

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA SALUTE DEI SISTEMI SANITARI
EVOLUZIONI E PROSPETTIVE FUTURE

INTRODUZIONE STEFANO MANZOCCHI, GILBERTO TURATI

Rossana Arcano

Sara Basso

Massimo Bordignon

Elenka Brenna

Marco Buso

Martina Celidoni

Marina Di Giacomo

Cinzia Di Novi

Francesco Ferroni

Maria Assunta Fugnitto

Marta Giachello

Francesco Iervolino

Rosella Levaggi

Ilaria Maroccia

Lucia Martina

Anna Menozzi

Emanuele Pallotti

Massimiliano Piacenza

Vincenzo Rebba

Luca Salmasi

Gilberto Turati

Cristina Ugolini

N. 1-2024

Rivista di
Politica Economica

Direttore: Stefano Manzocchi

Advisory Board

Cinzia Alcidi

Barbara Annicchiarico

Mario Baldassarri

Riccardo Barbieri

Leonardo Becchetti

Andrea Boitani

Massimo Bordignon

Marina Brogi

Elena Carletti

Alessandra Casarico

Stefano Caselli

Lorenzo Codogno

Luisa Corrado

Carlo Cottarelli

Sergio Fabbrini

Alessandro Fontana

Giampaolo Galli

Nicola Giammarioli

Gabriele Giudice

Luigi Guiso

Francesco Lippi

Marcello Messori

Salvatore Nisticò

Gianmarco Ottaviano

Ugo Panizza

Andrea Prencipe

Andrea Filippo Presbitero

Riccardo Puglisi

Pietro Reichlin

Francesco Saraceno

Fabiano Schivardi

Lucia Tajoli

Maurizio Tarquini

Maria Rita Testa

Fabrizio Traù

Gilberto Turati

RIVISTA DI

POLITICA ECONOMICA

LA SALUTE DEI SISTEMI SANITARI
EVOLUZIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Introduzione pag. 5
Stefano Manzocchi, Gilberto Turati

PARTE PRIMA

L'EVOLUZIONE DEL SETTORE E LE GRANDI QUESTIONI ORGANIZZATIVE

La spesa sanitaria e le sue componenti » 17
Sara Basso, Maria Assunta Fugnitto, Lucia Martina, Emanuele Pallotti

**La *governance* dei sistemi sanitari tra bisogni locali
e sfide globali** » 43
Massimo Bordignon, Marco Buso, Gilberto Turati

**La medicina di famiglia nel riassetto dell'assistenza
territoriale** » 67
Marta Giachello, Cristina Ugolini

**L'assistenza ospedaliera: modelli regionali e performance
degli ospedali nel Servizio sanitario nazionale** » 91
Marina Di Giacomo, Rosella Levaggi, Massimiliano Piacenza, Luca Salmasi

PARTE SECONDA

PROSPETTIVE: DEMOGRAFIA, COMPETENZE, MERCATO

**Demografia e salute: il rebus della LTC, dei bisogni di
assistenza non soddisfatti e del benessere psicologico
degli anziani.** » 125
Cinzia Di Novi

**Alcune riflessioni sul mercato del lavoro dei servizi
socio-sanitari.** » 149
Rossana Arcano, Ilaria Maroccia, Gilberto Turati

**Il top management sanitario: profili dirigenziali e bisogni
di formazione tra norme nazionali e modelli regionali** » 183
Elenka Brenna, Anna Menozzi

Spesa sanitaria privata e assicurazioni integrative: alcune evidenze dall'indagine SHARE	» 203
Martina Celidoni, Vincenzo Rebba	
Il welfare aziendale e la salute	» 243
Francesco Ferroni, Francesco Iervolino	

La medicina di famiglia nel riassetto dell'assistenza territoriale

Marta Giachello, Cristina Ugolini*

- *I sistemi sociali europei sono da tempo in difficoltà per l'aumento della prevalenza delle patologie croniche, un fenomeno ad origine multifattoriale influenzato dal trend demografico di invecchiamento, dall'aumento della sopravvivenza, dal miglioramento delle condizioni economico-sociali e dalla disponibilità di nuove terapie ad alto costo.*
- *In Italia, a sei anni dal primo Piano Nazionale della Cronicità (PNC), approvato nel 2016, l'impatto della pandemia e la disponibilità di nuove risorse provenienti dal programma Next Generation EU hanno stimolato nuove energie per rifondare le basi del PNC dotandolo di un modello "rafforzato" di assistenza territoriale che è al centro del Decreto Ministeriale 77/2022.*
- *Dopo una breve analisi delle nuove cure territoriali disegnate dal DM 77, vengono discussi alcuni problemi del modello italiano della medicina generale e proposti alcuni interventi per valorizzare il ruolo delle cure primarie e consentire loro di affrontare al meglio le sfide future. Alcune proposte prevedono interventi meno divisivi, come la riforma del percorso formativo o una migliore ponderazione della lista assistiti, altre implicano scelte più radicali, come una maggiore territorializzazione delle cure primarie o la creazione di un terzo livello della medicina di famiglia rivolto alla popolazione più anziana.*

JEL Classification: H51, I11, I18.

Keywords: *health care, primary health care, primary physician, aging population, chronic disease.*

* marta.giachello@unibo.it, Dipartimento di Scienze Economiche, Alma Mater Studiorum Università di Bologna; cristina.ugolini@unibo.it, Dipartimento di Scienze Economiche, Alma Mater Studiorum Università di Bologna. Ringraziamo Gianluca Fiorentini e Matteo Lippi Bruni per i preziosi suggerimenti forniti durante la stesura di questo lavoro, rendicontato all'interno del Progetto Age-IT e grazie al quale è stato finanziato il contratto RTD di Marta Giachello.

1. L'assistenza territoriale per una società che invecchia: la proposta del DM 77

1.1 LO SCENARIO: UNO TSUNAMI DEMOGRAFICO

L'aumento delle patologie croniche ha contribuito in modo rilevante ad accentuare le difficoltà in cui versano i sistemi sociali europei. Lo scenario del nostro Paese è particolarmente complicato dal momento che l'Italia si caratterizza nel panorama europeo odierno come il paese più anziano¹ – quindi più esposto all'aumento delle cronicità – e questo ha indotto decisori politici e ricercatori a riflettere su quali aspetti debbano essere rafforzati per elaborare efficaci politiche di protezione sociale per i soggetti più fragili.

La popolazione italiana over 65 costituiva nel 2023 il 24% del totale, quella over 85 il 4%, dati che assumono una maggiore rilevanza se confrontati con la quota di under 15 di poco superiore al 12%. Ne consegue che l'indice di vecchiaia, ovvero il rapporto tra over 65 e under 15, è pari a 1,93 - per ogni giovane under 15 ci sono due over 65 - e con questo indicatore l'Italia conquista il podio di un continente sempre più anziano in cui l'invecchiamento demografico si accompagna ad una sempre più estesa prevalenza delle malattie croniche. Infatti, nel 2022 il 40,4% della popolazione italiana ha dichiarato di essere affetta da almeno una patologia cronica e questa percentuale cresce notevolmente con l'aumentare dell'età, attestandosi nella fascia 55-59 anni al 51% e tra gli over 74 all'86%². Frequente è anche la situazione di multicronicità o multimorbilità, ovvero persone che convivono con più di una patologia cronica e che sono già più di un quinto della popolazione complessiva.

Le patologie croniche richiedono un approccio assistenziale diverso dalla gestione delle acuzie perché necessitano di interventi per periodi di lunga durata e una forte integrazione tra servizi sanitari e sociali: questo comporta la necessità di ricorrere a servizi residenziali e territoriali che spesso in Italia non sono ancora sufficientemente diffusi e soprattutto non lo sono in maniera uniforme. A sei anni dall'approvazione del primo Piano Nazionale della Cronicità (PNC) nel 2016, l'impatto della pandemia e la disponibilità di nuove risorse provenienti dal programma *Next Generation EU* hanno stimolato una rinnovata progettualità per rifondare le basi del PNC dotandolo di un modello rafforzato di assistenza territoriale che è al centro del Decreto Ministeriale 77/2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale).

¹ European Union, *Aging Europe*, 2020: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/KS-02-20-655>.

² ISTAT, "Sanità e Salute", *Annuario Statistico Italiano*, 4, Istituto Nazionale Statistica, Roma, 2023.

Mentre la regolamentazione dell'attività ospedaliera è stata aggiornata con il DM 70/2015, l'assistenza territoriale ha continuato ad essere un'area meno sviluppata. La questione si complica ulteriormente per le scelte fatte negli anni Settanta in merito all'organizzazione della medicina di famiglia che in Italia gravita intorno ai medici di medicina generale (MMG) e ai pediatri di libera scelta (PLS), figure professionali molto discusse nel Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano sin dalla sua costituzione³.

