenenza. Le cure primarie italiane erano organizzate intorno alle condotte mediche, e solo negli anni '50 assistiamo alla nascita della Medicina Generica Mutualistica.

La Medicina Generale inglese nasce nel corso della seconda guerra mondiale all'interno della riforma universalistica del nuovo sistema sanitario. Nel Regno Unito i Medici di Medicina Generale (*General Medical Practitioners*), si sono fatti peraltro carico dell'assistenza ospedaliera nei piccoli ospedali di campagna (*General Practice Hospital*) attivi fino alla fine degli anni '60, che rappresentavano veri e propri presidi di cure primarie comprendendo l'assistenza farmaceutica (*Dispensing Practices*) in campagna.

Cure primarie prima della 833/78

Nel dopoguerra i primitivi e sommari servizi di cure primarie – articolati intorno all'assistenza compassionevole nei confronti delle fasce più povere della popolazione, ai servizi di igiene pubblica e vaccinali, all'assistenza materno-infantile, alla lotta alla tubercolosi ecc. – vedono in tutta Europa la comparsa dei medici di famiglia. In alcuni paesi si conferma il sistema mutualistico, ad esempio in Germania e in Olanda, mentre in altri i medici di famiglia sono dipendenti del servizio sanitario e operano in centri sanitari spesso paraospedalieri (Spagna, Portogallo, Grecia, Paesi Scandinavi). In Francia, infine, persiste un modello di libero accesso calmierato ai medici convenzionati che consente ai cittadini la fruizione di cure generalistiche e specialistiche a rimborso calmierato.

In altri contesti nazionali prevale infine il modello inglese del *gatekeeper*, che comporta la creazione di una lista di pazienti per

ciascun medico, di modo che tutta la popolazione, all'interno di un Servizio Sanitario Nazionale (SSN), abbia un medico di riferimento "dalla culla alla tomba". Tale figura professionale viene immaginata come "agente intermediario" tra il paziente e la sua famiglia, i servizi territoriali e le cure specialistiche (cure secondarie).

Tale modello viene adottato in Italia dalla legge di riforma sanitaria del 1978, che trasforma i medici generici mutualistici in Medici di Medicina Generale (MMG), inserendoli nelle neonate cure primarie distrettuali e nelle USL.

La 833/78 e l'evoluzione del SSN

La legge 833 del 1978 prefigura un processo di integrazione progressivo teso al superamento del dualismo distretto (pubblico)/MMG (medico convenzionato indipendente). In realtà tale integrazione non si è mai del tutto avverata, per carenza di un passaggio evolutivo che consenta il superamento di ambedue gli istituti (distretto e Medicina Generale) e che presupponga la creazione dei centri di cure primarie, da una parte articolati in unità operative di erogazione dei servizi territoriali, integrate con unità autonome di MMG.

Dove tale processo è stato compiuto, ad esempio nel Regno Unito, sono comparsi i *Primary Care Trusts* (cure primarie, integrazione socio sanitaria, Case della Salute) al cui interno operano i gruppi di Medicina Generale con contrattazione decentrata del budget e dei servizi (*commissioning*).

Medicina Generale e cure primarie

La variabilità di significato del termine "cure primarie" discende dunque dall'oggettiva assenza di connotazione esclusiva del concetto. Nato in ambiente di salute pubblica come primo rozzo strumento di sorveglianza sanitaria e di assistenza medica alle fasce povere e miserevoli della popolazione, è stato poi integrato da servizi medici alla persona che nei sistemi sanitari hanno assunto le connotazioni della Medicina Generale.

Affermava negli anni '90 il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) Nakajima: "Dobbiamo impegnarci a creare in ogni Paese un sistema di cure primarie (*primary care*) che affronti i grandi problemi sanitari di base delle popolazioni povere".

Non c'è ormai dubbio, tuttavia, che dopo tale fase iniziale, l'aumento del tasso di ricchezza generi la richiesta di servizi di cure

primarie alla persona, del tipo di quelli ampiamente diffusi nei Paesi Occidentali. Tale bisogno è spontaneo e naturale e impone un'attenta revisione del sistema di cure primarie che deve integrare la Medicina Generale, superando il concetto sia di medicina delle comunità sia quello speculare di evoluzione dei servizi sanitari primari, verso la medicina territoriale/*primary care*.

