

Per elevare a Sistema le Cure Primarie

Lucio Zinni MMG

1. Introduzione

Le riflessioni che seguono sono frutto di scambi di idee con Colleghi, di anni di esperienza da MMG, di partecipazione al Collegio di Direzione Aziendale della mia ASL per un discreto periodo, di impegno a fare in modo che le Cure Primarie mirassero sempre di più a standard di eccellenza, ma l'innescò che ha dato il via alla scrittura deriva da un momento preciso che risale alla fine di Novembre 2019 quando stavo ascoltando il Dr. Michael Holmes Vice Presidente del Royal College of General Practitioners in una sua esposizione al Congresso Nazionale SIMG.

In quella relazione sullo stato delle Cure Primarie in Gran Bretagna al tempo della Brexit il Dr. Holmes affermava, in un passaggio troppo trascurato dalla platea, che aveva fortemente "protestato contro il taglio previsto in legge di bilancio che riduceva di qualche punto percentuale la quota stanziata per le Cure Primarie".

In quel momento e per i giorni successivi mi sono chiesto se, a ruoli invertiti, un nostro rappresentante della Medicina Generale avesse potuto pronunciare una frase analoga in un consesso italiano o straniero e la risposta è stata invariabilmente NO. L'Italia non ha, non è previsto che abbia, un finanziamento ad hoc per le Cure Primarie in Legge di Bilancio che è lo strumento principale di programmazione sanitaria e questa situazione si ripete uguale giù per i rami in sede periferica, dalle Regioni alle ASL.

Tutto questo perché la Medicina Generale e più estensivamente, oltre che più correttamente, le Cure Primarie (MMG, MCA, PLS, Operatori Sanitari del Territorio) non sono un Comparto della Sanità Pubblica ma piuttosto un'appendice, a volte vissuta come risorsa altre volte come zavorra, dal Sistema.

Occorre che la situazione cambi e, ormai, anche piuttosto rapidamente.

Occorre elevare a Sistema le Cure Primarie prima che accada l'irreparabile, prima cioè che venga buttata alle ortiche la Disciplina della Medicina Generale e con essa una pratica di Sanità fra le migliori al mondo per qualità erogata e percepita dai cittadini.

Un necessario e doveroso aggiornamento, che comporti misure radicali perché tardive, non può e non deve tradursi nella cancellazione di fatto della Medicina Generale con la sua originalità, la sua capillarità, la sua storia.

2. Qualche elemento di memoria storica

Nel 1978 venne istituito il SSN sul modello di quello britannico istituito appena dopo la guerra. In un colpo solo furono cancellate le mutue che non consentivano equità di accesso alle cure e furono poste le basi per una Sanità capace di occuparsi di tutti i bisogni dei cittadini, indipendentemente dal loro reddito, dal tipo di professione esercitata, dal loro stato di occupazione e dunque adempiendo al mandato costituzionale contenuto nell'articolo 32.¹

¹ Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale" GU n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario

Senza entrare nei dettagli della portata storica e persino rivoluzionaria (una volta tanto il termine è appropriato anche se si è trattato della più logica interpretazione di una politica riformista) della Legge, registriamo il fatto che la figura del Medico di Medicina Generale (MMG) si trovò a essere l'erede di fatto del Medico della Mutua con funzioni assolutamente analoghe. La scelta attiva del cittadino passava da un elenco di un'associazione privata, la Mutua di categoria, a un elenco pubblico, veniva imposto un massimale al numero di scelte, veniva individuato un rapporto ottimale, venivano apportate altre modifiche allo stato precedente ma, dal punto di vista delle funzioni in relazione all'area di competenza non si producevano nuove funzioni..

Il rapporto fiduciario era così salvo e si è miracolosamente mantenuto per mezzo secolo senza crisi, pur attraversando rivolgimenti epocali che hanno coinvolto la società, le patologie, il SSN stesso.

Esaminerò subito dopo altri aspetti, ma rilevo intanto che il SSN dagli anni 90 iniziò a essere oggetto di dibattito riguardo alla sua sostenibilità e furono dunque apportati correttivi che ubbidivano alla logica finanziaria, primo fra tutti, il processo di Aziendalizzazione che fu accettato dalle parti politiche e sindacali, di categoria e non, come si accetta la pioggia o il sole, come fosse naturalmente inevitabile.

Non era così perché, come sempre in questi casi, si poteva scegliere. Ma è così!

Oggi perciò ci è difficile immaginare un orizzonte diverso da quello aziendale quando parliamo di Sanità Pubblica. Perciò, piaccia o no, senza voler scardinare il Sistema, bisogna che ci acconciamo a discutere del ruolo e delle funzioni della MG all'interno di un Sistema Aziendale, perché prima non era così ma lo è diventato e la logica aziendale è ferrea come e più di quella militare, come abbiamo avuto modo di vedere nel corso degli ultimi decenni. Cosa ha significato adottare un Sistema Aziendale per la Sanità?

Molte cose che non elencheremo.

Innanzitutto una logica di tipo economico, sia pure senza profitto.

Venne introdotto il sistema del rimborso a prestazione per tutte le strutture sanitarie per cui il pagamento da parte del Servizio Sanitario Nazionale a ogni ospedale avviene sulla base della tipologia e del numero delle prestazioni erogate e non sulla base dei costi sostenuti.

L'attenzione alle ragioni di bilancio diventò progressivamente prevalente rispetto alla qualità stessa delle Cure per cui a dirigere importanti Servizi e le stesse ASL furono chiamati e premiati manager, magari esperti di economia sanitaria quando andava bene, ma con scarsa attenzione alle cure e ancor meno a quelle territoriali per la semplice ragione che le voci principali dei bilanci erano tutte interne al sistema ospedaliero.

Tuttavia furono questi gli anni in cui i MMG impararono a conoscere le logiche aziendali quando videro limitare la propria potestà prescrittiva a causa della sostenibilità economica della spesa farmaceutica. Furono gli anni delle Note AIFA e dei Piani Terapeutici e, per un curioso paradosso, il controllo di questa sostenibilità veniva messa nelle mani di chi produceva la massima spesa senza il minimo controllo: i Medici Specialisti Ospedalieri. Infatti il MMG, prima con la ricetta a lettura ottica, poi con la ricetta dematerializzata, restava l'unico soggetto tracciabile per la spesa e dunque l'unico a cui poter chiedere conto, dal punto di vista contabile considerando, peraltro, l'aspetto contabile come unico parametro di riferimento indipendentemente da altri indicatori.