Prima del DM 77 erano stati fatti alcuni tentativi di avviare una profonda trasformazione delle cure territoriali. Tra questi si ricorda la sperimentazione progettuale delle Case della salute, prevista dalla Legge Finanziaria 2007 con linee guida emanate dal Ministero della Salute nel luglio 2007, come strutture polivalenti all'interno delle quali, in uno stesso spazio fisico, fosse possibile concentrare l'erogazione di gran parte delle prestazioni sanitarie territoriali e avviare l'integrazione sociosanitaria. La realizzazione delle Case della salute è stata parziale e, come tale, il modello assistenziale ad esse associato, anche considerando le denominazioni diverse che queste strutture hanno spesso assunto nei territori, è stato attivato solo in alcune regioni. Un ulteriore passo verso la ristrutturazione delle cure primarie è stato proposto dal Decreto legge 158/2012 (c.d. Decreto Balduzzi), convertito in Legge 189/2012, nel quale veniva prevista la riorganizzazione della medicina generale in forme organizzative monoprofessionali denominate Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) per la condivisione di obiettivi, percorsi assistenziali, strumenti di valutazione e linee guida, nonché forme organizzative multiprofessionali come le Unità complesse di cure primarie (UCCP) per l'erogazione di prestazioni assistenziali tramite coordinamento e integrazione dei professionisti in un'ottica multidisciplinare. Nonostante l'obbligo normativo previsto per le regioni di istituire queste forme organizzative, l'attuazione del Decreto Balduzzi non è stata semplice e gli strumenti previsti risultano ancora oggi largamente inattuati in molte regioni⁴, spesso anche a causa della resistenza espressa dai medici di famiglia che temevano che il legislatore volesse imporre loro rapporti di collaborazione assimilabili al lavoro subordinato.

La recente pandemia ha sottolineato l'urgenza di indirizzare gli sforzi non soltanto verso il miglioramento funzionale delle strutture ospedaliere, ma di tornare ad investire risorse e a disegnare strategie volte a produrre salute nel territorio, rilanciando la prevenzione, introducendo la medicina di iniziativa, potenziando la medicina territoriale e le cure di prossimità. Se si considerano i molteplici problemi che le precedenti

³ Ugolini C., "Il ruolo della medicina generale nella riorganizzazione delle cure primarie." *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Fondazione Cesifin, 2017, pp. 23-36.

⁴ Bonati M., "Casa della Salute/Comunità", *Ric&Pra*, 2016, 32(3), pp. 113-114, doi 10.1707/2272.24418; Jorio E., 2018, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=66839.

riforme dell'assistenza territoriale non sono riuscite a risolvere, la sfida raccolta dal DM 77 di trasformare profondamente l'intera organizzazione delle cure territoriali risulta ancora più ambiziosa. Da questo punto di vista, il DM 77 propone qualche novità ma soprattutto cerca di potenziare e mettere a sistema tutte le soluzioni organizzative che erano già state suggerite in precedenza alle regioni in una logica però isorisorse, mentre ora diventano obbligatorie nel quadro della determinazione di quei principi fondamentali che lo Stato si riserva nelle materie di legislazione concorrente, grazie alle maggiori risorse resesi disponibili nello scenario europeo post pandemico.

1.2 PROTAGONISTI VECCHI E NUOVI NEL QUADRO DELINEATO DAL DM 77

Il DM 77 è stato adottato in aderenza al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e rappresenta un primo traguardo previsto per adempiere alla Missione 6 "Salute"⁵, che mira a rendere più efficace il SSN e a garantire l'equità di accesso alle cure, rafforzando la prevenzione e i servizi sul territorio grazie all'investimento di 15,62 miliardi, pari circa all'8% dell'importo totale del PNRR. Obiettivo del DM 77 è definire standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, in continuità con quanto avvenuto con il DM 70/2015 per la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Il DM 77 non introduce in effetti grandi elementi di novità rispetto al quadro normativo precedente: nel definire gli standard previsti per strutture organizzative e figure professionali, per lo più già previste in precedenza, si precisano i futuri protagonisti dell'assistenza territoriale sui quali verranno convogliati i finanziamenti predisposti dal PNRR⁶. Il principale aspetto innovativo di questo decreto sta proprio nel fatto che il governo centrale supera lo spirito delle iniziali proposte di sperimentazione e dei programmi concordati con le regioni, in favore di un modello che raccoglie la sfida della cronicità attraverso una più incisiva definizione degli elementi istituzionali e organizzativi dell'assistenza territoriale, che devono essere realizzati in modo uniforme da tutte le regioni. Se questi elementi sono imposti, con standard a cui attenersi, non si scende però mai nel dettaglio sul tipo di relazioni che potranno essere instaurate a livello locale, lasciando quindi ai territori un ampio spazio di manovra nel definire poi effettivamente il modello di governo da adottare per il proprio sistema territoriale.

Riprendendo il quadro di intervento delineato dal PNC, il decreto sottolinea l'importanza della stratificazione della popolazione che deve

⁵ Nello specifico, in adesione al PNRR, Missione 6, Component 1, "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale".

⁶ Pesaresi F., "Il DM 77/2022 sull'assistenza sanitaria territoriale: la norma, gli approfondimenti, le valutazioni", *Welfare ebook* n. 7, 2022.

tener conto non solo dei criteri clinici ma anche di tutti quei fattori individuali e sociofamiliari che possono incidere sulla effettiva capacità del paziente di gestire la propria patologia e orientare poi, dopo un'attenta analisi dei bisogni dei territori, la medicina di iniziativa a vantaggio dell'intera popolazione, inclusi gli individui sani in un'ottica di prevenzione. Questa tipologia di approccio consentirà di articolare la valutazione del bisogno su due differenti livelli: un primo livello è quello definito dal Progetto di Salute, semplice o complesso, relativo alla singola persona, mentre il secondo livello si riferisce all'intera popolazione stratificata in sei livelli sulla base del rischio che emergano bisogni socioassistenziali.

Il Progetto di Salute individuale si attiva "all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi *setting* di cura". Per la sua definizione viene identificata una *équipe* multiprofessionale composta almeno da MMG o PLS, medico specialista ed infermiere anche se, sulla base della complessità clinico-assistenziale, potrebbero essere coinvolte altre figure professionali. Il MMG rappresenta il referente principale dell'*équipe*, in quanto titolare del rapporto di fiducia con l'assistito. Riferimento territoriale resta il distretto, ambito geografico indicativo di circa 100.000 abitanti, identificato dal decreto come: "luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali."⁷

L'assetto organizzativo delle future cure territoriali dovrà fare perno sulle Case della Comunità (CdC) che, sotto la direzione del distretto, diventano il luogo fisico nel quale gli individui accedono per ricevere assistenza sanitaria e sociosanitaria e luogo di coordinamento e integrazione tra il SSN e il sistema dei servizi sociali, anche attraverso il ricorso a forme di erogazione a distanza. Al suo interno lavorano, in modalità integrata e multidisciplinare, diversi professionisti con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni e una particolare attenzione alla dimensione personale dell'assistito. Come abbiamo già ricordato, le CdC non rappresentano un modello organizzativo inedito perché una loro prima formulazione era stata proposta nel 2007 attraverso la sperimentazione delle cosiddette Case della Salute, realizzata però di fatto solo in un numero limitato di regioni italiane.

Al di là degli standard organizzativi e di personale disciplinati nel DM 77 sia per le CdC più grandi (denominate *hub*) che per quelle più piccole (*spoke*), le CdC dovranno essere collocate in un disegno di rimodulazione organizzativa più complesso ed articolato. A partire dagli anni Duemila, la crisi del vecchio modello di stato sociale e

⁷ Decreto Ministeriale n. 77 del 25 maggio 2022, Allegato n. 1, paragrafo 4.

l'insoddisfazione verso i risultati prodotti dalle esperienze di *welfare mix* negli anni Novanta stanno riorientando il sistema di protezione sociale verso la costruzione di un modello di welfare plurale denominato welfare comunitario o di comunità. Di questo nuovo approccio la salute rappresenta una componente essenziale perché essa stessa è un prodotto dell'ambiente relazionale in cui si vive ed è quindi una "questione della comunità"⁸. Da questo punto di vista le Case di Comunità non dovrebbero essere pensate come grandi poliambulatori multiservizi nello spirito delle precedenti Case della Salute, ma perseguire il compito primario di promuovere la salute della propria comunità di riferimento orientandola verso una dimensione locale del "produrre salute" in un'ottica di integrazione e di coprogettazione. Questa trasformazione deve coinvolgere l'intera comunità locale (nei comuni, nei quartieri, nelle microaree) e al tempo stesso la rete dei produttori e tutte le professioni del welfare.

Nella stessa logica, tra le nuove figure professionali che ricevono impulso dal DM 77 troviamo l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC), la cui funzione era già stata introdotta in base a quanto indicato nel Patto per la Salute 2019-2021 con il DL 34/2020, convertito in Legge 77/2020, e delineata nelle linee di indirizzo emanate dalla Conferenza delle regioni. Tali linee di indirizzo precisano che "l'IFeC è un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, a seconda dei modelli organizzativi regionali, diffonde e sostiene una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e suburbani. Svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e *caregiver*, del volontariato, del privato sociale e, più in generale, della comunità". Da questo punto di vista, il DM 77 conferma l'IFeC come il professionista di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità con uno standard quantitativo pari a 1 IFeC

⁸ Ugolini C., "Sostenibilità economica dei modelli di Welfare", in Moruzzi M., Prandini R. (a cura di) *Modelli di welfare. Una discussione critica*, Vite Parallele, Franco Angeli, Milano 2020, pp. 133-56; Colozzi I., Bassi A. *et al.*, Il Progetto culturale della Scuola Achille Ardigò sul welfare di comunità, <https://www.comune.bologna.it/scuola-ardigo/documenti/progetto-culturale-scuola-achille-ardigo-welfare-comunita/>, 2021.

ogni 3.000 abitanti, ma con una definizione delle sue competenze che andrà poi declinata nei territori, come visto sopra, “a seconda dei modelli organizzativi regionali”.