Tale processo è facilmente riconoscibile anche nel nostro Paese. Da professione ancillare, la medicina generica (nata, come abbiamo visto, per compensare le insufficienze del sistema ospedaliero e dei servizi sanitari del dopoguerra, per offrire servizi medici alla persona e ai lavoratori dell'industria e del comparto pubblico) nella società progressivamente affluente assume con la 833 una connotazione e un ruolo assai meglio definito e inizia a farsi carico di prestazioni e servizi personali ma di natura eminentemente pubblica. La medicina generica sviluppa negli anni anche le funzioni basilari dell'assistenza domiciliare, le vaccinazioni non obbligatorie, l'assistenza alle cronicità; si fa carico dell'interfaccia con l'ospedale, con il distretto e con la medicina specialistica. Tenta, a volte senza successo, di sviluppare una complessità di servizi che compensi, in maniera economica, la crescente inefficienza dell'ospedale nei servizi di base, messa definitivamente in crisi dall'introduzione dei DRG (*Diagnosis Related Group*).

Il sistema ospedaliero italiano, infatti, aveva compensato fino ad allora l'inefficienza e la limitatezza delle cure primarie attraverso una pletera di piccoli ospedali e posti letto che prolungavano la degenza sofferendo così alla carenza di assistenza a domicilio e di assistenza agli anziani, di residenza sanitaria assistenziale, di lungodegenze e servizi domiciliari.

Una volta saltato il sistema di finanziamento, si sono immediata-

mente evidenziate tutte le carenze del sistema delle cure primarie italiane, interamente affidate alla Medicina Generale e assai limitatamente ai servizi distrettuali del territorio.

Entra in crisi, senza che apparentemente programmatori ed economisti ne siano consapevoli, il principio di programmazione sanitaria che prevede il continuo riequilibrio e riorganizzazione dei comparti non appena uno degli elementi che lo compongono viene profondamente mutato.

Evoluzione della Medicina Generale ed elementi di criticità del modello attuale

Si verifica, quindi, una crisi del modello di finanziamento che determina il paradosso di un finanziamento analitico e per pesatura di servizi e isoprocedi nel comparto ospedaliero, mentre si affida alla quota capitolaria nazionale parzialmente pesata per "pagare" la Medicina Generale.

La quota capitolaria non viene mai pensata come un investimento in conto capitale e nella sua determinazione, malgrado alcuni tentativi maldestri, essa viene vista come onorario professionale dal quale il medico deve attingere per autofinanziare i servizi erogati. Questo obbrobrio organizzativo, abbinato alla politica di bassi salari degli ultimi anni, determina una crescente sperequazione tra salario incassato e quota destinata agli investimenti professionali in Medicina Generale.

Emerge, e aumenta nello stesso tempo, il divario tra bisogni medici e sanitari emergenti (funzioni preventive, servizi per i sani, cure ai cronici, assistenza domiciliare ecc.) e l'oggettiva capacità finanziaria di organizzare tali servizi in mancanza di investimenti in conto capitale separati dall'onorario professionale e allocati