Arrivarono gli anni dei tagli lineari ai bilanci per cui le Regioni meno "virtuose" con i conti furono ulteriormente condannate a essere sempre meno virtuose, poiché potevano contare su minori trasferimenti dallo Stato e quelle più organizzate a essere sempre più efficienti per la ragione opposta.

Vennero gli anni della riforma del titolo V della Costituzione² che, delegando a Regioni e Province Autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, puntava ad un federalismo solidale e invece finì per generare una deriva regionalista, un differente sistema sanitario per ogni Regione, dove l'accesso a servizi e prestazioni sanitarie è profondamente diversificato e dunque iniquo, arrivando a tradire lo spirito universalistico ed egualitario del SSN. Una componente che ha favorito questa deriva regionalistica differenziata anche nel settore specifico della Medicina Generale è stato il non avere definito in maniera precisa e univoca le job description del mmg. Quali competenze, per i diversi aspetti del sapere, saper fare e saper essere dai quali non si può prescindere, con quali dotazioni strumentali e di organizzazione professionale.

Oggi, a fronte di un diritto costituzionale che garantisce "universalità ed equità di accesso a tutte le persone"³ e alla L. 833/78 che conferma la "globalità di copertura in base alle necessità assistenziali dei cittadini", i dati smentiscono continuamente i principi fondamentali su cui si basa il SSN, che in molti casi è diventato, non solo non accogliente nei confronti delle necessità sanitarie dei cittadini, ma addirittura respingente o, se si vuole usare un termine meno crudele e più "aziendale", disincentivante.

2.1. La transizione epidemiologica in Italia

Nell'esaminare solo mezzo secolo nella storia delle patologie e per giunta in un solo Stato ci si espone a un errore di valutazione correlato al breve periodo considerato in uno spazio, tutto sommato, ristretto, eppure anche esaminando solo l'Italia dell'ultimo mezzo secolo, si può osservare come si sia andata completando quella transizione epidemiologica sottesa da quella demografica⁴ propria dei paesi più ricchi e sviluppati dell'Occidente.

Senza andare a valutare tutte le implicazioni che questo ha comportato sull'economia e sulla società, possiamo rilevare che il MMG si è trovato ad occuparsi di una serie di patologie non ereditate dalla medicina mutualistica e con configurazioni molto diverse rispetto che si sono ulteriormente accentuate dal 1978 a oggi e che hanno richiesto di sviluppare una perizia e una metodologia certamente diverse rispetto all'immediato dopoguerra fino agli anni '60.

In questa transizione epidemiologica si è andata configurando una nuova Disciplina della Medicina Generale che si è presentata all'appuntamento senza una adeguata formazione universitaria e post-universitaria. L'originalità della Medicina Generale italiana sta proprio nel fatto che da sé stessa ha provveduto a costruire una sapienza dedicata alla cronicità e ne ha scritto le biblioteche, ridefinendo e adeguando funzioni e ruolo anche e soprattutto grazie allo stimolo e all'impegno della Società Italiana di Medicina Generale che ha visto il tema per tempo e vi si è impegnata trasformando una Professione in una Disciplina

² Legge Costituzionale n°3 del 18/10/2001

³ Costituzione Italiana - Articolo 32: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

⁴ Per transizione epidemiologica si intende il cambiamento di caratteristiche delle malattie che ha accompagnato il miglioramento complessivo delle condizioni di salute dalla fine del XIX alla prima parte del XX secolo, mentre la transizione demografica è relativa alla nati-mortalità nel medesimo periodo, per cui si è passati da una forte natalità con altrettanto forte mortalità nelle prime decadi della vita a un rovesciamento di queste condizioni con lo spostamento della mortalità nelle decadi più avanzate e una riduzione importante della natalità.

autonoma, finalmente non più erede della medicina mutualistica. A tale lungimiranza nella individuazione e costruzione degli strumenti per la Disciplina di Medicina Generale non si è fatto il necessario passo successivo e cioè l'inquadramento in ambito universitario e specialistico con responsabilità di tutti gli Attori variamente e proporzionalmente ripartite. Al momento dell'istituzione del SSN nel 1978, infatti, la transizione epidemiologica era impetuosamente in corso, ma non fu considerata adeguatamente dal punto di vista delle ricadute sulla Medicina Generale, forse proprio per tentare di privilegiare una certa continuità con la preesistente Medicina delle Mutue e con la Condotta Medica al fine di non creare problemi né ai Medici né ai loro assistiti.

E' proprio fra gli anni '70 e '80 che la vita media in Italia sorpassa in durata quella prevalente in altri Paesi leader come Spagna, Francia, Regno Unito e Stati Uniti (1).

La mortalità per malattie infettive era già scesa vertiginosamente e cresceva in modo impressionante quella relativa ai tumori e alle malattie cardiovascolari.

Queste ultime rappresentano il paradigma nella gestione delle cure croniche poiché sono coinvolti molteplici aspetti e molti di essi attengono proprio alla gestione territoriale della patologia, come scrive Palmieri: "Dal 1980 i tassi di mortalità coronarica aggiustati per età sono diminuiti da 267,1 a 141,3 per 100.000 abitanti negli uomini e da 161,3 a 78,8 nelle donne di età 25-84 anni, producendo nel 2000 42.930 morti coronariche in meno (24.955 negli uomini, 17.975 nelle donne). Circa il 40% di questa diminuzione è dovuto ai trattamenti specifici, principalmente trattamenti per lo scompenso cardiaco (14%) e terapie in prevenzione secondaria dopo un infarto del miocardio o una rivascolarizzazione (6%). Circa il 55% è invece dovuto ai cambiamenti nei maggiori fattori di rischio cardiovascolare nella popolazione italiana, principalmente la riduzione della pressione arteriosa (25%) e della colesterolemia totale (23%)."(2)

L'aspettativa di vita alla nascita è cresciuta dal 1978 al 2018, in soli 40 anni, di oltre 10 anni passando da 70,2 a 80,8 e rappresenta il più grande indicatore di miglioramento delle condizioni sociali e sanitarie del Paese (3). Questo cambiamento, si badi, si produce quando il boom economico, l'inurbamento, il miglioramento generalizzato delle condizioni sociali e lavorative, il grado di istruzione, avevano già prodotto i loro effetti! Ho preso volutamente il dato dall'istituzione del SSN. La previsione per il futuro è che possa crescere altrettanto nel mezzo secolo successivo con un incremento della popolazione anziana ancora più consistente, al punto da dover conformare la società intera alla presenza di questa componente demografica certamente maggioritaria.