Per quanto concerne la gestione e il supporto della presa in carico di individui che si trovino in condizioni clinico-assistenziali particolarmente complesse e che quindi comportino una comprovata difficoltà operativa, vengono confermate le “Usca”, Unità Speciali di Continuità Assistenziale, istituite durante la prima drammatica ondata della pandemia da Covid-19 con il Decreto 14/2020 ed entrate in pianta stabile nel SSN grazie alla Legge di Bilancio per il 2022 e ora previste dal DM 77 nella misura di una ogni 100mila abitanti. Perduta la “s” di “speciale”, la UCA è una équipe mobile distrettuale che afferisce al distretto ed ha sede nelle CdC *hub*, si compone di un medico e di un infermiere che operano sul territorio di riferimento, anche avvalendosi di strumenti di telemedicina. Il servizio svolto non opera in sostituzione dei professionisti della presa in carico (medici di famiglia, IFeC, assistenti sociali ecc.), ma si colloca come un supporto temporaneo e può essere attivato in caso di situazioni di particolare difficoltà quali ad esempio dimissioni difficili del paziente, supporto dell'ADI, presa in carico e *follow-up* dei pazienti domiciliari, per garantire una risposta rapida e flessibile in contesti come focolai pandemici, ma anche per programmi di prevenzione territoriale. Anche in questo caso il ruolo delle Uca e le modalità con cui dovranno interagire con le altre figure presenti sul territorio andranno meglio precisati dalle regioni per renderle compatibili con il modello organizzativo prescelto.

Riaffermando il concetto di “casa come primo luogo di cura”, il DM 77 conferma la rilevanza dei servizi domiciliari già attivi, prevedendone il potenziamento fino ad una presa in carico progressiva del 10% della popolazione over 65, e il ruolo degli Ospedali di Comunità (OdC) come strutture intermedie tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con le finalità di evitare ricoveri inappropriati e di favorire dimissioni protette. Si tratta di strutture nate per rispondere ai bisogni di quei pazienti che, a seguito di riacutizzazione di patologie croniche o di episodi di acuzie minori, necessitano di assistenza e sorveglianza infermieristica continuativa che non sarebbe possibile a casa. L'istituzione degli OdC in Italia è recente e risale al 2020 quando la Conferenza Stato-Regioni sancì l'intesa sui loro requisiti minimi, in adempimento a quanto previsto nel Patto per la salute per gli anni 2014-2016.

Uno degli elementi più innovativi del DM 77/22 è l'istituzione delle Centrali Operative Territoriali (COT) e del Numero Unico Europeo per cure mediche non urgenti 116117. Infatti, mutuando l'esperienza positiva sviluppata nell'ambito dell'emergenza sin dai primi anni Novanta attraverso l'istituzione del numero unico 118 e delle centrali operative che forniscono un raccordo con le strutture territoriali ed ospedaliere, con i mezzi di soccorso, con le altre centrali operative e con le

istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta dell'emergenza, il legislatore istituisce la Centrale Operativa 116117 - un servizio telefonico gratuito per la popolazione, attivo 24 ore su 24 tutti i giorni della settimana, per tutto ciò che concerne le prestazioni sanitarie e sociosanitarie non urgenti e a bassa intensità assistenziale - e le COT. La COT avrà l'obiettivo di assicurare la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria svolgendo una funzione di coordinamento della presa in carico e di raccordo tra i servizi e i professionisti coinvolti, quindi tra le attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogando con la rete di emergenza-urgenza. Lo standard di personale di una COT prevede 1 coordinatore infermieristico, 3-5 infermieri, 1-2 unità di personale di supporto. In alcune regioni italiane, come Emilia-Romagna, Veneto e Toscana, alcune prime sperimentazioni di modelli riconducibili a quelli delle COT risalgono al primo decennio degli anni Duemila⁹.

Con la messa in rete di strutture già previste ma in qualche modo rinnovate per meglio rispondere alle sfide future (CdC e UCA), ribadendo la centralità di strumenti già da tempo presenti (la presa in carico multidisciplinare della cronicità e il ruolo dell'ADI), procedendo con il rafforzamento di forme organizzative più nuove e non ancora radicate nel tessuto assistenziale (OsCo e IFeC) e con l'introduzione a livello nazionale di strumenti di raccordo che possano facilitare la presa in carico e la continuità assistenziale (Numero unico 116117 e COT), il DM 77 definisce i protagonisti dell'assistenza territoriale del prossimo futuro anche se non scende nel dettaglio dell'architettura relazionale che andrà costruita per metterli in rete¹⁰. Allo stesso tempo, il DM 77 evita di affrontare uno dei nodi chiave per il disegno organico del sistema, ovvero le modalità di integrazione del ruolo del medico di famiglia all'interno di questa complessa e rinnovata rete di soggetti che animeranno le cure territoriali. Il medico di famiglia, che da sempre svolge il ruolo di referente unico per il paziente per l'assistenza sanitaria, viene confermato "referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita"¹¹ ma sulle concrete possibilità che tale figura possa effettivamente continuare a svolgere efficacemente questo ruolo centrale nel nuovo assetto istituzionale ed in uno scenario demografico in continuo peggioramento è necessario un approfondimento, a cui dedicheremo la prossima sezione.

⁹ Ferrara L., Tozzi V.D., Zazzera A., "Il management della transizione: COT e non solo COT", a cura di Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2021, Egea editore, Milano, 2021.

¹⁰ A completamento di questo quadro citiamo il Ddl semplificazioni approvato a marzo 2024 dal Governo che prosegue la direzione intrapresa nel 2009 di potenziare le farmacie nell'ottica di trasformarle in vere e proprie "farmacie dei servizi", prevedendo la possibilità per il farmacista di erogare nuove prestazioni come vaccinazioni per over 12, test diagnostici o la scelta del medico di famiglia.

¹¹ Decreto Ministeriale n. 77 del 25 maggio 2022, Allegato n. 1, paragrafo 3, p. 18.

2. La figura del medico di famiglia

2.1 IL RUOLO SVOLTO

La medicina di assistenza primaria, o medicina di famiglia, costituisce nel SSN un importante esempio di collaborazione pubblico-privato attivo già da molti decenni. Tuttavia, mai come in questi ultimi anni essa è oggetto di una profonda riflessione a fronte della necessità, non solo italiana, di una estesa riorganizzazione dell'assistenza territoriale che non è più chiamata a svolgere un ruolo residuale rispetto all'ospedale, ma che al contrario si configura come il perno attorno a cui far ruotare gli altri livelli di cura.

Il rapporto di continuità e di fiducia instaurato con il paziente consente al medico di famiglia di acquisire una visione globale della salute dei propri assistiti. Il medico di famiglia rappresenta in molte circostanze il loro primo contatto con il sistema sanitario ed è responsabile della fase iniziale di inquadramento del processo diagnostico, delle prescrizioni farmaceutiche e, in caso di necessità, li indirizza verso esami diagnostici e ulteriori consultazioni specialistiche o il ricovero ospedaliero.

Nel corso del tempo, il ruolo del medico di famiglia è passato da *gate-keeper*, responsabile dell'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili (anche se spesso in Italia il *gate-keeping* è di primo livello, relativamente al primo contatto del paziente con il sistema) a un vero e proprio «organizzatore orizzontale», cui è affidata la responsabilità dell'intero percorso di cura del paziente. Negli anni recenti, la riorganizzazione delle cure territoriali intende affidare al medico di famiglia anche il ruolo di «coordinatore verticale» del team multiprofessionale e multidisciplinare a cui compete la definizione e l'esecuzione del Progetto di salute individuale. In realtà, il passaggio da un ruolo all'altro non comporta l'eliminazione del precedente, bensì le tre funzioni coesistono e il medico di famiglia sarà sempre più chiamato a svolgere il ruolo di "medico della comunità", tanto che si può parlare di funzione di *system-keeping*¹², intendendo con questo termine i nuovi oneri di tenuta organizzativa dell'intero sistema di cure territoriali che ha come fulcro proprio il medico scelto dal paziente.

2.2 LA POSIZIONE CONTRATTUALE

Nei paesi europei si possono individuare tre diversi modelli di inquadramento della figura del medico di famiglia. Il primo è di tipo "gerarchico normativo" e prevede che il sistema di cure primarie venga regolamentato direttamente dallo Stato attraverso medici dipendenti

¹² Bodenheimer T., Lo B., Casalino L., "Primary Care Physicians Should Be Coordinators, not Gatekeepers", *JAMA*, 1999, 281(21), pp. 2045-9.

