

## Perché la medicina generale e le cure primarie producono risparmio, moltiplicano la salute del paese e diminuiscono la spesa sanitaria

Claudio Cricelli  
SIMG - Presidente emerito

### PREMESSA

**"Cos'è l'economia sanitaria e perché dobbiamo apprenderne i concetti fondamentali"**

L'economia sanitaria è la disciplina dell'economia applicata ai temi della salute e della medicina e riguarda il modo in cui la società alloca le proprie risorse per i servizi erogati dallo Stato ai cittadini. La scarsità di queste risorse e le scelte politiche che guidano la loro distribuzione costituiscono la base di teoria economica.

I temi fondamentali dell'economia applicata alla sanità sono sostanzialmente:

- I valori sociali di riferimento di quel Paese e di quella realtà sociale nazionale e delle comunità locali
- Gli obiettivi di salute che le istituzioni dello Stato e le parti sociali si pongono come irrinunciabili ed obbligatori da garantire ai cittadini
- Lo stato di salute della popolazione in accordo ai dati epidemiologici
- I bisogni di salute di quella popolazione in termini generali (nazionali) e specifici (regionali e locali)
- I servizi e le prestazioni che lo stato intende erogare ai cittadini
- I modelli di organizzazione sanitaria
- Le risorse pubbliche, rispetto al bilancio dello stato, rese disponibili per raggiungere gli obiettivi
- Acquisizione e distribuzione di tali risorse (tasse, contributi, co-pagamenti, varie)
- Beni e servizi sanitari che lo Stato ritiene erogabili da fornitori privati e da porre obbligatoriamente o facoltativamente a carico in tutto o in parte dei cittadini: come e da chi verranno prodotti, come verranno prodotti e con quali costi, chi li riceverà.

"Per un settore in cui l'alto costo è un problema generale, l'assenza di informazioni accurate sui costi dell'assistenza sanitaria è a dir poco sorprendente. Pochi medici hanno una qualche conoscenza di quanto costa ogni componente dell'assistenza, tanto meno di come i costi si relazionano ai risultati raggiunti. Nella maggior parte delle organizzazioni sanitarie non ci sono praticamente informazioni accurate sul costo dell'intero ciclo di cura per un paziente con una particolare condizione medica. In-

vece, la maggior parte dei sistemi di contabilità sanitaria non sono basati sul paziente ma progettati per la fatturazione delle transazioni rimborsate nell'ambito di contratti a pagamento. Ad esempio, le allocazioni dei costi sono spesso basate sui meri costi economici, non sui costi effettivi. Poiché gli operatori sanitari sono sottoposti a crescenti pressioni per ridurre i costi e riportare i risultati, i sistemi esistenti sono del tutto inadeguati.

Queste semplici considerazioni lasciano intendere alcune riflessioni di fondo: la salute di un Paese con un servizio sanitario pubblico universale è sostanzialmente determinata da quanta e quale salute lo Stato vuole e può erogare in base a quanto costa e a quante risorse sono disponibili per coprire quei costi. Il modello di organizzazione sanitaria di ciascun Paese influisce profondamente non solo sui risultati di salute di quella popolazione ma in particolare sulla quantità di risorse economiche necessarie per raggiungere quegli obiettivi.

Nel 2016, Simon Stevens, allora amministratore delegato del National Health Service (NHS) in Inghilterra, scrisse che *"se la medicina generale fallisce, l'intero NHS fallisce"*. Ha ragione. Il modello NHS è sempre stato sostenuto dalla medicina generale. In Inghilterra, i pazienti hanno un medico generico (GP) nominato – un medico di base – addestrato a prendersi cura di loro dalla "culla alla tomba". I medici di base controllano l'accesso alla maggior parte delle cure specialistiche (i pazienti devono consultare un medico di base per ottenere un invio a cure ospedaliere non urgenti); sono responsabili dell'assistenza a lungo termine centrata sul paziente; forniscono la maggior parte delle cure preventive. Una serie di riforme nel corso di diversi decenni ha cambiato il modo in cui operano i medici di base in Inghilterra, ad esempio costituzione di gruppi di GP più ampi con un maggiore mix di personale. Tuttavia, la medicina generale in Inghilterra è stata storicamente trascurata dai responsabili politici a favore di un ospedale politicamente più potente. Pertanto, le cure primarie sono assenti o non integrate nel Sistema Sanitario. Da molti anni è stato dimostrato che i sistemi sanitari dotati e strutturati con una robusta componente di