L'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita è lo specchio del rovesciamento della piramide demografica e questo solo fatto ha comportato un mutamento mai registrato prima nella storia delle patologie passando da quelle monofattoriali alle quali i medici erano formati a quelle multifattoriali derivanti da fattori di rischio che, con vario peso e variamente combinati, producono malattie degenerative che diventano compagnie non temporanee dell'uomo, ma croniche al punto da diventare elemento costitutivo della vita e non elemento accessorio e disturbante di un periodo dalla durata trascurabile se messo in relazione alla durata della vita stessa.

Le competenze, la tecnologia, il tipo di assistenza a queste patologie sono complesse, costose, di lungo o lunghissimo periodo ed esigono in genere una bassa intensità di cura costante, non dunque di tipo ospedaliero che hanno un punto certo di inizio degenza e un punto altrettanto certo di fine degenza. Il terreno ideale e pratico di trattamento di tali patologie è la prossimità ai luoghi di vita e di lavoro del cittadino: la Cure Primarie rappresentano il luogo e il momento elettivo per l'erogazione di diagnostica, di

monitoraggio nel tempo, di cura di tali patologie fatte di anamnesi incrementale, di profonda conoscenza della comunità di vita e di lavoro dell'individuo che sono mutate quanto le patologie. La mutazione quali-quantitativa delle necessità assistenziali per la cronicità e la non autosufficienza è avvenuta parallelamente alla riduzione del numero di posti letto ospedalieri, lasciando invariata e non organizzata la risposta territoriale che si è trovata a subire un'ondata di piena con aumento qualitativo e quantitativo del carico di lavoro per la Medicina Generale che solo occasionalmente e per cause del tutto contingenti ha potuto dare una risposta all'altezza del compito cui veniva chiamata. Una visione burocratica, incompetente, spesso indifferente alle esigenze reali delle Persone e degli Operatori ha preferito raccontarsi una realtà inesistente e su quella fondare misure rimaste inapplicate perché inapplicabili. Il risultato finale si è sempre più concretizzato in un'assenza di risposta o in una risposta inappropriata.

Nel 2006, in prefazione al rapporto dell'OMS sulle malattie croniche in edizione italiana (4) l'allora Ministra della Salute scriveva *"in Italia abbiamo un sistema di cure che funziona come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito. Perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche, per le quali serve invece un modello di assistenza diverso: occorre evitare non solo che le persone si ammalinino, ma anche che chi è già malato vada incontro a ricadute, aggravamenti e disabilità. Un sistema, insomma, adatto a malattie che non guariscono e che devono essere seguite nel territorio, adeguatamente attrezzato"*⁵. Ottime parole ma, a distanza di 14 anni non è che la situazione sia cambiata di molto!

2.2. La società in evoluzione dal 1978

Alla fine degli anni '70 si era definitivamente compiuto l'inurbamento con la fuga dalle campagne e, soprattutto, dal Sud verso la zona più industrializzata. Da una società stanziale si passava a una società in movimento, anche per quanto riguarda la tipologia del lavoro che richiede spostamenti continui di individui e masse. La famiglia come atomo sociale indivisibile veniva necessariamente scissa nei luoghi e nel tempo. Il ritmo antico della riunione familiare intorno al desco era rivoluzionato dai tempi della produzione industriale, dagli orari dei pendolari e in generale dai tempi che la società si dava.

La medicina di famiglia, in quel contesto, rimaneva sempre più un'esigenza nominale ma diventavano sempre più frequenti i casi in cui necessariamente nell'ambito di una stessa famiglia si faceva ricorso a più medici di medicina generale secondo le necessità del lavoro e le residenze dei singoli componenti.

La rivoluzione informatica e telematica degli ultimi decenni ha impresso un'accelerazione mai vista prima alla trasformazione sociale e lavorativa.

In tale contesto il MMG ha continuato a rappresentare il momento unificante del momento salute dell'individuo. La salute e la malattia, infatti, sono state in questi decenni sempre più parcellizzate e scisse in mille componenti di competenza di un numero sempre più grande di figure e di tecniche specialistiche che hanno determinato la perdita dell'unità dell'individuo di fronte alla malattia.

⁵ La sottolineatura è personale

2.3. Alcuni limiti attuali del rapporto convenzionale

Al mutamento sociale e delle patologie si è accompagnata la comparsa di nuovi Diritti non sufficientemente tutelati in passato. In particolare, con la comparsa sulla scena dell'AIDS, viene rivoluzionato il concetto di privacy e la comparsa di forme di conservazione e trasmissione dei dati sensibili esige che tutte le strutture sanitarie e, dunque, anche il MMG prendesse atto di questo fondamentale Diritto nelle nuove forme in cui poteva essere espresso e dunque tutelato. Era solo il primo di una serie di mutamenti al rapporto medico-paziente, fino a questo momento basato su una rigida divisione dei ruoli fra chi dirige il processo di cura e chi vi si attiene.

L'organizzazione dello studio di Medicina Generale passa in pochi anni da una scrivania, lettino e sedia a una modellistica complessa che contempla la gestione dei rifiuti speciali, la raccolta meticolosa dei moduli per la privacy, la gestione imprenditoriale del personale di studio e dell'eventuale tecnologia presente, ma in nessun caso quell'organizzazione orientata ad assolvere funzioni di burocrazia informatica e telematica sarà presa in considerazione per miglioramento dell'output professionale .

