



Quattro leve per rendere sostenibile la Medicina generale

di **Filippo Costantini**

Medico di medicina generale, Vice segretario regionale Smi Umbria

Raggiunti i target edilizi e di spesa del Pnrr, occorre passare dalla logica delle strutture alla misurazione degli esiti clinici e organizzativi. Flessibilità contrattuale, valorizzazione delle competenze, attrattività economica e formazione universitaria specialistica sono i pilastri per garantire la reale sostenibilità del settore

Concluso l'adempimento del *target* Pnrr, occorre passare dalla costruzione degli edifici alla misurazione degli esiti. Alle volte porre l'accento sulle problematiche può attirare, nel bene e nel male, critiche di "polemicismo". Non esistono panacee che risolvono ogni male e nessuno ha la bacchetta magica; propongo quindi quattro interventi concreti, supportati con diverso grado di solidità dalla letteratura disponibile, meritevoli di un confronto politico e professionale.

1. Libertà di scelta professionale e autonomia contrattuale

Il primo nodo riguarda la libertà di scelta professionale. Consentire a ciascun medico di dedicarsi prevalentemente all'assistenza longitudinale a ciclo di scelta, all'attività oraria territoriale o a entrambe significa riconoscere che professionisti diversi hanno preferenze, competenze e modalità di lavoro differenti.

Lo studio di Wordsworth et al. già nel 2004 concludeva esplicitamente che *"a general contract could fail to cater for all GPs"*¹, cioè un unico contratto può non essere adatto a tutti i medici. La letteratura internazionale mostra infatti che autonomia, flessibilità organizzativa e possibilità di scegliere il proprio modello professionale sono associate a maggiore soddisfazione e *retention*^{2,3}, mentre nessun singolo modello contrattuale risponde alle esigenze di tutti i medici. Mantenere una certa "separazione delle carriere" tra ciclo di scelta e ciclo orario non è nostalgia organizzativa: significa riconoscere la diversa natura delle due attività e permettere a ciascun professionista di scegliere il modello assistenziale più coerente con il proprio ruolo e con il tipo di medicina che intende esercitare.

2. Valorizzazione delle competenze aggiuntive

La possibilità di scegliere il proprio percorso dovrebbe accompagnarsi

alla valorizzazione delle competenze maturate dai singoli professionisti. Sul modello britannico dei *General Practitioners with Special Interest*, i medici con una formazione aggiuntiva potrebbero offrire, su base volontaria e nei propri studi, prestazioni diagnostiche di primo livello agli assistiti dell'Aft con un'organizzazione per Pdta.

Vi sono diverse evidenze internazionali che confermano questa pratica:

- Il trial randomizzato di Salisbury (*BMJ* 2005) documenta esiti clinici sovrapponibili all'ambulatorio ospedaliero, quaranta giorni di attesa in meno e preferenza dei pazienti.^{6,7}

- L'esperienza canadese sull'ecografia in medicina generale rurale (Kornelsen, *BMC Primary Care* 2023) mostra un migliore *triage* e la riduzione dei trasferimenti⁸.

Rimane fondamentale la volontarietà perché, tra le altre cose, nel Cfsmg (Corso di Formazione Specifica in Medicina generale) non è prevista attualmente alcuna formazione specifica in merito, e i Caf e i Ma-

ster sono tutti a carico del professionista che li sceglie anche in base all'indole personale.

3. Sostenibilità economica e valore del lavoro territoriale

Nessun modello organizzativo, tuttavia, può funzionare se il lavoro territoriale non è economicamente sostenibile. Occorre quindi adeguare i compensi orari alle responsabilità richieste e alle alternative offerte dal mercato del lavoro medico. La revisione sistematica sui *medical deserts* europei (Bes, 2023) mostra che gli incentivi finanziari restano poco e male valutati⁴: l'argomento non è dunque che la tariffa risolva la carenza, ma che il costo-opportunità attuale sottrae tempo medico all'attività a maggior rendimento. Che quel rendimento sia elevato è documentato: dieci medici di famiglia in più ogni 100.000 abitanti valgono 51,5 giorni di aspettativa di vita, contro i 19,2 di un pari incremento di specialisti (Basu, *JAMA Internal Medicine* 2019)⁵.