Cure Primarie Territoriali sono di gran lunga più efficaci, in termini di obiettivi raggiunti, e più economici rispetto a sistemi orizzontali e privi in tutto o in parte di un sistema primario di accesso e controllo delle Cure. Barbara Starfield ha per la prima volta negli anni '80 definito in maniera chiara le componenti organizzative e strutturali che rendono le Cure Primarie il centro dell'efficienza di un Sistema sanitario. Tali componenti, analizzate sullo sfondo di un sistema a bassa efficienza come quello degli USA, sono oggi considerate fondamentali in tutti i sistemi Sanitari moderni avanzati.

### LE STARFIELD'S 4CS

**Primo Contatto:** *Le cure primarie sono il principale punto di ingresso e di interfaccia tra la popolazione e il sistema sanitario. Le persone si rivolgono alle cure primarie per ogni nuova necessità o problema.*

**Continuità di cura:** *Le cure primarie massimizzano la relazione continua nel tempo tra un paziente e un erogatore di salute. Questo avviene attraverso il dominio temporale della continuità relazionale e della continuità gestionale che consentono di instaurare molteplici processi di prevenzione primaria, di monitoraggio dello stato di salute, di anticipazione del malessere e della malattia, e della continuità dei trattamenti, della terapia e del loro adattamento e aggiustamento.*

*Gran parte dei benefici in termini di outcomes legati alla medicina generale sono basati sul monitoraggio continuo associato alla continuità di cura. Si può affermare oggi che la continuità costituisca l'elemento centrale della potenza di impatto della medicina generale nei moderni sistemi sanitari. Essa consente una gestione clinica integrata delle persone nella "diacronicità di cura" che rappresenta un unicum dei servizi sanitari. A differenza della medicina generale, i servizi specialistici sono prevalentemente "sincronici". Vedono, cioè, per la maggior parte ristrette finestre temporali dello stato di salute e della vita delle persone, in maniera saltuaria e discontinua, ed anche nel caso di una presa in carico di lunga durata, come accade nei servizi sanitari specialistici collegati ad alcune patologie croniche, non sono in grado di seguire l'interesse dei*



*processi di cura del paziente. La Continuità di cura si arricchisce quasi sempre dalla longitudinalità familiare e della comunità. I medici delle cure primarie, soprattutto nel sistema italiano, grazie alla loro lista stabile di pazienti, prendono in carico processi trasversali di individui, di famiglie nucleari ed allargate, di micro e macrocomunità e sono in grado per questo di intercettare individualmente ed attraverso l'interazione epidemiologica con gli altri componenti della "comunità" medica i complessi processi legati ai determinanti di salute, che si svolgono spesso su dimensioni temporali e collegamenti trasversali complessi, come i fattori ambientali, il disagio sociale, la fragilità incombente e conclamata.*

**Completezza dei servizi offerti:** *L'assistenza primaria offre una gamma completa di servizi, in grado di gestire le condizioni di salute comuni in tutte le fasi della vita di una persona.*

**Coordinamento:** *L'assistenza primaria riunisce diversi elementi del sistema sanitario per la cura di un paziente. Si coordina e coordina i medici di assistenza secondaria e terziaria, nonché i servizi comunitari e sociali. Il primo principio nella strutturazione di qualsiasi organizzazione o attività di erogazione di servizi è quello di organizzarsi intorno al cliente e alle sue esigenze. Nell'assistenza sanitaria, ciò richiede un passaggio dall'odierna organizzazione a compartimenti stagni per reparto specialistico all'organizzazione in base alle condizioni cliniche del paziente. Chiamiamo tale struttura un'unità di pratica integrata. In un'UPI, un team dedicato, composto da personale clinico e non clinico, fornisce l'intero ciclo di cura per le condizioni del paziente.*

Tuttavia, ciascuna di queste quattro caratteristiche deve essere interpretata e sviluppata in termini di efficienza organizzativa. Infatti, nessuna di esse si sviluppa e si realizza per il solo fatto di creare semplicemente un Sistema di Cure Primarie senza dotarlo delle qualità organizzative e degli investimenti che ne possano far emergere tutte le potenzialità produttive e di efficienza. Quindi le 4c raggiungono il loro obiettivo e la loro efficacia solo se a ciascuna di esse si destinano e si allocano le risorse organizzative, economiche,

di capitale e di management necessarie ad ottimizzarne la produttività. Solo allora le qualità della formazione clinica esprimono al massimo il loro effetto moltiplicatore. Un ottimo medico in un contesto di modesta o mediocre organizzazione e dotazione di risorse non potrà mai erogare una offerta sanitaria di eccellenza. In altre parole, investire sulla formazione medica senza promuovere un parallelo investimento sugli elementi strutturali della professionale è un investimento mancato, poichè restano carenti le condizioni per l'utilizzazione ottimale delle competenze e conoscenze cliniche dei professionisti.