La necessità di adeguare la Medicina Generale a tutti i mutamenti più sopra ricordati e molti altri, esige che il MMG non si occupi solo dei propri assistiti come al tempo delle Mutue, ma dilati la propria azione nei confronti di un territorio e di una comunità insieme ad altri professionisti. Nascono così Cooperative per acquisto e gestione di mezzi di lavoro e di personale, ma anche UTAP (Unità Territoriali di Assistenza Primaria), associazioni fisiche e virtuali di MMG che possano consentire una risposta a bisogni diluiti nel tempo (h12/24) e nello spazio (più studi afferenti a un'unica unità funzionale) perché la società civile e le patologie croniche richiedono continuità nelle cure.

Il Decreto Balduzzi (5) nel 2012 rimetteva ordine nella materia e riduceva a due sole le forme organizzative e associative sul territorio: le AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e le UCCP (Unità Complesse⁶ di Cure Primarie), le prime monoprofessionali e senza una sede unificante di MMG, le seconde a partecipazione di più figure professionali (Medici specialisti, Infermieri, Fisioterapisti, ecc.) con diversa tipologia di rapporto di lavoro (dipendenti, convenzionati, a compenso orario o meno, ecc.) con una Sede fisicamente individuabile e riconoscibile dalla popolazione.

Si prendeva atto della complessità richiesta dalle Cure sul Territorio ma la risposta era decisamente al di sotto della necessità poiché tali forme associative sono riuscite a decollare in pochi casi, in forme disomogenee, scollegate fra loro, e a dimostrare la propria ragione di essere⁷ in casi ancora meno numerosi e solo in realtà dove il tessuto sanitario territoriale era già forte di suo.

Questa complessità si estendeva alle Cure Domiciliari, ai Team per le Cure Palliative e per l'Alimentazione Parenterale, agli Ospedali di Comunità ove presenti.

Il modello organizzativo dello studio del MMG in splendida solitudine davanti al proprio paziente è palesemente anacronistica agli occhi di tutti gli attori e di tutti i registi della scena

⁶ Sottolineatura personale

⁷ In termini aziendali si direbbe "produttività"

sanitaria. Nessuno pensa che si possano avere Cure Territoriali di eccellenza con un modello novecentesco! Occorre invece che il MMG si occupi della comunità territoriale che va oltre il numero dei propri assistiti in tempi e circostanze che vanno oltre il tempo dell'ambulatorio *sensu stricto*.

L'inserimento di una figura come il MMG, libero professionista, in strutture complesse come le UCCP, o anche nelle AFT monoprofessionali, si manifesta subito come uno degli innesti prevedibilmente peggiori riusciti nella storia della Professione.

Non affronterò qui il delicato tema della Responsabilità del singolo MMG nello Studio Associato nei confronti di un paziente che non lo ha scelto e senza una gerarchia interna che preveda compiti precisi e responsabilità diverse.

Il tema non è mai stato affrontato nello specifico e ha del paradossale poiché non essendo prevista una struttura piramidale gerarchica come nelle equipe chirurgiche, il MMG si trova ad egire inter pares gravato di responsabilità proprie e provenienti dagli altri medici del gruppo moltitudine di monadi con denominatore comune un contratto lavorativo di para subordinazione che non gli garantisce tutele da parte della ASL come per i componenti dipendenti della ASL.

Allo stesso modo è difficile ricostruire la medesima responsabilità degli atti in un paziente in Cure Domiciliari o in Ospedale di Comunità, di cui il MMG è primo responsabile ma presso un determinato paziente afferiscono le figure più varie in momenti sfalsati nel tempo, dall'infermiere al fisioterapista al medico specialista, di cui lo stesso MMG non ha alcun controllo.

Perciò è ancor più inadeguato lo stato giuridico di para-subordinazione per il MMG responsabile d'una equipe formata da personale con diverse contrattualità, gran parte o nella totalità di dipendenza, e dove il maggior carico gli può derivare dalla mancata o scarsa vigilanza sul singolo o sull'intero gruppo

Nell'ipotesi migliore, cioè quando quell'innesto è riuscito, ognuno ha continuato a svolgere il lavoro esattamente come prima, corpo estraneo fra corpi estranei, al più implementando la metodologia dei Colleghi più attivi e più pronti a cogliere nuovi aspetti delle funzioni della professione ma il dato finale è stata una irragionevole premialità verso chi ottemperava a richieste burocratiche e amministrative invece di incentivare le migliori pratiche cliniche attraverso indicatori appropriati.

Nella quasi totalità dei casi, dunque, non si è potuto dimostrare un miglioramento delle Cure e dei Servizi al Cittadino che doveva essere l'*outcome* principale della rimodulazione organizzativa di tipo associativo per cure *Patient centered*.

Anche dal punto di vista di risultati grossolani quali, il controllo della spesa farmaceutica, degli accessi in Pronto Soccorso per Codici Bianchi e Verdi, di riduzione dei ricoveri ospedalieri, di riduzione di accessi per servizi di diagnostica di primo livello, di appropriatezza prescrittiva, non si sono visti risultati persistenti nel tempo (e non potevano vedersi!) e progressivamente in miglioramento da poter esibire per richiedere una maggior autonomia delle Cure Primarie.

Anzi, con l'andare del tempo si è vista una generalizzata riduzione e limitazione della potestà prescrittiva del MMG, sempre più oggetto di imposizione dapprima di Note

limitative AIFA e poi di Piani Terapeutici riservati a Medici Specialisti Ospedalieri, che lo hanno escluso, non c'è altro termine, dal processo di cura di patologie croniche ad alto impatto sociale come il Diabete Mellito, la BPCO o la Cardiopatia Ischemica, solo per citarne alcune. Si tratta proprio di quelle Patologie Croniche di pertinenza, se non esclusiva, ma certamente prevalente per il MMG.

Perché dunque non ha funzionato e non funziona ancora?

Bisognerà che qualcuno si ponga questa domanda prima di arrampicarsi in soluzioni che trovano contenitori di volta in volta più improbabili.

La prima condizione logica per dare una risposta a qualsiasi problema è porre la domanda giusta, impostare correttamente la questione.

A mio personale modo di vedere la forbice fra il Sistema e il MMG si richiude e dunque si avvicina a soluzione solo se le due lame della forbice diventano compatibili. La compatibilità è possibile solo se cambia il Sistema o il MMG che oggi gli è totalmente estraneo. Nei passaggi successivi cercherò di prendere in esame questa situazione.