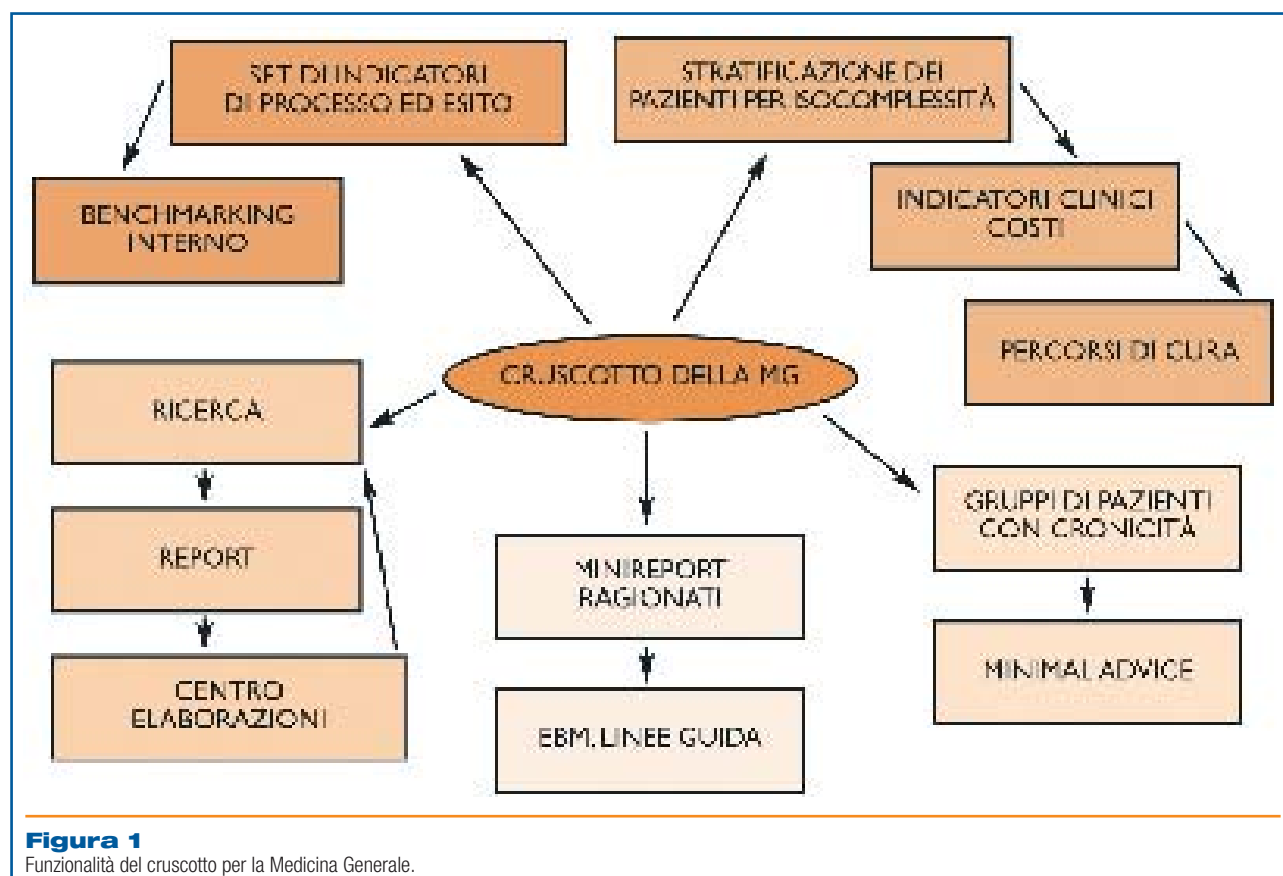


Figura 1

Funzionalità del cruscotto per la Medicina Generale.

sulla base di un "Piano di programmazione nazionale delle cure primarie".

Un processo antinomico che genera l'individualizzazione della Medicina Generale, parzialmente temperato da incentivi al lavoro in gruppo e cooperativa, la carenza di personale sanitario non medico (l'Italia è all'ultimo posto in Europa per numero e specializzazione di infermieri e personale di studio in Medicina Generale), la fatiscenza di molti ambulatori, la pressoché totale assenza di innovazione tecnologica e di servizi diagnostici di primo livello (*testing in office*, ECG, telemedicina, ecografia, piccola chirurgia). Si nota infine (come per effetto di astruserie organizzative) che la gestione del personale infermieristico per le cure domiciliari viene affidata a personale dipendente della pianta organica del distretto, e le risorse umane per i servizi sociali sono erogate erraticamente da Regione e Regione, dalle autorità di governo locali (Comuni, comunità e Regioni) per dare un'idea compiuta di come e quanto la Medicina Generale non sia nelle condizioni di sopportare l'assetto organizzativo derivante dalle ispettive e dai bisogni della società del nostro Paese.

La crisi, in assenza di correzioni profonde e di innovazioni strutturali, è destinata ad aggravarsi nell'immediato futuro.

L'evoluzione rapida e decisa del comparto ospedaliero verso l'alta intensità, l'alta specializzazione e l'elevata complessità determina variazioni a ricaduta sia nelle modalità di interfaccia, sia sull'organizzazione sanitaria della sanità territoriale.

L'intensità di cure da prevedere per far fronte a processi di cura lunghi e complessi, a pazienti anziani e a crescenti disabilità, fanno il paio con la presa in carico di cittadini con dimissioni ospedaliere sempre più precoci.