Una ulteriore componente va tuttavia sottolineata. Raggiungere obiettivi di salute e ottenere risultati di cura (**efficacia**) non va equiparato ad ottenere gli stessi risultati con il minor costo possibile (**efficienza**).

La medicina generale ha si raggiunto una efficacia ragguardevole in termini di efficacia della presa in carico, ma è ancora strutturalmente carente in termini di efficienza. Su questo concetto si deve quindi concentrare l'attenzione sia in termini di modelli organizzativi che in termini di investimenti. L'efficienza di un comparto sanitario può essere determinante in regime di scarsità di risorse, per consentire di raggiungere risultati di cura maggiori e migliori a parità di risorse disponibili.

Il novanta per cento dei contatti con i pazienti avviene oggi nell'ambito delle cure primarie. I MMG sono generalisti e spesso gestiscono una serie di sintomi indifferenziati o problemi di salute. Ciò richiede una combinazione di conoscenze ad ampio raggio, esperienza clinica e buon senso. I loro ruoli e le loro attività sono cambiati e ampliati negli ultimi anni; ad esempio, è sempre più probabile che siano coinvolti nel coordinamento delle cure per le persone con problemi complessi e aree di assistenza "specialistica" (ad esempio, diagnostica e chirurgia minore), a seguito dello sviluppo di nuove tecnologie mediche. L'evoluzione di questo modello è verso un lavoro in team multiprofessionale e multidisciplinare e nella differenziazione orizzontale delle competenze cliniche tra MMG dello stesso team. Tutto ciò rende questo contesto particolarmente idoneo per configurare la transizione verso un incremento di produttività ed efficienza attraverso la crescente presa in carico di "interventi complessi".

### INPUT, OUTPUT, OUTCOMES

La produttività classica nella sua forma più semplice può essere pensata come

il rapporto tra gli input di un sistema e i suoi output. Se un sistema può produrre più output dati i suoi input, o produrre i suoi output con meno input, allora ha aumentato la sua produttività. Per i servizi di medicina generale, i suoi input potrebbero essere considerati come la forza lavoro, i locali e le attrezzature, ma potrebbero anche includere quantità meno tangibili come l'alfabetizzazione sanitaria dei suoi pazienti. Gli output possono anche essere definiti in molti modi. A un certo livello, i risultati possono essere considerati come le attività svolte dagli studi medici di base, come le consultazioni con i pazienti, le prescrizioni emesse, i rinvii alle cure secondarie, ma potrebbero anche includere compiti indiretti di assistenza ai pazienti: ad esempio, il collegamento con i fornitori di cure secondarie. Alcuni risultati sono strettamente correlati. Le prescrizioni e i rinvii spesso derivano da un consulto e raramente si verificano in modo isolato. Un ulteriore insieme di processi o qualità potrebbe essere pensato come mediatori, influenzando la velocità con cui gli input vengono convertiti in output. Questo concetto di produttività è troppo schematico e poco adatto alla organizzazione delle Cure Primarie.

Il semplice rapporto tra input e output sopravvaluta il numero di prestazioni, incluse quelle "parassite" come consultazioni tese al disbrigo di pratiche burocratiche, ripetizione di prestazioni legate a limitazioni normative, contatti improduttivi e non finalizzati a miglioramenti misurabili dello stato di salute.

La proposta è che la produttività della MG/CP venga misurata secondo un mix di outputs/outcomes in cui l'efficacia degli interventi non sia pesata solo in termini di quante visite/prescrizioni/telefonate/consultazioni/certificati/ricette/ricoveri/visite domiciliari/ vengono effettuate (outputs) in cui la medicina generale tristemente risulterebbe vincente ma soltanto del prodotto in termini di valutazione del risultato clinico ed economico che esse hanno realizzato.