(esempi sono Spagna, Finlandia, Portogallo e Svezia). Un secondo modello è “gerarchico professionale”, caratterizzato da medici liberi professionisti convenzionati con il sistema sanitario con cui concludono contratti di collaborazione (per esempio Paesi Bassi, Danimarca, Slovenia, e Regno Unito). Infine, un modello “non gerarchico professionale” con medici generici liberi professionisti che non svolgono il ruolo di *gate-keeper* e lavorano all’interno di un sistema territoriale in cui il medico generico compete con gli specialisti per attrarre i pazienti (il caso di Germania, Francia, Belgio e Austria). In questa tassonomia l’Italia si colloca al confine tra i primi due modelli caratterizzandosi per un forte intervento pubblico, seppur molto decentrato, in cui i medici di famiglia sono liberi professionisti convenzionati, pagati prevalentemente con quota capitaria e con limitate funzioni di *gate-keeping*, un limitato riconoscimento sul piano professionale e scientifico anche per l’assenza di scuole di specializzazione universitaria e un basso coinvolgimento di altre figure professionali.

L’art. 25 della Legge n. 833/1978, istitutiva del SSN, stabiliva che “l’assistenza medico-generica e pediatrica è prestata dal personale dipendente o convenzionato del Servizio sanitario nazionale operante nelle unità sanitarie locali o nel comune di residenza del cittadino”. La formulazione iniziale della legge invertiva l’ordine di presentazione dei soggetti coinvolti, riservando ai medici dipendenti un ruolo complementare e di supplenza per le eventuali carenze e trasferendo al SSN il modello della relazione convenzionale con medici liberi professionisti tipica del periodo mutualistico, anche per prevenire l’accusa di perseguire l’impiegatizzazione dei medici¹³. Nella versione finale venne invece approvata la formulazione sopra citata, adottata dai disegni di legge presentati da PCI e PSI e ripresa dal Disegno di legge Colombo, che capovolgeva il rapporto fra medici dipendenti e convenzionati, prevedendo che l’assistenza medico-generica fosse prestata in primo luogo dal personale dipendente e, in secondo luogo, dai medici convenzionati. La scelta del legislatore di inserire queste due alternative è stata sempre materia di dibattito, in quanto la posizione contrattuale del medico di famiglia determina aspetti paradossali: il personale convenzionato svolge un ruolo cardine nel SSN, in particolare regola l’accesso ai successivi livelli di assistenza, senza per questo essere un dipendente del SSN, bensì restando un libero professionista. Tale condizione è in contraddizione con uno schema gerarchico che formalmente non esiste, ma che spesso, implicitamente, nel suo funzionamento, ne richiama le dinamiche. “La formulazione inizialmente prevista dalla Legge n. 833/78 era quindi incoerente con gli indirizzi, peraltro impliciti, emanati per la Convenzione Unica Nazionale. La soluzione all’incoerenza venne trovata

¹³ Petroni V., Pietropaolo R., *Storia sociopolitica della riforma giuridica della sanità. Dalle mutue al Servizio Sanitario Nazionale*, Roma, Ragno, 1975, 90.

ignorando la disposizione di legge nel suo chiaro significato originario di privilegiare lo *status* di medico dipendente anche per la medicina generale fino alla sua riformulazione.”¹⁴

2.3 ORGANIZZAZIONE E FORMAZIONE

I medici di famiglia sono prevalentemente organizzati in ambulatori privati¹⁵ attraverso i quali forniscono un'assistenza oraria prevista secondo gli Accordi Collettivi Nazionali (ACN) e le successive negoziazioni regionali. Come strategia di superamento dell'esercizio isolato (e potenzialmente autoreferenziale) della professione medica, a partire dagli anni Novanta, gli ACN hanno gradualmente introdotto diverse forme associative ciascuna con compiti e modalità organizzative diverse, fino ad arrivare nel Duemila all'introduzione delle forme associative di rete, associazione e medicina di gruppo. L'associazionismo ha rappresentato soprattutto una modalità con cui il medico ottimizzava l'organizzazione interna del proprio ambulatorio, più che uno strumento per garantirne l'integrazione all'interno del sistema di cure territoriali. Con l'ACN 2005 e ancor più con quello del 2009, il legislatore ha definito la direzione di sviluppo per superare i problemi evidenti nell'organizzazione del territorio, individuando nuove forme organizzative complesse e strutturate dei professionisti territoriali, denominate inizialmente UTAP (unità di assistenza primaria), superate poi dal già citato Decreto Balduzzi che, nel 2012, ha previsto l'obbligo del medico di aderire alle AFT e alle UCCP come forme organizzative innovative della medicina generale con contestuale superamento di tutte le forme associative esistenti. La riforma Balduzzi non è arrivata a superare la contraddizione tra la veste giuridico-contrattuale del medico di famiglia e la sua posizione all'interno dell'organizzazione del SSN, e che rappresenta il reale ostacolo al conseguimento di molti obiettivi che il programmatore vuole raggiungere. La riforma, infatti, introduce importanti cambiamenti nell'organizzazione delle cure territoriali e nel ruolo del medico di famiglia, ma ne rimanda la realizzazione pratica ai tavoli sindacali di concertazione nazionali e regionali fino al DM 77/2022 che, come abbiamo visto, ridisegna profondamente il sistema di assistenza territoriale riconoscendo il ruolo centrale del medico di famiglia ma, ancora una volta, senza affrontare il problema del loro *status* giuridico che un'espressione inglese definirebbe *the elephant in the room*.

Oltre alla sua peculiare situazione contrattuale, un ulteriore aspetto che distingue in Italia il medico di famiglia dalle altre figure specialistiche mediche è l'assenza di un percorso specialistico universitario per la sua formazione. Infatti, nel 1986 l'Italia è stato l'unico paese

¹⁴ Taroni F., "Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica", Roma, // *Pensiero Scientifico*, 2006.

¹⁵ Fuschi D., "Analisi comparata delle cure primarie in Europa", *MONITOR*, 2022, pp. 5-94.

europeo a non seguire la scelta inglese di istituire la specializzazione accademica in medicina generale. Il medico di famiglia italiano è ancora oggi l'unico medico a non completare la propria formazione accademica dopo la laurea magistrale a ciclo unico di 6 anni in Medicina e Chirurgia con un titolo di specializzazione in medicina generale ma può accedere alla professione dopo aver completato un corso di formazione specifica in medicina generale, attualmente della durata di tre anni, attivato dalle regioni.

2.4 CONFRONTO TRA PAESI

I dati epidemiologici rappresentano una sfida per il modello assistenziale che si concentra su una singola malattia storicamente adottato in tutti i sistemi sanitari, così come mettono profondamente in discussione la moltiplicazione delle specialità mediche e la formazione universitaria *disease oriented* anziché *patient oriented* dei futuri medici. Per queste ragioni, negli ultimi anni, i sistemi sanitari si stanno allontanando da un modello organizzativo orientato alle logiche prestazionali e al trattamento verticale delle singole malattie per approdare ad un modello centrato sul paziente che enfatizza il ruolo della prossimità delle cure attraverso strutture e percorsi territoriali. In questi percorsi, il paziente dovrebbe essere preso in carico attraverso un *continuum* di servizi orizzontali e verticali, anche con un forte utilizzo di tecnologie *e-Health*. Questo importante cambiamento degli assetti organizzativi dei servizi di cure primarie può avvenire solo parallelamente ad un ripensamento del ruolo dello stesso medico di famiglia che, come abbiamo ricordato, dovrebbe assumere crescenti responsabilità di medicina di comunità ed è invitato a lasciare la medicina di attesa per adottare il paradigma della medicina di iniziativa.

Per meglio inquadrare gli scenari alternativi che il ridisegno istituzionale del sistema italiano si trova a dover affrontare si può fare riferimento a due sistemi sanitari nazionali che rappresentano estremi storicamente opposti perché hanno compiuto scelte profondamente diverse rispetto al modello professionale adottato per la medicina generale: il modello iberico (Spagna, Portogallo ma anche Cuba, Brasile, Costa Rica) e il modello inglese. Il modello iberico è caratterizzato dalla "internalizzazione" della medicina generale, con il passaggio dei medici di famiglia ad un rapporto di lavoro subordinato; il modello inglese, al contrario, è caratterizzato da un completo e reale trasferimento di autonomia ad un "vero" libero professionista convenzionato, il quale si assume il rischio economico di impresa e la responsabilità del raggiungimento dei risultati, rispetto ai quali può però concretamente esercitare scelte organizzative e di gestione, in un reale rapporto di agenzia. Nel caso inglese, osserveremo, tuttavia, come i cambiamenti demografici in corso stiano modificando sensibilmente anche l'inquadramento professionale dei medici di famiglia.