3. La Medicina Generale estranea al Sistema.

Il MMG diventa tale solo nel momento in cui accede alla Convenzione presso un certo Comune di un certo territorio. In questo senso è un caso assolutamente unico nel panorama della Sanità Italiana. Altri Professionisti, infatti, acquisiscono una forma disciplinare dopo un corso specialistico. Sarò ancora più preciso con un esempio: un ginecologo o un ortopedico è tale dal giorno in cui consegue la laurea Specialistica, non gli è necessario avere un contratto di lavoro per essere ciò che è.

Il MMG non ha una laurea specialistica e non diventa MMG dopo aver terminato il Corso di Formazione triennale (equivalente molto grossolano del Corso di Laurea Specialistica).

Persino la formazione successiva al corso triennale specifico, quella interna alle ASL, avviene secondo canali autonomi e separati rispetto a medici che operano in tutti gli altri settori aziendali, con buona pace di ogni possibile e auspicabile integrazione ospedale-territorio di cui pure ci si riempie la bocca e sono state riempite intere biblioteche di convegni e documenti cartacei.

La "nascita" professionale del MMG avviene solo nel momento preciso in cui si configura l'accesso al lavoro con la convenzione e la possibilità di acquisire scelte da parte dei pazienti. Già questa è un'anomalia macroscopica che pone il MMG in una condizione di minorità rispetto al panorama delle specializzazioni mediche, ma ce n'è un'altra che ne è conseguenza ed è ancora più limitante.

Non solo la nascita, infatti, è all'interno del SSN ma anche la vita professionale del MMG si può svolgere solo all'interno di esso. Un ortopedico, un cardiologo può svolgere un'attività per un Ente privato o per il Sistema Pubblico, il MMG necessariamente no, a meno che non voglia e possa essere altro da sé (es: ha una specializzazione in Ginecologia e fa per un certo numero di ore questa professione).

Un terzo aspetto vede il MMG portatore di un conflitto di interessi mai abbastanza studiato. Pur essendo il più libero nel Sistema è l'unico che deve rendere conto a due "padroni" in conflitto fra loro: da un lato il cittadino con le sue richieste ed esigenze di salute, più o meno appropriate, e l'Azienda che limita e disincentiva quelle stesse richieste.

Last but not least ...l'originalità della figura professionale del MMG è diventata stridente per un quarto aspetto, molto importante eppure non ancora sufficientemente considerato: lo status giuridico-professionale di libero professionista para-subordinato e retribuito a quota capitaria in un Sistema dove tutti sono dipendenti e/o retribuiti a quota oraria. Un Sistema dove tutti hanno carriera e dove le responsabilità sono condivise e ripartite secondo compiti, funzioni, competenze e gerarchie, ma il MMG no. Un Sistema che tutela tutti con Diritti riconosciuti a chi vi lavora, ma il MMG no. Si realizza una situazione dunque paradossale in cui la Medicina Generale è parte del sistema per gli aspetti per esso più convenienti, ma ne è estranea quando deve averne riconosciuti i diritti che il sistema stesso comporta.

L'attrito che questa posizione riesce oggi a evocare è sempre più accentuato e, benché abbia molti motivi anche validi alle spalle, è ridicibile a uno solo: il MMG è l'unico Libero Professionista che lavora in un contesto di tipo Aziendale strutturato per Comparti.

Una contraddizione non sanabile: o si accetta il Sistema Aziendale o si accetta la Libera Professione.

Le limitazioni, gli obblighi cui sottostare sono sempre più quelli di un qualsiasi dipendente aziendale, mentre i costi di gestione, gli adempimenti normativi, la complessità organizzativa richiesta e più sopra esposta, sono interamente a carico del libero professionista, le cui tutele e garanzie devono essere anch'esse imputate a carico del singolo professionista come drammaticamente dimostrato dalla recente pandemia Covid-19 con numerosi MMG contagiati e deceduti per assenza di alcune di esse, quelle relative alla protezione individuale.

L'assenza di tutele e garanzie si estende però a campi che vanno molto oltre la situazione pandemica e sono relativi a assenza di periodi per malattia e per ferie. Non è previsto un Trattamento di Fine Rapporto al momento della pensione, se non quello di una volontaria percentuale da detrarre al salvadanaio pensionistico.

Non è previsto alcun riconoscimento per malattia professionale o morte in circostanza di lavoro, anche questo drammaticamente evidenziato dai recenti casi dovuti al Covid-19.

Il MMG non ha alcuna possibilità di carriera pur essendo in un sistema Aziendale e anche questa è una limitazione non di poco conto. Chiunque MMG svolga o abbia ricoperto incarichi all'interno dell'azienda lo ha dovuto fare non essendo più MMG.

Si realizza insomma per tutte le cause elencate, dalla formazione specialistica, alla forma-lavoro esclusiva nel SSN, fino alle tutele, una disparità di trattamento nel lavoro che non è più accettabile, non nei termini attuali.

3.1. Organizzazione aziendale del SSN

Ho già scritto più volte dell'Organizzazione Aziendale che dal 1992⁸ il SSN ha deciso di darsi.

Aziendalizzare ha rappresentato la modificazione profonda dell'organizzazione e della natura giuridica delle Unità sanitarie locali e di alcuni ospedali ispirata a criteri di carattere privatistico.

Pur con l'intenzione di ridurre la spesa l'intento di ridurre la spesa pubblica per il Settore Sanitario, hanno determinato di riflesso il superamento del sistema organizzativo stesso 4 ,

⁸ Il decreto "De Lorenzo" n.502 del 1992, seguito poi dal d.lgs.517/93

che è passato da un modello di servizio nazionale verticalmente integrato (caratterizzato dalla presenza di un ente, lo Stato, che interviene in più fasi del processo produttivo di beni e servizi sanitari), ad un modello misto dove i beni e servizi sanitari sono opera sia del pubblico che del privato.

Si instaura il principio secondo cui il costo del sistema non deve essere più finanziato sulla base del costo storico, con operazioni di ripianamento a piè di lista, ma deve essere basato sul valore delle prestazioni erogate, classificate secondo i DRG⁹

Le innovazioni riguardano soprattutto due punti: l'architettura istituzionale del sistema (la riforma punta su una minore politicizzazione, sul decentramento della responsabilità finanziaria e su una maggiore autonomia gestionale delle singole strutture) e l'introduzione di nuovi meccanismi gestionali (derivati in gran parte dal privato).