L'estensione della chirurgia non invasiva, dell'ospedalizzazione abbreviata, del *day-hospital*, dell'intensità delle terapie, la scarsità dei posti letto, esigono che il cittadino sia realmente preso in carico dal sistema di cure primarie per non cadere in un terribile limbo di assenza di cure e di assistenza. Una terra di nessuno dove confluiscono tutti i non servizi, la non assistenza, la non cura, la non prevenzione, la non riabilitazione e gli abbandoni, un buco nero determinato dalla cecità programmatica e finanziaria.

Prospettive di riorganizzazione del comparto

Un limbo e un buco nero nei quali sono precipitate le cure primarie, quindi; la soluzione per riemergere dal precipizio è rappresentata da un inventario analitico dei servizi mancanti e di quelli carenti, dall'identificazione delle risorse umane, organizzative, manageriali e strutturali necessarie per colmare l'assenza di servizi e il relativo finanziamento in conto capitale, definito per obiettivi, bisogni e fabbisogno.

L'ultimo passo consiste nella parallela organizzazione dell'infrastruttura di sistema, fatta di ICT (*Information and Communication Technology*), formazione di base e permanente del personale, adozione dei sistemi di *management*.

L'obiettivo è la trasformazione strutturale del sistema della Medicina Generale da comparto residuale a comparto leader delle cure primarie e l'integrazione con gli altri livelli del comparto.

La cultura manageriale consente l'affidamento alla Medicina Generale di interi blocchi di servizi secondo il modello del *commissioning* inglese e la presa in carico globale di interi

pezzi del sistema e della filiera dei servizi da parte delle Unità di Medicina Generale, con relativa contrattazione del finanziamento.

I modelli di allocazione necessari fanno parte di un più ampio sistema di costruzione di modelli medici e gestionali che individuino le caratteristiche dei singoli processi di cura, scomponendoli in isoprocessi, analizzandoli e pesandoli per isocomplexità e finanziandoli per isorisorse.

Una separazione del finanziamento dall'onorario comporta inevitabilmente che il primo sia determinato dalla programmazione sanitaria da un lato e dal dimensionamento dei servizi dall'altro.

Il secondo, sottratto alla logica perversa di finanziare con lo stipendio i costi del sistema, impone l'avvio di un processo di remunerazione per qualità dei servizi, per qualità organizzativa della struttura, per efficienza gestionale delle prestazioni, per capacità di gestione finanziaria e infine per risultati ottenuti oltre che dalla struttura anche dal singolo operatore.

Un siffatto sistema si basa quindi su un'elevata capacità di *governance* delle cure primarie da parte delle reti di operatori che, oltre che erogare i servizi, li gestiscono e li organizzano.

Il compenso degli operatori è legato al *payment for performance* ed è quindi composto da una componente di onorario professionale, sempre più legato alla qualità delle prestazioni e da una componente di profittabilità di struttura legata all'efficienza gestionale che genera profitto di efficienza.

Integrazione con il sistema di cure primarie

Il processo che noi prevediamo di attuare è costituito da tre componenti inseparabili:

- decisioni politiche di sistema;
- decisioni di allocazione;
- decisioni di revisione del modello professionale.

Le tre revisioni devono necessariamente partire da una visione centrale del sistema che riconosca la crisi del modello attuale e ponga le basi per la sua soluzione.

Esso deve essere, tuttavia, immediatamente affiancato da una serie di elementi tecnici che consentano la costruzione parallela dei sistemi di *management*, di informazione, di eccellenza professionale e di efficienza finanziaria.

Un sistema di cure primarie rappresenta dunque, oggi, l'armonica integrazione di servizi e funzioni presenti sul territorio, legate al domicilio e all'erogazione di cure della salute delle persone, alla prevenzione delle malattie, all'assistenza a domicilio, alla cura delle cronicità e disabilità.

Le cure primarie non rappresentano in tale contesto una componente ideologica dei sistemi sanitari, come sostenuto in passato da alcuni teorici della sanità pubblica centrata sulla Medicina di Comunità, bensì l'insieme di funzioni cliniche, sociali e assistenziali legate alla salute delle persone e delle comunità.