Il modello cubano è quello che ha ispirato gran parte delle scelte organizzative successive nei paesi di lingua iberica. Nonostante le limitate risorse economiche, esso ha raggiunto standard sanitari elevati, equiparabili ad alcuni paesi occidentali, grazie a un sistema centrato proprio sulle cure primarie che coprono circa l'80% dei problemi di salute della popolazione. L'assistenza è fornita da strutture di bassa e media complessità costituite dai *consultorios*. All'interno di ciascun consultorio lavorano le *Equipos Básicos de Salud* (EBS), costituite da un medico di famiglia e un infermiere di famiglia, che collaborano con i policlinici territoriali dove operano i medici specialisti. Il medico di famiglia è assegnato sulla base della residenza ma è comunque garantito il diritto del cittadino di poter cambiare medico, rivolgendosi al direttore del policlinico (che funge da supervisore dei medici di famiglia). Vi sono poi altri due livelli di cure, rappresentati dagli ospedali provinciali e municipali di secondo livello, che si occupano di circa il 15% dei problemi di salute, ed infine gli ospedali specialistici o istituti di eccellenza di terzo livello che trattano circa il 5% dei residui problemi¹⁶. Il sistema cubano deve parte del suo successo alla storia dell'isola che, in seguito alla rivoluzione, nel 1959 verteva in una condizione sanitaria critica poiché il numero di professionisti rimasti sull'isola era insufficiente a rispondere ai bisogni del paese. Il ministero della salute avviò quindi un'operazione di nazionalizzazione del sistema sanitario e la riforma si concluse negli anni '80 introducendo il modello basato sul binomio medico e infermiere di famiglia. La spina dorsale del sistema sanitario cubano è costituita dai circa 430 poliambulatori e 15 mila consultori aperti 24 ore al giorno e sparsi su tutto il territorio che lavorano a stretto contatto tra loro per assicurare l'assistenza primaria della popolazione, con particolare enfasi sulla medicina preventiva, sull'igiene, sugli stili di vita e la lotta contro i fattori di rischio. La prevenzione costituisce la pietra angolare del modello cubano, pertanto ogni nucleo familiare, a prescindere dallo stato di salute, riceve almeno una volta all'anno una visita dalla propria EBS per una valutazione omnicomprensiva che monitora la salute individuale e familiare, insieme all'ambiente domestico e comunitario. Inoltre, con cadenza biennale, il team valuta fattori di rischio per focalizzarsi sulle priorità in termini di salute della comunità. La laurea in medicina e chirurgia, il percorso base per diventare medico, è pubblico e gratuito, dura sei anni e ha come obiettivo la formazione del medico di medicina generale integrata che costituisce la prima specializzazione per tutti i medici cubani. Per coloro che desiderano svolgere la professione di medici di famiglia è poi necessaria una specializzazione di ulteriori tre anni sul territorio¹⁷.

¹⁶ Zanella R., "La sanità di prossimità. Case della salute, case e ospedali di comunità, farmacie multiservizi nelle città dei «quindici minuti»", *Il Pensiero Scientifico*, Spazi, 2022.

¹⁷ Lamrani S., "The Health System in Cuba: Origin, Doctrine and Results", *Études Caribéennes*, 7, 2021. <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.24110>; Barsanti S. et al., 2013, <https://doi.org/10.4000/etudescaribeennes.24110>.

Al modello cubano si sono ispirate le riforme di Spagna e Portogallo.

La Spagna ha istituito nel 1986 un sistema sanitario di tipo universalistico. La legislazione nazionale fornisce le linee guida generali per garantire l'omogeneità nei livelli essenziali ed esercita il controllo sulla loro applicazione poiché, similmente al sistema italiano, sono state implementate politiche di decentramento volte a trasferire gran parte delle competenze in materia di salute alle comunità autonome. Il SSN è suddiviso in Aree di salute con un bacino di utenza che varia dai 200.000 ai 250.000 abitanti con almeno un ospedale generale. Le Aree di salute a loro volta si suddividono in Zone Basiche dove si trovano i *Centros de Salud*, 1 ogni 15mila abitanti, all'interno dei quali operano le équipes di assistenza primaria, composte da medico di famiglia, infermiere specializzato e personale di supporto, con un rapporto di collaborazione medico-infermiere di 1 a 1. Il paziente viene assegnato a un determinato centro di salute sulla base della residenza, ma all'interno di esso può scegliere il proprio medico/pediatra "di fiducia". Oltre alle équipes di base, nei *Centros de Salud* operano anche altri professionisti coinvolti, quali ad esempio fisioterapisti, oculisti, ostetriche, assistenti sociali e terapeuti occupazionali, tutti sono dipendenti pubblici a partire dai medici di famiglia. La localizzazione di ogni *Centro de Salud* è determinata in modo da renderlo raggiungibile entro 15 minuti da ogni luogo di residenza della Zona de Salud di cui fa parte. In aggiunta ci sono ambulatori medici in piccole località, specialmente rurali, in cui lo staff dei centri urbani può spostarsi temporaneamente per garantire la prossimità dei servizi alla popolazione residente. Gli ambulatori rurali sono aperti 24 ore su 24, mentre l'orario di apertura degli ambulatori urbani può variare, solitamente è prevista l'apertura 8-20. I medici di famiglia vengono formati attraverso un corso universitario di specializzazione post laurea in medicina generale e svolgono per i propri pazienti funzioni di *gate-keeping* di primo e di secondo livello¹⁸.

In Portogallo nel 2006, nell'ambito di un rinnovamento del Sistema sanitario nazionale, sono state introdotte su tutto il territorio le Unità di Salute Familiare (USF) che hanno come scopo quello di erogare cure primarie alla popolazione di un determinato territorio operando dalle 08:00 alle 20:00 dal lunedì al venerdì, con un bacino di utenza definito per legge tra i 3.000 e i 18.000 assistiti. Nelle USF lavorano in équipes i medici di famiglia, infermieri, segretari clinici, amministrativi, assistenti sociali e psicologi, tutti con un rapporto di dipendenza con il SSN. In Portogallo i medici di famiglia (massimale 1500-1800 pa-

www.saluteinternazionale.info/2013/02/salute-e-sanita-a-cuba-i-parte/, <https://www.saluteinternazionale.info/2013/02/salute-e-sanita-a-cuba-parte-ii/>.

¹⁸ WHO, "Primary Health Care Transformation in Spain: Current Challenges and Opportunities: Primary Health Care Policy Paper Series", World Health Organization, Regional Office for Europe, 20 October 2023. WHO/EURO:2023-8071-47839-70649.

zienti) si occupano dei cittadini senza distinzioni di età (non ci sono i pediatri di libera scelta e neppure consultori), mentre gli infermieri hanno un ruolo fondamentale di supporto e di integrazione del lavoro del medico, seguono i bilanci di salute dei neonati, la contraccezione femminile, seguono con il medico le donne gravide sane, oltre a occuparsi di medicazioni, controlli degli stili di vita, fanno le vaccinazioni in autonomia, anche in assenza del medico sono loro che si recano a casa degli assistiti non trasportabili per le vaccinazioni¹⁹. Alla formazione specialistica accademica in Medicina Generale e Familiare si accede mediante un test post laurea che è identico per tutte le specialità, a cui si accede dopo un tirocinio di 12 mesi necessario per l'abilitazione medica. La specialità in Medicina Generale e Familiare consiste in 4 anni di formazione e gli specializzandi, a differenza del caso italiano, non sono borsisti, ma dipendenti del Ministero della Salute. Il primo anno si svolge quasi interamente presso una USF scelta, durante i successivi due anni vengono svolti 3 tirocini ospedalieri obbligatori negli ambiti della salute infantile, salute materna/salute sessuale e riproduttiva, e salute mentale e altri 4 tirocini opzionali di libera scelta. Infine, l'ultimo anno lo specializzando torna nella USF per apprendere il ruolo di coordinatore dell'équipe. Durante tutti i 4 anni, lo specializzando è seguito da un medico *orientador* che fa parte della stessa USF e ha il compito di supervisionarne il percorso²⁰.

Il sistema sanitario inglese (NHS) è stato istituito nel 1948 come un servizio universalistico per tutti i residenti del Regno Unito, anche se a partire dal 1999, la gestione e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria sono state delegate alle singole nazioni interne. Uno tra gli aspetti comuni ai quattro stati è il ruolo di *gate-keeping* esercitato dai medici di famiglia, denominati *general practitioner* (GP). Fino all'entrata in vigore del *Health Care Act* nel luglio 2022, le cure primarie erano affidate a *Clinical Commission Groups* (CCGs)²¹, consorzi privati costituiti da gruppi di GPs responsabili dell'allocazione di circa il 60% del budget disponibile del NHS. Attraverso i CCG il sistema inglese attribuiva un grande potere decisionale ai GPs che erano contrattualizzati, a differenza del modello spagnolo, come liberi professionisti convenzionati con il NHS esattamente come nel caso italiano. La riforma del 2022 ha portato alla chiusura dei CCG e all'introduzione di 42 sistemi di assistenza integrata (*Integrated Care Systems*, ICSs) che sono partenariati locali di organizzazioni (distretti, settore del volontariato ed altri partner locali) che espandono le funzioni dei CCG con l'obiettivo

¹⁹ Mancin, O., Viotto L., "Cure primarie. Portogallo vs Italia, sistemi a confronto", 2024, https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119496.

²⁰ Borelli A., "La formazione in medicina generale in Portogallo", *Salute Internazionale*, 10 febbraio 2021, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/02/la-formazione-in-medicina-generale-in-portogallo/>.