Se un punto di crisi dell'esercizio della Medicina Generale può essere individuato, al netto di molti altri fattori, è proprio in quella riforma che esalta l'attrito tra la Medicina Generale ancora tradizionalmente impostata a rapporto libero-professionale convenzionato e un Sistema aziendale.

Non è che un'Azienda non possa rivolgersi a privati, per espletare determinate funzioni, anzi! La storia degli ultimi decenni ci insegna che moltissime aziende manifatturiere e anche le ASL hanno fatto ampio ricorso a esternalizzazioni in cui si appaltano certe funzioni, certi lavori, a erogatori esterni. Nel caso specifico della Medicina Generale non è forse questo il senso della riforma regionale lombarda in cui i MMG sono diventati, di fatto, esterni all'Azienda e svolgono una funzione per conto di un Gestore? Gli Osservatori più attenti avevano visto per tempo i difetti che una tale scelta recava con sé. Purtroppo con la pandemia da SARS-COV-2 tutti hanno dovuto prendere coscienza di quanto sia stato devastante lasciare il Territorio come inutile appendice di un'Organizzazione Sanitaria tutta basata sulle pur eccellenti Cure Ospedaliere.

Esternalizzare le Cure Territoriali non produce risultati analoghi alla medesima operazione effettuata per molti servizi ospedalieri, dalle cucine, alla lavanderia, alla manutenzione, ai servizi informatici. Eppure sul Territorio si esternalizzano Cure un po' dappertutto.

E' così per le Cure Domiciliari affidate a cooperative o società di servizi;

E' purtroppo così ciò che sta accadendo con le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) nate in occasione della pandemia Covid-19 per essere temporanee, ma già rifinanziate¹⁰ e con appetiti che si spingono ben oltre la gestione domiciliare dei casi Covid-19¹¹, proprio a occuparsi di quelle Cronicità e Fragilità sul Territorio.

⁹ DRG (Diagnosis Related Groups) è un sistema di finanziamento basato sulle prestazioni, il quale remunera il prodotto fornito e non più i fattori che necessitano per ottenerlo.

¹⁰ Il decreto legge 34/2020 ("Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 19 maggio.

¹¹ Quotidiano Sanità 15 Maggio 2020, Intervista al Presidente CARD Gennaro Volpe: "...le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, in cui sono ingaggiati giovani Medici della Continuità Assistenziale, portatori di nuove energie e competenze. Proprio le USCA possono costituire, secondo CARD, una delle basi di rilancio del "territorio" ed in particolare della assistenza domiciliare. La proposta è di stabilizzarle oltre la fase epidemica, per renderle protagoniste del potenziamento delle cure domiciliari a favore delle tantissime persone affette da malattie di lunga durata. "Le USCA potrebbero costituire i team di cure domiciliari per cui da anni CARD si batte - sottolinea Volpe

La Lombardia, in tale quadro di lettura, avrebbe solo applicato prima e meglio di altre regioni l'opportunità che veniva offerta per scaricare dall'Azienda la responsabilità diretta delle Cure Primarie pur continuando a espletare la funzione secondo il mandato costituzionale.

Non c'è certo il mio plauso a una scelta di tal genere ma capisco la logica aziendale che la sottende e, anzi, quando mi chiedo come mai non sia diventata pratica diffusa fra le altre regioni, la mia risposta, al di là dei riferimenti politici e della maggiore o minore attenzione per l'aspetto sociale relativo alle persone fragili e affette da patologie croniche, è che semplicemente l'efficientismo lombardo ha coinciso con una visione "manifatturiera" della salute associata a una indubbia maggior efficienza amministrativa rispetto ad altre regioni.

Il Sistema Aziendale si è configurato con i Dipartimenti cui afferiscono Reparti e Servizi affini e con una specie di Consiglio di Amministrazione costituito dalle tre Direzioni, Generale, Sanitaria e Amministrativa e con la consultazione dei Capi Dipartimento anche attraverso il collegio di Direzione Aziendale.

La Medicina Generale è solitamente esclusa perché troppo spesso non c'è il Dipartimento relativo e, quando presente, è più un Dipartimento nominale che fattuale perché non interamente compatibile con la logica aziendale.

Dovendo, infatti, tracciare una linea di demarcazione netta nel Sistema aziendale, dovremmo dire che esso poggia su due pilastri (la realtà è un po' diversa, ma si passi la semplificazione grossolana): da un lato quello ospedaliero (gli Ospedali dell'Azienda), dall'altro quello Distrettuale (i Distretti) che, con un equivoco verbale, è diventato il Territorio *tout court*.

Il Distretto è la struttura cui fanno riferimento una serie di attività, una decina, e una di esse è la Medicina Generale, anzi l'Assistenza di base, come graziosamente è stata degradata l'Assistenza Primaria.¹²

Tutto nel silenzio di tutte le Organizzazioni Sindacali che non hanno mai svolto una critica del Sistema, spesso distolte dalla loro funzione primaria, nonché ragion d'essere, di favorire la migliore condizione lavorativa possibile ai rappresentati.

Una di queste funzioni primarie che i Sindacati provvedono a espletare è la remunerazione economica in relazione alla complessità del lavoro e l'appuntamento mancante con il rinnovo dell'ACN dal 2008 è l'indicatore di un sostanziale fallimento di politica sindacale. Inoltre, quanto si va oggi profilando non fa certo ben sperare la categoria vista l'esiguità delle somme a

– Home Care team (Hct) del (non solo "nel") Distretto, che possono realizzare la presa in carico multidisciplinare, in stretta congiunzione anche con i Mmg e i Pls aggregati nelle Aft

¹² D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, Art. 3: Aree di attività dell'assistenza distrettuale. - Il livello dell'assistenza distrettuale si articola nelle seguenti aree di attività:

- a) assistenza sanitaria di base;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) assistenza farmaceutica;
- d) assistenza integrativa;
- e) assistenza specialistica ambulatoriale;
- f) assistenza protesica;
- g) assistenza termale;
- h) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale;
- i) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale.

disposizione rispetto alle necessità di organizzazione complessa e all'arretrato, non solo economico, da recuperare.