Una visione funzionale deve stare alla base della reingegnerizzazione del comparto, lucidamente fondata su principi e regole di efficienza allocativa (le cure primarie consentono la liberazione di risorse specialistiche), di efficienza organizzativa ed erogativa (le cure primarie offrono servizi e cure dove si generano i bisogni ed evitano la dispersione dell'erogazione, causa di costi indiretti e sociali) e di efficienza clinica (una eccellente organizzazione dei processi di cura produce tassi di salute e outcome in grado di

Indicatore	1994	1997	2000	Target (anno 2000)
Prevalenza di diabete mellito	10%	11%	12%	15%
Prevalenza di ipertensione	20%	22%	24%	28%
Prevalenza di malattie cardiovascolari	30%	32%	34%	38%
Prevalenza di malattie respiratorie	15%	16%	17%	20%
Prevalenza di malattie oncologiche	5%	6%	7%	8%
Prevalenza di malattie infettive	8%	9%	10%	12%
Prevalenza di malattie neurodegenerative	3%	4%	5%	6%
Prevalenza di malattie psichiatriche	2%	3%	4%	5%
Prevalenza di malattie autoimmunitarie	1%	2%	3%	4%
Prevalenza di malattie rare	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%
Prevalenza di malattie genetiche	0.2%	0.3%	0.4%	0.5%
Prevalenza di malattie metaboliche	0.1%	0.2%	0.3%	0.4%
Prevalenza di malattie endocrine	0.05%	0.06%	0.07%	0.08%
Prevalenza di malattie immunologiche	0.02%	0.03%	0.04%	0.05%
Prevalenza di malattie sistemiche	0.01%	0.02%	0.03%	0.04%
Prevalenza di malattie infettive sistemiche	0.005%	0.006%	0.007%	0.008%
Prevalenza di malattie infettive locali	0.002%	0.003%	0.004%	0.005%

Figura 2
Indicatori di processo.

Indicatore	1994	1997	2000	Target (anno 2000)
Prevalenza di diabete mellito	10%	11%	12%	15%
Prevalenza di ipertensione	20%	22%	24%	28%
Prevalenza di malattie cardiovascolari	30%	32%	34%	38%
Prevalenza di malattie respiratorie	15%	16%	17%	20%
Prevalenza di malattie oncologiche	5%	6%	7%	8%
Prevalenza di malattie infettive	8%	9%	10%	12%
Prevalenza di malattie neurodegenerative	3%	4%	5%	6%
Prevalenza di malattie psichiatriche	2%	3%	4%	5%
Prevalenza di malattie autoimmunitarie	1%	2%	3%	4%
Prevalenza di malattie rare	0.5%	0.6%	0.7%	0.8%
Prevalenza di malattie genetiche	0.2%	0.3%	0.4%	0.5%
Prevalenza di malattie metaboliche	0.1%	0.2%	0.3%	0.4%
Prevalenza di malattie endocrine	0.05%	0.06%	0.07%	0.08%
Prevalenza di malattie immunologiche	0.02%	0.03%	0.04%	0.05%
Prevalenza di malattie sistemiche	0.01%	0.02%	0.03%	0.04%
Prevalenza di malattie infettive sistemiche	0.005%	0.006%	0.007%	0.008%
Prevalenza di malattie infettive locali	0.002%	0.003%	0.004%	0.005%

Figura 3
Indicatori di esito.

modificare in maniera sostanziale i profili di morbilità e mortalità delle patologie acute e croniche più frequenti). Tutto questo può avvenire alla condizione che si predisponga un gigantesco motore di promozione dell'efficienza qualitativa basato su un uso intensivo dei sistemi informativi che determini, oltre che l'integrazione delle funzioni, anche una capacità di analizzare e valutare la performance degli operatori e del sistema. Questo insieme di processi va in genere sotto il nome di *managed care* e comprende un'evoluzione dei modelli di efficienza professionale basati sulla valutazione della performance delle prestazioni. Non vi è dubbio che ciò debba avvenire esclusivamente all'interno di un contesto di lavoro associato che consenta la copertura di tutte le esigenze e i bisogni medici e sanitari del territorio. L'aumento dell'intensità e complessità di cure richiesto alle cure primarie di oggi e del futuro ha portato in Gran Bretagna all'identificazione all'interno dei gruppi di medici associati di particolari figure professionali denominate *General Practitioners with special interests*. Si tratta di MMG specializzati (non specialisti) nella gestione di patologie e processi e in grado di costituire l'interfaccia della medicina di secondo livello (diabete, malattie cardiovascolari, malattie respiratorie) che costituiscono le prime applicazioni di una nuova articolazione della Medicina Generale nelle cure primarie.