4. Una formazione specialistica universitaria

Resta poi una questione che precede tutte le altre: la formazione. Il corso regionale di formazione specifica dovrebbe essere superato attraverso l'istituzione di una Scuola di specializzazione universitaria in Medicina generale e di dipartimenti universitario-territoriali^{9,10}.

In gran parte dell'Unione Europea la Medicina generale/Medicina di famiglia ha lo *status* di disciplina specialistica e il medico di famiglia completa un percorso specialistico/residenziale equiparabile, per dignità professionale e struttura, alle altre specializzazioni. In Italia esiste invece ancora un percorso separato:

il Cfsmg regionale. L'Italia appare sempre più isolata rispetto all'evoluzione della formazione europea: la Francia ha portato la formazione a 4 anni e l'Austria, dal 1° giugno 2026, ha formalmente trasformato Medicina generale e Medicina di famiglia in una specialità. Noi cosa stiamo aspettando?

Conclusioni

Realizzate le mura, occorre stabilire che cosa dovrà realmente accadere dentro le Case della Comunità. Un edificio aperto per un determinato numero di ore non coincide automaticamente con una maggiore capacità assistenziale. Servono medici formati, funzioni definite e condizioni di lavoro sostenibili, modelli organizzativi che tengano conto delle diverse attività della Medicina generale.

Le quattro proposte qui avanzate non pretendono di esaurire il tema, ma possono offrire una base concreta di discussione: distinguere



La capacità assistenziale nasce dalla relazione clinica e dall'organizzazione del lavoro, non dalle strutture

re senza contrapporre il ciclo di scelta e l'attività oraria, valorizzare le competenze aggiuntive, rendere attrattivo il lavoro territoriale e riconoscere finalmente alla Medicina generale una formazione specialistica universitaria.

Dopo aver misurato strutture, scadenze e ore di apertura, è arrivato il momento di misurare ciò che conta davvero per i cittadini: accessibilità, continuità, tempi di risposta ed esiti di salute.

BIBLIOGRAFIA

1. Wordsworth S, et al. Preferences for general practice jobs: a survey of principals and sessional GPs. *Br J Gen Pract.* 2004;54:740-746.
2. Sandvik H, et al. Continuity of care in general practice and total mortality, acute hospital admissions, and use of out-of-hours services: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72:e84-e90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
3. Gosden T, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of general medical practitioners. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(3):CD002215. doi:10.1002/14651858.CD002215
4. Bes JM, et al. Financial and non-financial incentives to attract and retain doctors in rural and underserved areas: a systematic review. *Rural Remote Health.* 2023;23:7477. doi:10.22605/RRH7477
5. Basu S, et al. Association of primary care physician supply with population mortality in the United States, 2005-2015. *JAMA Intern Med.* 2019;179:506-514. doi:10.1001/jamainternmed.2018.7624
6. Salisbury C, et al. General practitioners with special interests: a randomized controlled trial and economic evaluation. *BMJ.* 2005;331:1441-1446. doi:10.1136/bmj.38670.494734.7C
7. Coast J, et al. Economic evaluation of a general practitioner with special interest service for dermatology. *BMJ.* 2005;331:1444-1449. doi:10.1136/bmj.38676.446910.7C
8. Kornelsen J, et al. Rural generalist point-of-care ultrasound: a qualitative study of implementation in British Columbia. *BMC Prim Care.* 2023;24:183. doi:10.1186/s12875-023-02128-z
9. Parlier AB, et al. The rural medicine pathway: a 10-year retrospective analysis. *Acad Med.* 2018;93:130-140. doi:10.1097/ACM.0000000000001839
10. Alavi M, et al. Academic health science centres and primary care: a scoping review. *Fam Med.* 2019;51:143-148. doi:10.22454/FamMed.2019.927833