²¹ <https://www.england.nhs.uk/commissioning/who-commissions-nhs-services/ccg-ics/>.

di migliorare la salute della comunità, disegnarne i servizi sanitari ed assistenziali, concentrandosi sulla prevenzione e sulla riduzione delle disuguaglianze sanitarie. In ogni ICS, le organizzazioni NHS e le autorità locali gestiscono un comitato congiunto chiamato *integrated care partnership* (ICP), che può includere anche membri di settori esterni alla sanità ma che ugualmente contribuiscono al benessere della popolazione locale (ad esempio rappresentanti della scuola, delle politiche abitative, polizia, vigili del fuoco). Ogni ICP ha il compito di sviluppare una strategia a lungo termine per migliorare i servizi sanitari e sociali della popolazione di quell'area. In ciascuna area ICS è inoltre presente un *integrated care board* (ICB), appartenente al NHS, che gestisce il budget NHS e collabora con i fornitori locali dei servizi sanitari (ospedali, studi GP) per concordare un piano quinquennale congiunto che stabilisca il contributo dell'NHS alla strategia di lungo periodo disegnata dall'ICP. I GP hanno almeno un rappresentante nell'ICB, ma il loro ruolo esce pesantemente ridimensionato rispetto al passato²². La quasi totalità dei GP ora è parte di un *Primary Care Network*, con una popolazione di riferimento tra 30mila e 50mila pazienti, di fatto una rete di professionisti dislocati sul territorio costituita da GP, infermieri, psicologi, assistenti sociali, volontari e farmacie multiservizi, che condividono le informazioni cliniche e sociali dei pazienti e orientano il paziente con grande ricorso a teleconsulti e telemedicina²³. Il cambiamento in corso ha interessato anche l'inquadramento professionale dei GP e, accanto ai liberi professionisti convenzionati, cresce il numero di GP salariati, assunti da cooperative di lavoro o direttamente dalle medicine di gruppo²⁴. Per quanto riguarda la formazione, la *general practice* britannica è stata la prima in Europa a diventare disciplina accademica, con una specializzazione post laurea di 5 anni (2 anni di corso base in medicina generale durante i quali il medico in formazione viene inserito all'interno di strutture ospedaliere che erogano servizi cardine di medicina generale e altri 3 anni di formazione specialistica in medicina generale) a cui segue, per poter essere registrati nell'albo professionale, un anno di pratica all'interno di uno studio. Nonostante anche l'Inghilterra si trovi a dover affrontare il problema della carenza dei GP, continua ad investire su un percorso formativo molto lungo, sottolineando in questo modo come la rilevanza di questa figura necessiti di continuare a dotarla di una formazione di alto livello.

²² <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.

²³ <https://www.england.nhs.uk/primary-care/primary-care-networks/>.

²⁴ La quota dei GP salariati è in crescita negli ultimi anni: nel 2016 i GP partner (ovvero con un rapporto di convenzione con il sistema sanitario) rappresentavano il 76% del totale dei GP, mentre a gennaio 2024 questa percentuale è scesa al 54% e i GP salariati costituiscono il restante 46%. Si veda NHS England, General Practice Workforce, 31 January 2024, <https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/general-and-personal-medical-services/31-january-2024>.

2.5 LA SITUAZIONE IN ITALIA: ALCUNI DATI

Prima ancora che la puntuale ridefinizione dei compiti dei MMG, l'Italia si trova a dover affrontare una grave difficoltà legata al numero di professionisti presenti oggi, e nel prossimo futuro, sul campo. In alcune zone questo rischio è già tangibile; in altre, scenari analoghi potranno manifestarsi a breve, in quanto l'invecchiamento demografico interessa anche il personale sanitario. Nel 2021 il 75% dei MMG aveva oltre 27 anni di servizio e si stima che nei prossimi sei anni 1 MMG su 3 andrà in pensione, mentre i MMG in entrata riusciranno a coprire solo il 74% dei medici in pensionamento²⁵. Lo stesso PNRR, stanziando risorse aggiuntive per la formazione di MMG, ha rimarcato la necessità di iniziare a formare ora MMG, per avere nel prossimo triennio un numero sufficiente di medici, se non per colmare la carenza già in essere, almeno per fornire adeguata copertura in termini di ricambio generazionale.

Questi dati disegnano un quadro allarmante, per diverse ragioni. In primo luogo, la distribuzione dei MMG sul territorio non è omogenea, sia tra regioni, sia tra zone urbane e zona rurali. In secondo luogo, viene meno nella pratica il diritto di libera scelta del MMG, in quanto molti MMG che hanno già raggiunto il massimale non potranno, se non in deroga, aggiungere ulteriori pazienti alla loro lista assistiti. Soprattutto nelle zone rurali, accade di frequente che il MMG più vicino per il paziente non abbia più disponibilità, rendendo molto difficile la pratica della medicina di prossimità. Nemmeno gli interventi emergenziali adottati durante la pandemia hanno apportato modifiche significative alle carenze di organico di questa figura. Mentre il numero totale dei medici è aumentato negli ultimi anni, quello dei MMG è diminuito in quasi tutti i paesi europei e questo dato sottolinea come non sia la professione medica nel suo complesso ad essere meno interessante o accessibile, ma il problema si concentri proprio sulla figura del MMG²⁶.

²⁵ Agenas, "Rapporto sui Medici di medicina generale (MMG)", 2023, reperibile online, <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2250-rapporto-sui-medici-di-medicina-generale>; ISTAT, banche dati Statbase disponibili online, <https://www.istat.it/it/dati-analisi-e-prodotti/banche-dati/statbase>; Osservatorio Eurispes/Enpam su Salute, Previdenza e Legalità, "Il termometro della Salute, 2° rapporto sul Sistema sanitario italiano", *L'Eurispes.it*, 2023; Gabanelli M., Ravizza S., Viafora G., "Medici di famiglia. Cosa deve cambiare", *Corriere della sera*, 15 aprile 2024 <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/medico-famiglia-tutto-quello-che-non-funziona-ecco-cosa-deve-cambiare/522b0606-fa5e-11ee-ba6a-99e730c8c30b-va.shtml>.

²⁶ Agenas, "Il personale del Servizio Sanitario Nazionale", ottobre 2022 <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2147-il-personale-del-servizio-sanitario-nazionale>.

3. Come risolvere i nodi ancora irrisolti?

Questa sezione propone alcune riflessioni su come potenziare il ruolo della medicina di famiglia alla luce dello scenario complesso appena presentato. In primo luogo, emerge la necessità di rivedere il percorso formativo dei MMG, nonché di tenere meglio in considerazione la complessità della casistica dei pazienti presi in carico e di potenziare il coinvolgimento della medicina generale nel disegno delle nuove cure territoriali delineate dal DM 77. In proposito, si segnala come la bozza di nuovo ACN siglato dalle organizzazioni sindacali offra incoraggianti segnali di apertura verso una maggiore condivisione degli obiettivi di programmazione del sistema pubblico da parte della medicina generale. Nella seconda parte verranno presentate due proposte di riforma: un intervento di maggiore territorializzazione delle cure primarie che coinvolge le strutture territoriali introdotte dal DM 77, ma anche la medicina generale nel momento in cui si prevede la necessità di attenuare la libertà di scelta del MMG da parte dei pazienti; un approccio che riorganizza la medicina generale orientandola verso la fascia di assistiti 14-64, modificando di conseguenza anche il massimale assistiti, prevedendo l'introduzione per la fascia over 65 di un geriatra di famiglia.

3.1 LA FORMAZIONE DEI MMG COME PRIORITÀ

Uno degli aspetti che più colpisce confrontando la medicina generale italiana con i modelli proposti da altri paesi, è proprio la particolarità del percorso formativo dei MMG italiani. In Italia, infatti, non è previsto uno specifico percorso accademico per la specializzazione in medicina generale, ma un corso di durata triennale a tempo pieno (art. 14 del D.Lgs. 277/2003), gestito direttamente dalle regioni, le quali possono avvalersi della collaborazione di altri enti/organismi per gli aspetti organizzativi, spesso le principali organizzazioni sindacali di riferimento per la categoria. La formazione segue la definizione europea WONCA che stabilisce il curriculum base del medico specialista in Medicina Generale in base alla normativa europea di riferimento (direttive 35/05, 93/16 e 2001/19), ma i contenuti possono poi essere declinati e approfonditi in modo differente nelle regioni. La prova d'esame del concorso per l'ammissione alla specializzazione in medicina generale consiste in un test a risposta multipla su argomenti di medicina clinica; anche se ogni regione pubblica il suo bando, la data del test è uguale per tutti ed è quella stabilita dal Ministero della Salute. Alla fine del triennio, l'esame finale con elaborazione di una tesi consente di conseguire il Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

L'assenza di un percorso formativo accademico per i MMG assimilabile a quello previsto per le altre specialità mediche contribuisce a determinare un'autoselezione negativa rispetto alle altre specialità. Dal momento che, rispetto alle altre discipline, l'accesso non implica un

test di accesso particolarmente selettivo, la medicina generale viene spesso percepita come una “seconda scelta” e comunque come una professione meno prestigiosa rispetto alle specializzazioni ospedaliere. Molti futuri MMG che intraprendono il percorso formativo regionale possono sceglierlo per ragioni non propriamente vocazionali, come per esempio la mancanza di specifiche attitudini e interessi per le altre discipline mediche, una minore propensione a competere sul piano professionale, la prospettiva di una buona remunerazione a fronte di turni regolari, solo diurni e mai festivi, o soprattutto nel passato, quando vi erano una scarsità di accessi alle specializzazioni universitarie, la necessità di trovare comunque una posizione lavorativa stabile. Tutti questi aspetti non restituiscono la giusta dignità e valorizzazione ad una professione che dovrebbe svolgere un ruolo centrale nel disegno del sistema sanitario.