Revisione del modello professionale La Medicina Generale, la *Clinical Governance*, la valutazione della qualità della performance, gli outcome

Prende corpo inoltre una crescente consapevolezza e utilizzazione delle funzioni di *governance* in Medicina Generale. Da un'analisi epidemiologica estesa dei processi di cura più frequenti emerge la possibilità di identificare indicatori sintetici e analitici di performance, di processo e di esito. L'analisi e la comparazione tra indicatori di una popolazione selezionata di medici e comportamenti individuali consente di evidenziare la variabilità professionale e di selezionare soluzioni in grado di risolvere in maniera guidata il problema. È quindi possibile oggi creare veri e propri cruscotti di *governance* dei processi clinici e tenere sotto controllo valutativo i principali processi di cura (Fig. 1). Riportiamo nelle Figure 2 e 3 come, dall'analisi dei dati dei medici di un distretto, viene generato un set di indicatori di processo e di esito. Gli indicatori rappresentati sono riferiti ai processi di cura del diabete mellito e hanno l'obiettivo di dare una valutazione dell'ap-

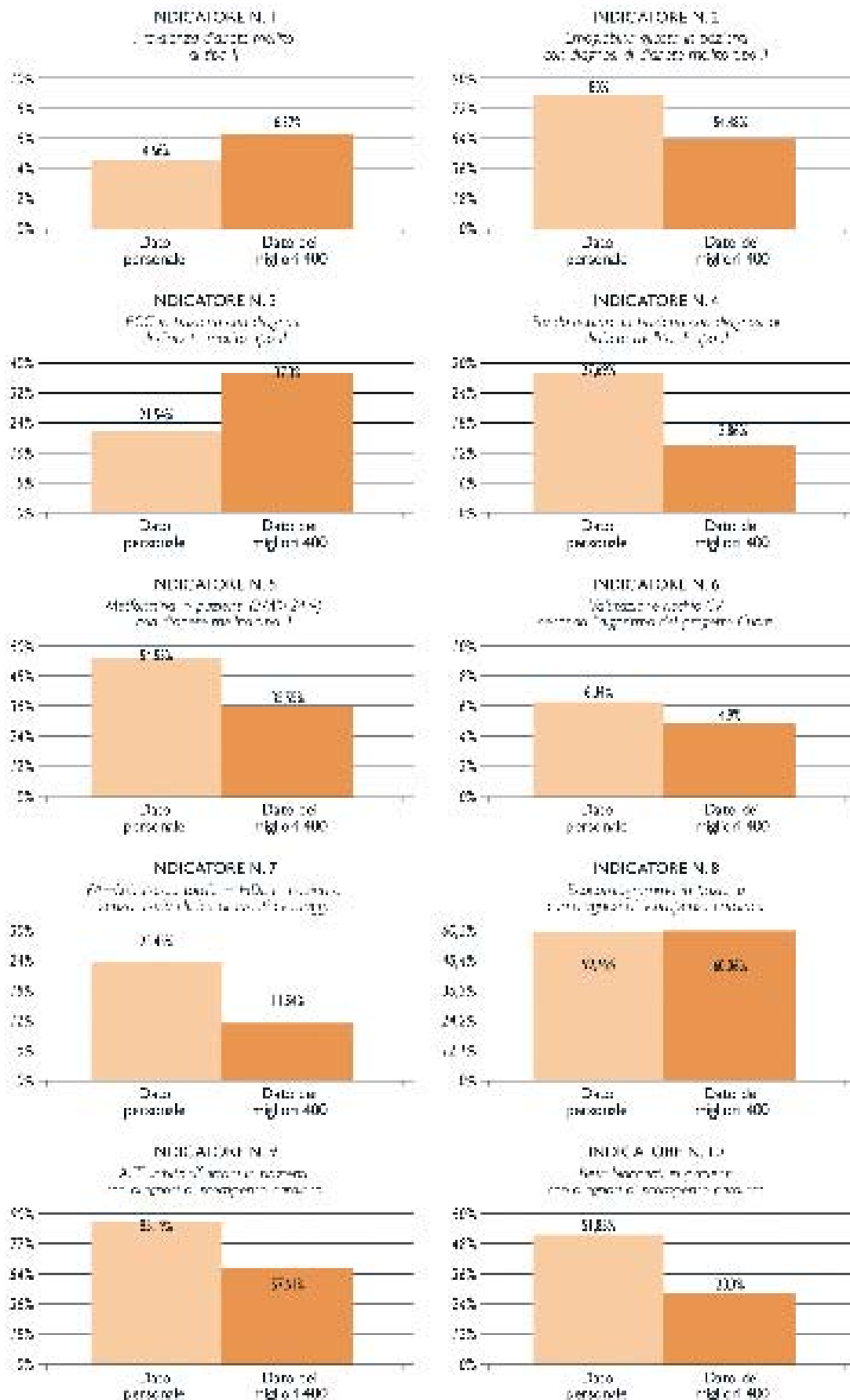


Figura 4
Indicatori di performance (Health Search Database - MMG).

proprietà clinica dell'outcome "controllo glicemico del diabete mellito di tipo 2".

L'analisi degli indicatori consente di comprendere le criticità di cura e predisporre correzioni mirate all'adeguamento di processo e miglioramento del risultato.

L'analisi per indicatori offre inoltre l'opportunità di valutare le performance dei singoli membri del gruppo di professionisti rispetto ai comportamenti medi e a un *benchmark* atteso.

Nell'esempio riportato si evidenziano gli indicatori di performance di un medico rispetto a un gruppo omogeneo di professionisti di un network nazionale di ricerca in Medicina Generale (*Health Search Database* - MMG) (Fig. 4).

Come si può vedere dagli esempi riportati, l'analisi professionale finalizzata alla *Clinical Governance* costituisce l'infrastruttura e il metodo di valutazione efficace per:

- analizzare e controllare la qualità degli operatori in rapporto alla performance;
- valutare l'appropriatezza delle prestazioni in rapporto agli obiettivi di cura;
- individuare le carenze di processo;
- creare un *audit* individuale e di gruppo;