Forse è il momento in Italia per una rivoluzione copernicana nel finanziamento stesso delle Cure Primarie.

4. Finanziamento delle Cure Primarie

Il finanziamento della Sanità Pubblica deriva da un'apposita voce del Bilancio dello Stato che stabilisce il fabbisogno e ogni anno ne rappresenta una quota percentuale considerevole. Tuttavia, in genere si preferisce esprimerne l'entità in termini di percentuale di PIL (Prodotto Interno Lordo) anche per rendere più semplice il paragone con altre realtà europee e mondiali.

L'entità della quota di fabbisogno sanitario cui lo Stato concorre con la Legge di Bilancio è dunque considerevole e dal 2007 supera i 100 miliardi di euro, rappresentando attualmente l'8,8% del PIL (Francia e Germania si attestano intorno all'11% del loro PIL). Questi i dati attuali al netto delle spese aggiuntive previste in corso di pandemia e che assommano a circa 5 miliardi.

Il fondo viene assegnato alle Regioni per riparti in base a una serie di parametri nei quali non ci addentreremo poiché non è necessario ai fini della presente esposizione.

Ciò che è interessante è invece quanto dicevo nell'introduzione e che ha costituito l'innescò di tutta la riflessione: non c'è mai in alcun punto di nessun anno, dall'istituzione del SSN in poi, neppure con la trasformazione delle USL in Aziende, una voce che riguardi le Cure Primarie in modo diretto e finalizzato.

Il finanziamento delle Cure Primarie è infatti esclusivamente derivante dagli ACN e AIR.

In realtà c'è una sola eccezione a questo trend polidecennale ed è costituito dall'iniziativa del Ministro della Salute on. Speranza che nell'ultima Legge di Bilancio ha inserito una voce di spesa di 236 milioni, su 114,5 miliardi, per finanziare l'acquisto di attrezzature diagnostiche di primo livello da parte dei MMG (ecografi, elettrocardiografi, spirometri, ecc.) finalizzati a ridurre gli accessi impropri in Pronto Soccorso (sic!).

Non discuterò qui la bontà dell'iniziativa e neppure quanto il fine ultimo possa essere raggiunto con la semplice acquisizione e disponibilità di attrezzature di questo genere in Medicina Generale.

Mi interessa rilevare invece alcuni altri aspetti più generali e strettamente correlati fra loro.

Il primo è relativo al fatto che per la prima volta viene individuata un'alternativa aggiuntiva al finanziamento delle Cure Primarie rispetto agli ACN.

Il secondo riguarda il fatto che quello stanziamento non arriva direttamente alle Cure Primarie, ma va alle Aziende che provvedono poi a ripartire i fondi fra i vari MMG. Sembra questione secondaria e invece deriva dal fatto che non c'è un Sistema atto a ricevere i fondi stessi. Anche se si volesse tenere il trasferimento alle ASL, queste ultime non avrebbero altro metodo che un'assegnazione secondo buon senso (gruppi di MMG più numerosi, quelli in situazioni più critiche relativamente all'obiettivo che si è dichiarato di voler raggiungere, MMG più motivati, ... ecc.)

L'ultimo aspetto è relativo all'entità: 236 milioni che si sono trovati, a saldo invariato, nelle pieghe di una Legge di Bilancio allora in discussione, dalla sera alla mattina. Si consideri, per fare un confronto quantitativo, che il fabbisogno individuato per il rinnovo contrattuale dei MMG, il nuovo ACN, si aggira intorno ai 60 milioni. Un rinnovo che si attende da oltre 10 anni e che rappresenta un quarto di quanto si dovrebbe impiegare quest'anno per la semplice dotazione strumentale (un aspetto meramente organizzativo!).

Con quei 60 milioni invece i MMG dovrebbero provvedere a sostenere i costi di esercizio della loro professione, migliorare le proprie condizioni di vita e provvedere all'assetto organizzativo complesso che viene richiesto dalle normative vigenti e dalla società tutta. Il tutto proiettato per i prossimi anni fino alla scadenza del nuovo ACN. Non ci siamo!

Occorre **separare le fonti di finanziamento per l'aspetto organizzativo-strutturale delle Cure Primarie da quelle relative al rinnovo contrattuale** come è per ogni categoria di lavoratori. Il contratto, l'ACN, esprime il valore della professione, non deve far riferimento agli aspetti organizzativi nella parte economica.

Perciò il Dr. Michel Holmes, Vice Presidente Royal College of General Practitioners (RCGP) del Regno Unito, protesta con ragioni per la riduzione percentuale prevista nella loro legge di bilancio relativamente alle Primary Care¹. Noi non potremmo farlo, perché quella quota non c'è e l'unica volta che c'è stata ha rappresentato una concessione *una tantum* e dunque un'eccezione estemporanea.

Bisogna che quella quota, di molto incrementata, diventi **strutturale e programmatica**.

Strutturale perché deve essere espressa in termini percentuali relativi alla Legge di Bilancio.

Programmatica perché deve costituire la base finanziaria per l'indirizzo che si vuole dare alla Sanità Territoriale in generale e alle Cure Primarie in particolare.

5. Elevare a Sistema le Cure Primarie

Affinché possa realizzarsi questo tipo di finanziamento occorre che a riceverlo sia un'organizzazione sistematica.

Elevare a Sistema le Cure Primarie rappresenta l'obiettivo di questa esposizione e dovrebbe essere l'obiettivo di chi ha a cuore l'avvenire dignitoso della Professione.

E' fuori da ogni dubbio, infatti, che **non sarà una modellistica più di un'altra conferire eccellenza a una disciplina antica e onorevole come la Medicina Generale**, ma è altrettanto vero che una modellistica più di un'altra può far esprimere il meglio a quella stessa Disciplina.