Molti atenei italiani si sono mossi già da qualche anno nella direzione di creare un percorso accademico per la medicina di famiglia a partire dal Decreto MURST 3 luglio 1996 che ha istituito la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (SSMCCP), un percorso formativo che già possiede i requisiti minimi europei per l'esercizio della medicina generale ma che non sempre riesce ad assegnare ogni anno la totalità delle borse assegnate perché attualmente, per legge, non fornisce il titolo abilitante alla professione di MMG e permane una separazione netta tra le carriere dei MMG e quelle degli specialisti in MCCP.

Al di là delle modifiche auspiccate sul piano giuridico²⁷, è importante che al più presto le borse corrisposte ai medici di medicina generale siano equiparate a quelle delle altre specializzazioni, ma ancora più urgentemente occorre ripensare profondamente nel merito il percorso formativo oggi previsto, non soltanto dal punto di vista delle competenze cliniche ma soprattutto potenziando le competenze organizzative necessarie per lo svolgimento della professione in un contesto sociale e demografico in profonda evoluzione, includendo nella formazione teorica anche lezioni relative al lavoro all'interno delle CdC e all'utilizzo delle tecnologie digitali per esami di primo livello che sono fondamentali per la gestione dei pazienti cronici. Delineare

²⁷ Verso l'istituzione di una specializzazione universitaria si era mosso il Disegno di legge n. 2372/21 “Modifiche al Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, e altre disposizioni in materia di formazione medica” che, all'art. 3, prevedeva sostanziali modifiche nel percorso formativo dei MMG, che veniva equiparato a quello di tutte le altre specializzazioni universitarie dell'area medica, aumentandone la durata attuale da 3 a 4 anni, prevedendo inoltre la sostituzione dell'attuale borsa di studio di 11 mila euro (decisamente inferiore ai 25 mila euro netti riconosciuti ai medici in formazione specialistica) con un contratto di formazione di maggiore importo, ma soprattutto con contribuzione ai fini previdenziali e parte assicurativa (<https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/54390.htm>). In alternativa all'istituzione di una nuova specializzazione universitaria ci si potrebbe limitare a riconoscere la SSMCCP come scuola abilitante alla professione di MMG facendo confluire nella scuola il corso regionale (<https://www.aprirenetwork.it/2024/01/29/movimento-mmg-per-la-dirigenza-il-documento-di-posizione/>).

un percorso formativo dinamico e altamente caratterizzante, che garantisca uniformità sul territorio nazionale ma che permetta anche un certo grado di differenziazione regionale per meglio adattare il lavoro dei MMG ai diversi modelli regionali, è fondamentale per valorizzare la professione del MMG.

3.2 VERSO UN MAGGIORE COINVOLGIMENTO NEL SISTEMA DELLE CURE TERRITORIALI

Per effetto della sua collocazione giuridica, il medico di medicina generale non è sottoposto alla dirigenza aziendale se non per l'applicazione delle norme della convenzione nazionale e degli accordi integrativi regionali e locali, tanto che ha prevalso una definizione della professione del medico sostanzialmente individuale, basata sulla libera scelta del cittadino e sul rapporto fiduciario.

La riforma Balduzzi del 2012 delinea una figura di MMG fortemente integrata all'interno dell'organizzazione delle cure territoriali, ma il successo di tale integrazione è affidato soprattutto all'applicazione di regole organizzative più precise e definite, che il MMG spesso ha percepito come tipiche di un rapporto di lavoro subordinato, con timore di perdere inevitabilmente spazi di autonomia. In questo contesto l'individuazione delle modalità di intervento più appropriate per integrare medici e pediatri di famiglia nell'organizzazione delle Aziende sanitarie territoriali in modo da garantire i risultati auspicati non è semplice.

In proposito va sottolineato che la nuova bozza dell'ACN di medicina generale, firmata dai sindacati e Sisac (Struttura interregionale Sanitari Convenzionati) in data 8 febbraio 2024 per il triennio 2019-2021, offre un'apertura ad un crescente coinvolgimento dei medici di famiglia nelle attività territoriali, verso una maggiore collaborazione sul territorio e alle attività previste dalle rispettive aziende locali. In particolare, l'art. 38 prevede per il MMG lo svolgimento di 38 ore settimanali di attività oraria, con progressiva riduzione a 6 ore settimanali di attività oraria per chi ha scelte in carico fino al massimale di 1.500 assistiti che diventa incrementabile fino a 1.800. Secondo l'art. 43 le ore di attività oraria riguarderanno "prestazioni ambulatoriali e domiciliari, con riferimento alle attività dell'AFT e dell'UCCP, nell'ambito del coordinamento funzionale ed organizzativo del Distretto, al fine di contribuire alla continuità dell'assistenza per l'intero arco della giornata ed allo svolgimento di ulteriori attività in favore dei cittadini", secondo l'art. 44, nelle sedi individuate dall'Azienda, delle AFT, UCCP, Case della Comunità *hub* e *spoke*, Ospedali di Comunità e per l'attivazione di ambulatori diurni di medicina generale ad integrazione dell'assistenza fiduciaria, per l'erogazione di visite occasionali, per l'assistenza ai turisti e agli studenti fuori sede, ai cittadini non residenti ed altre categorie di utenti. Prevedere il coinvolgimento dei medici di famiglia

nelle attività territoriali con un certo numero di ore del loro monte settimanale è certamente un primo passo nella direzione di allineare maggiormente il loro operato alla funzione obiettivo aziendale²⁸ ma altre proposte potrebbero essere prese in esame. Ad esempio, in prospettiva, l'evoluzione della medicina di popolazione e la capacità di stratificare sempre meglio le caratteristiche della popolazione presa in carico potrebbero consentire di costruire agilmente quote capitarie degli assistiti meglio rappresentative della complessità assistenziale richiesta alla medicina di famiglia, superando le attuali limitate ponderazioni per età e gli aggiustamenti facoltativi previsti per la parte variabile rispetto alla presenza di cronicità e nei programmi di presa in carico di un numero limitato di patologie croniche.

3.3 UNA MAGGIORE TERRITORIALIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE

Una proposta fortemente ispirata dal modello cubano e riportata nel Libro Azzurro²⁹ è una crescente “territorializzazione” di tutti i servizi che ruotano attorno alle cure primarie, basata sulla necessità di lavorare alla salute della popolazione agendo “nel/sul/col” territorio, inteso non soltanto come spazio fisico, ma come insieme di persone che vivono in uno stesso ambiente e ne diventano la sua comunità. Un approccio territoriale deve partire da una mappatura del contesto e dei bisogni specifici di quella comunità, in modo da poter fornire risposte mirate; risulta pertanto di primaria importanza, il coinvolgimento della comunità stessa nelle diverse fasi del processo di territorializzazione al fine di conseguire gli obiettivi stabiliti. A livello organizzativo, il Libro Azzurro prevede l'articolazione del territorio su tre livelli: il Distretto, la Casa della Comunità e la Microarea delle cure primarie che rappresenta il livello di base nel quale avvengono i processi di territorializzazione. L'integrazione tra microaree viene fatta a livello della CdC e l'integrazione delle CdC avviene a livello di Distretto.

Due i cambiamenti principali. Il primo interessa la Casa della Comunità che diventa il fulcro di un modello di cure primarie fondato sulla territorialità. Per essere a tutti gli effetti “un servizio al servizio” della sua comunità, la CdC deve essere dimensionata sui bisogni specifici del proprio territorio e non, come accade attualmente, essere percepita ed utilizzata prevalentemente come un poliambulatorio specialistico che eroga prestazioni indistintamente a tutti i residenti dell'ambito

²⁸ Va comunque tenuto conto che questo maggiore coinvolgimento nelle attività territoriali potrebbe riguardare una minoranza di MMG, dalla bozza sembra infatti di intuire che gli MMG già attivi potranno optare o meno per il nuovo ruolo unico e quindi per l'integrazione nelle strutture intermedie. Allo stesso modo anche i nuovi MMG se vanno in deroga (data la scarsità di professionisti) oltre i 1500 pazienti non avrebbero debiti orari verso le AUSL.

²⁹ “Il Libro Azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia. Applicare il modello della Primary Health Care”, un lavoro collettivo promosso dalla Campagna Primary Health Care, 2018, https://www.welforum.it/wp-content/uploads/2021/10/2021_09_libroazzurro_1v.pdf.

aziendale. In questa prospettiva, le CdC devono radicarsi nel territorio, analizzarne i bisogni e le necessità in termini clinici, demografici e socioeconomici, in modo da offrire servizi adatti e destinati unicamente alla propria comunità. La medicina generale prevalentemente associata in gruppo, l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, l'ospedale di comunità, le cure palliative, la specialistica ambulatoriale e tutti gli altri servizi devono essere ripensati e personalizzati in base al bisogno di ciascun territorio.