- definire gli strumenti per una retribuzione di performance basata sugli outcome clinici.

Conclusioni

Abbiamo la crescente consapevolezza di essere giunti al completamento di un ciclo dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese iniziato trent'anni fa.

Tale ciclo presuppone oggi aggiustamenti e interventi di razionalizzazione sia sul piano della revisione del modello organizzativo

delle cure ospedaliere, sia di una parallela radicale riforma della Medicina Generale.

Una riforma del genere si fonda su un'ipotesi di forte integrazione di tutti i servizi e delle funzioni presenti sul territorio in un'ottica evolutiva e finalizzata non alla giustapposizione dei processi esistenti, bensì alla loro radicale revisione in termini gestionali, di modalità erogative, di allocazione delle risorse, di costruzione di soluzioni strutturali.

Dobbiamo considerare che i processi di armonizzazione dei servizi sanitari e sociali definiscono al livello più alto il contenitore politico e amministrativo di riferimento. Le Case della Salute, le Società della Salute, i *Primary Care Trusts*, sono differenze denominative di una comune esigenza di integrazione dei servizi per il territorio non più rimandabile.

Nel sistema delle cure primarie occorre, quindi, avviare sperimentazioni gestionali che consentano di tarare modellistiche fortemente orientate alle esperienze e alle visioni locali, ma ispirate al principio del lavoro in associazione, alla divisione del lavoro clinico, alla non duplicazione delle funzioni, all'investimento in conto capitale finalizzato a destinare risorse strutturali, tecnologiche e umane di cui la Medicina Generale e le cure primarie hanno forte carenza.

Le cure primarie devono essere in grado di farsi carico di tutti i bisogni e i fabbisogni del territorio, del domicilio e delle persone nella loro condizione comune di esistenza e di lavoro.

Un sistema di tal genere fonda il proprio successo su una potente infrastruttura informativa in grado di riconoscere, valutare e premiare l'eccellenza nel raggiungimento degli obiettivi tra gruppi di cura e professionisti diversi all'interno delle unità di cura.

Le cure primarie evolvono dunque verso un modello che abbandoni la marginalità approssimativa dell'intervento e si doti di tutte le complessità necessarie a garantire in maniera efficace la salute dei cittadini.