Il sistema output, corretto per outcomes, che io propongo necessita di una messa a punto e di strumenti che in gran parte sono già disponibili nell'armamentario clinico e tecnologico della MG. Non vi è alcun dubbio che l'intelligenza artificiale non vada applicata al solo ruolo di sistema esperto per i processi decisionali diagnostici e clinici, stanca riproposizione dei vecchi sistemi esperti, ma alla generazione dei migliori processi di presa in carico dei processi finalizzati alla gestione diret-

ta del caso/problema al minor costo posto e quindi all'ottimizzazione della produttività clinica e della efficienza economica.

E' altrettanto evidente che l'aumento di efficienza economica non ha nulla a che spartire con il "risparmio", il "razionamento" dei farmaci innovativi e la limitazione più volte proposta delle prestazioni costose. La crescita della produttività è la crescita del rapporto, cioè uno spostamento in una funzione di produzione.

In teoria, la produttività del sistema sanitario differisce poco dalla produttività di qualsiasi altra industria o settore. Al contrario la produttività sanitaria è diversa dalla produttività aziendale classica, perché è basata non solo sull'aumento delle prestazioni ed alla diminuzione dei costi unitari, ma sul prodotto di questi fattori attualizzati per il raggiungimento dell'outcome clinico ottimale.

L'efficienza si raggiunge non impedendo o ponendo limiti acritici alla facoltà di prescrivere, ma selezionando i processi decisionali appropriati e virtuosi, spesso solo apparentemente più costosi nel breve termine ma ormai evidentemente meno costosi e più efficienti nel medio/lungo termine.

Ipotizziamo dunque una radicale revisione della visione stessa della professione che possiamo riassumere nella risposta ad una principale domanda "Qual è l'efficacia delle singole strategie da sole nel migliorare l'adozione di interventi complessi nell'assistenza primaria rispetto all'assenza di una strategia o di un'unica strategia alternativa?"

- a. E' necessario elaborare strategie complesse nel migliorare l'adozione di interventi complessi nelle Cure Primarie e curare e privilegiare la nostra capacità di valutarne l'impatto anche economico rispetto all'assenza di strategia, alla singola strategia alternativa o ad altre combinazioni.
- b. E' necessario elaborare strategie multiformi legate al team multidisciplinare, alla suddivisione/condivisione del lavoro in team, alle specificità delle singole culture, economie, comunità, ambienti sociali e famiglie rendendole più efficaci della attuale uniformità delle strategie che appiattisce e limita l'intervento della MG/CP.
- c. E' necessario quindi individuare e selezionare le componenti attive delle strategie che dimostrano di essere associate al successo (output per outcomes).

d. E' necessario individuare e condividere strategie di implementazione disponibili con riferimento al rapporto costo-efficacia inteso non come risparmio ma come investimento sull'efficienza produttiva che ottimizza le risorse economiche allocate e produce il vero risparmio di scala.

e. E' necessario innovare il concetto di team delle Cure Primarie implementando la formazione e il riconoscimento giuridico e funzionale dei MMG con competenze/interessi speciali oggi definiti MMG con funzioni allargate (da GPwSI to GPwER-extended role)

#### Tabella 1.

Esempi di GPwER che possono essere classificati come ruoli estesi:

- ◆ Insegnamento o formazione
- ◆ Ricerca
- ◆ Medicina del lavoro
- ◆ Chirurgia minore
- ◆ Salute mentale
- ◆ Cardiologia
- ◆ Medicina dello sport
- ◆ Medicina d'urgenza
- ◆ Dermatologia
- ◆ Salute delle donne

#### COSA POSSIAMO FARE PER AUMENTARE LA PRODUTTIVITÀ E L'EFFICIENZA DEL COMPARTO DELLE CURE PRIMARIE SULLA BASE DELLE SCARSE RISORSE DISPONIBILI

Per definire un progetto professionale innovativo e di alto livello occorre conoscere alcuni elementi base della teoria, della pratica economica e del management applicato alla sanità.

La conoscenza del reale significato di alcuni concetti come efficacia, efficienza, produttività, organizzazione, valutazione economica e finanziaria dell'investimento professionale, devono far parte della cultura generale di ogni professionista sanitario per consentirgli di comprendere meglio fenomeni e dinamiche di cui ha solo una conoscenza sommaria ed imperfetta. Tali conoscenze devono entrare risolutamente a far parte delle conoscenze di base, come guida allo sviluppo ed alla crescente consapevolezza professionale.