Il secondo cambiamento impone di ripensare la medicina generale condizionando la libera scelta del cittadino nella direzione di limitarla sulla base della residenza ad un MMG che opera nel bacino di riferimento della propria CdC e non rispetto all'intero ambito aziendale³⁰, senza però la necessità di stravolgere l'attuale rapporto contrattuale dei MMG, a meno che non si decida di aprire spazi alla dipendenza prevedendo che i giovani MMG a inizio carriera siano progressivamente inseriti nel SSN come dipendenti con inquadramento nel ruolo della dirigenza medica, lasciando la possibilità di scelta ai MMG già in convenzione³¹.

In questo nuovo scenario, il MMG diventa non solo medico di famiglia ma di comunità e, affiancato dall'IFeC, può esercitare quella medicina personalizzata e di iniziativa che è agevolata da una conoscenza profonda del territorio in cui opera e può attingere con maggiore facilità alle reti relazionali e volontaristiche presenti a livello locale.

3.4 INTRODURRE IL GERIATRA DI FAMIGLIA

Nell'introduzione ricordavamo come, secondo i dati Istat, oltre il 40% della popolazione italiana dichiara di avere almeno una patologia cronica, se si combina questo dato con la quota elevata dei MMG che raggiungono (e spesso superano) il massimale di assistiti, un calcolo approssimativo ci porta ad affermare che in media ogni MMG con 1.500 assistiti si trova a gestire almeno 600 pazienti cronici, con la responsabilità di seguirne l'evoluzione della malattia, la presa in carico del percorso assistenziale, l'integrazione con altre figure professionali e altri livelli assistenziali, con un carico assistenziale complessivo che potenzialmente assorbe la quasi totalità dell'operato quotidiano del medico di famiglia. I restanti 900 pazienti sono soggetti non cronici con bisogni che si manifestano meno frequentemente ma che, quando si presentano, sono spesso enormemente differenziati. Questo

³⁰ Ricordiamo che attualmente la giurisprudenza amministrativa ha riconosciuto che il diritto di libera scelta del medico può essere esercitato all'interno dell'intero ambito di ciascuna Azienda sanitaria, senza che questa possa imporre indebite restrizioni di tipo territoriale (Tar Lazio, sez. I, 1987, n. 1132).

³¹ <https://www.aprinenetwork.it/2024/01/29/movimento-mmg-per-la-dirigenza-il-documento-di-posizione/>.

significa che tutto il sistema si poggia sulla scommessa di “buona salute” dei pazienti non cronici³². Alla base del DM 77 c'è senza dubbio la volontà di migliorare la presa in carico delle cronicità da parte della medicina generale ma anche, al tempo stesso, il programma di avviare per la popolazione in salute la medicina di iniziativa. Si tratta di due funzioni molto diverse tra loro che potrebbero essere meglio eseguite se affidate a due figure professionali distinte.

La nostra proposta, ispirata dal paradigma *Value-Based Health Care* sviluppato da Porter³³, è quella di affidare ai MMG la fascia di popolazione non cronica, prevalentemente nella fascia 14-64, aumentando la lista assistiti e i massimali per tenere conto dell'attività rivolta ad una fascia che tipicamente esprime minori bisogni assistenziali, ma nei confronti della quale il medico di famiglia potrà effettivamente operare in modo attivo con iniziative di prevenzione, promozione di corretti stili di vita e di screening. L'ampliamento delle liste assistiti potrebbe al tempo stesso garantire il soddisfacimento della popolazione non cronica a fronte della carenza dei medici di famiglia precedentemente osservata. I pazienti soggetti ad almeno una condizione cronica dovrebbero essere invece affidati ad una terza figura, che in questa sede possiamo convenzionalmente chiamare “geriatra di famiglia” anche se la sovrapposizione tra cronicità ed età anziana non è sempre perfetta, a cui dovrebbe essere affidata la responsabilità della gestione personalizzata della cronicità, anche all'interno dei team multidisciplinari e in costante collegamento con tutte le strutture e le figure introdotte dal DM 77. Il suo inquadramento contrattuale potrebbe essere in linea con quanto previsto finora per PLS e MMG oppure, come per la proposta precedente, prevedere il passaggio alla dipendenza pubblica.

Una riflessione al margine potrebbe essere fatta rispetto alla programmazione annuale che stabilisce il numero di posti da mettere a bando per ogni specialistica medica. Il fabbisogno di nuovi specializzandi per ogni disciplina sorge dalle carenze osservate sul territorio e anche sulla base delle previsioni future di pensionamenti ma, nella decisione del numero dei posti, si tiene in considerazione anche il processo progressivo di invecchiamento della popolazione e di aumento crescente delle cronicità? Da una prima analisi del documento riportante il fabbisogno dei medici specialisti da formare per il triennio 2020/2023 stabilito dal Decreto Ministero della Salute del 9 luglio 2021, risulta come, in

³² Østbye T., Yarnall K.S., Krause K.M., Pollak K.I., Gradison M., Michener J.L., “Is there Time for Management of Patients with Chronic Diseases in Primary Care?”, *The Annals of Family Medicine*, 2005, 3(3), pp. 209-214; Porter J., Boyd C., Skandari M.R., Laiteerapong N., “Revisiting the Time Needed to Provide Adult Primary Care”, *Journal of General Internal Medicine*, 2023, 38(1), pp. 147-155.

³³ Disponibile online: <https://www.isc.hbs.edu/health-care/value-based-health-care/Pages/default.aspx>.

valore assoluto, i posti banditi per pediatria risultino nettamente superiori ai posti banditi per geriatria, con una correzione solo parziale avvenuta in seguito grazie agli ulteriori contratti formativi finanziati mediante risorse PNRR.

4. Conclusioni

Le proposte presentate nella terza sezione sono solo alcune delle soluzioni che si potrebbero implementare per valorizzare il ruolo della medicina generale nel contesto delle nuove cure territoriali disegnate dal DM 77 e consentirle di affrontare le sfide future. Alcune prevedono interventi più contenuti, come la riforma del percorso formativo o una migliore ponderazione della lista assistiti, altre richiedono scelte più radicali, come un maggiore ancoraggio dei pazienti assistiti dal medico di famiglia al territorio afferente alla CdC ripensata per il fabbisogno della sola popolazione residente o la creazione di un terzo livello della medicina di famiglia rivolto alla popolazione più anziana.

Tutte le proposte non sono ovviamente prive di problemi applicativi poiché molteplici sono le motivazioni che ostacolano *a priori* il processo di cambiamento, ma le analisi del contesto attuale continuano a restituirci l'immagine di una popolazione decisamente orientata verso uno scenario di progressivo invecchiamento. Preso atto di questo processo, è necessario vincere le resistenze al cambiamento e incoraggiare un dibattito che sia in grado di uscire dagli schemi a cui tutti siamo abituati e promuovere nuove soluzioni. Raccogliere questa sfida e fornire una risposta innovativa è un obiettivo di primaria importanza per la nostra società, il cui benessere futuro dipende dal tipo di risposte che saranno introdotte in questi anni per affrontare le conseguenze dell'invecchiamento.

Rivista di Politica Economica

La Rivista di Politica Economica è stata fondata nel 1911 come “Rivista delle società commerciali” ed ha assunto la sua attuale denominazione nel 1921. È una delle più antiche pubblicazioni economiche italiane ed ha sempre accolto analisi e ricerche di studiosi appartenenti a diverse scuole di pensiero. Nel 2019 la Rivista viene rilanciata, con periodicità semestrale, in un nuovo formato e con una nuova finalità: intende infatti svolgere una funzione diversa da quella delle numerose riviste accademiche a cui accedono molti ricercatori italiani, scritte prevalentemente in inglese, tornando alla sua funzione originaria che è quella di discutere di questioni di politica economica, sempre con rigore scientifico. Gli scritti sono infatti in italiano, più brevi di un paper accademico, e usano un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori. Ogni numero è una monografia su un tema scelto grazie ad un continuo confronto fra l'editore e l'*Advisory Board*. La Rivista è accessibile online sul sito di Confindustria.

Redazione Rivista di Politica Economica

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma (Italia)

e-mail: rpe@confindustria.it

<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/rivista-di-politica-economica>

Direttore responsabile

Silvia Tartamella

Coordinamento editoriale ed editing

Paola Centi

Adriana Leo

La responsabilità degli articoli e delle opinioni espresse è da attribuire esclusivamente agli Autori. I diritti relativi agli scritti contenuti nella Rivista di Politica Economica sono riservati e protetti a norma di legge. È vietata la riproduzione in qualsiasi lingua degli scritti, dei contributi pubblicati sulla Rivista di Politica Economica, salvo autorizzazione scritta della Direzione del periodico e con l'obbligo di citare la fonte.

Edito da:



Confindustria Servizi S.p.A.

Viale Pasteur, 6 - 00144 Roma