In un Sistema aziendale non è stata, non è e non potrà essere la libera professione, il modello migliore, a meno di apportare correttivi talmente importanti da diventare anti-economici per l'Azienda stessa. Si troverà più facile, più semplice, più rapido, esternalizzare il lavoro di MMG affidandolo a Erogatori, Gestori, Imprese altro dal Sistema che però avranno una logica aziendale interna da cui i MMG saranno necessariamente esclusi. Il recentissimo rifinanziamento delle USCA (61 milioni) con prospettiva di Home Care Team, l'istituzione dell'Infermiere di Famiglia e di Quartiere (332 milioni), il finanziamento delle Cure Domiciliari (Distretto) con 734 milioni un totale di 1250 milioni destinati al Territorio la dice lunga sulla

considerazione di estraneità al Sistema in cui viene tenuta la Medicina Generale che si vede riconoscere nel medesimo decreto ben 10 milioni per assunzione di personale infermieristico (per 70000 MMG fanno 140 euro lordi a medico per anno, per solo un anno!!).¹³

Occorre invece che sia riconosciuto alle Cure Primarie lo status di Comparto del Sistema destinatario di risorse per conseguire risultati esprimibili in termini di Salute. Una funzione prima e più di una semplice attività.

Il Comparto si dovrà articolare nelle Aziende in Dipartimenti di Cure Primarie (DCP) con propri *budget* da discutere e condividere con le Direzioni Aziendali mentre i Distretti potranno svolgere una funzione di Committenza dei bisogni territoriali, non di erogazione di Diagnostica e Cure che saranno di pertinenza esclusiva delle Cure Primarie.

I principi su cui deve essere basato il DCP sono relativi all'autonomia organizzativa e all'autodeterminazione nel perseguimento e nel raggiungimento di obiettivi di salute in base ai budget assegnati, discussi e condivisi con le Direzioni Aziendali.

L'autonomia si rende necessaria poiché non si tratta della ripetizione del modello ospedaliero su scala territoriale come puntualmente si tenta in troppi casi di fare oggi e come altrettanto puntualmente si vede naufragare ognuno di questi tentativi. Le Cure e l'assistenza territoriale hanno una propria originalità che va rispettata ed esaltata e devono avere standard di eccellenza misurabili, verificabili e modificabili, affinché non rappresentino una scelta di ripiego perché "non si può fare in ospedale", come in troppi casi accade oggi.

L'autodeterminazione è invece elemento necessario affinché le Cure Primarie possano governare sé stesse, con propri finanziamenti, propri budget, obiettivi concordati, condivisi e applicabili che guardino tanto alla salute dei cittadini quanto alla qualità dei mezzi impiegati per conservarla e farla migliorare.

Il principio della valorizzazione del tempo di cura deve rappresentare il Nord magnetico nella bussola che orienta le scelte del decisore politico-amministrativo quanto del singolo MMG. A questo principio si affiancano quelli già noti della prossimità al luogo di vita e di lavoro del cittadino e della continuità dell'assistenza e delle cure per tutti i giorni della settimana in tutte le ore del giorno.

In tutto questo contesto si vede come sia **riduttivo porre soltanto la domanda a risposta binaria "Dipendenza sì o no?"**

Ma una risposta a tutte le domande che il contesto Aziendale e complesso propone diventa ineludibile e non ulteriormente derogabile nel tempo.

Ci sia nelle organizzazioni della Medicina Generale, fra i decisori politici di livello nazionale e regionale la piena presa di coscienza del fatto che il disagio della popolazione e dei Medici è grande per quanto attiene alla presa in carico dei problemi sanitari a livello territoriale.

Anche una discussione franca e sfrondata di ideologismi e fronzoli sul passaggio alla dipendenza dei MMG non può essere un tabù. Ci sono molti modi di realizzazione di tale passaggio che potrà riguardare tutti i MMG o solo una parte di essi da individuare con criteri, oggettivi e soggettivi (adesione volontaria?); potranno riguardare una parte dell'attività o

¹³ Decreto Legge 34/2020 già citato nella nota 10

l'intera attività di ogni singolo MMG. Forse la retribuzione a quota capitaria non può essere più lo standard di riferimento unico e assoluto su cui fondare la retribuzione del MMG.

Dovrà essere presa in considerazione la disponibilità oraria del MMG e farne la base della retribuzione, dove il rapporto fiduciario con il paziente possa essere una premialità aggiuntiva e non prevalente.

Un possibile modello potrà prevedere che il singolo MMG potrà riservare una "quota oraria" all'attività in dipendenza lasciando una parte in libera professione ancora extra-aziendale.

Il mio personale parere è che si possa discutere di queste e di altre possibilità con animo sereno cercando di ottenere il miglior risultato possibile per una Sanità Territoriale di Eccellenza che possa farsi carico delle patologie croniche e della fragilità tanto quanto delle patologie acute e differibili ma tuttavia trattabili e gestibili senza far ricorso all'ospedale.

Su tutte le questioni elencate in questo lavoro, su molte altre che mi saranno sfuggite e di cui chiedo scusa, occorre infine un passaggio non formale in cui ascoltare dalla viva voce dei MMG senza interposizioni qual è la loro opinione e quali le difficoltà che registrano affinché si possa dar loro risposta.

Non è, insomma, tanto importante lo status del MMG, che vedo più come una risultante del Sistema scelto.

Un dato certo è che l'Italia ha scelto un Sistema Aziendale e l'altro dato certo è che le Cure Primarie sono oggi fuori da questo Sistema.

Un fatto molto, molto probabile, è che se nel giro di pochissimo tempo (mesi) non saranno prese decisioni radicali che comportino un adeguamento della Medicina Generale e delle Cure Primarie tutte alla nuova realtà sociale, epidemiologica, aziendale dando risposte di efficienza e di efficacia misurabile e verificabile, perderemo tutti in termini di qualità dell'assistenza territoriale e la Medicina Generale stessa sarà irrimediabilmente estromessa dal Sistema cui resta aggrappata per un filo sottilissimo.

Lucio Zinni - MMG - ASL2 Abruzzo

Intervento per il Coordinamento Nazionale e Centro Studi CISL Medicina Generale

Bibliografia

1. Atella V. – Francisci S. – Vecchi G. (2011) La salute degli italiani, 1861-2011, "Politiche sanitarie", 12, 4.
2. Palmieri L, Bennett K, Giampaoli S, Capewell S. Explaining the Decrease in Coronary Heart Disease Mortality in Italy between 1980 and 2000. Am J Public Health 2009; 99: 1-9
3. ISTAT.it, tavole di mortalità. Speranza di vita alla nascita

4. WHO 2005, Preventing chronic diseases: a vital investment. Prefazione della Ministra della Salute on. Livia Turco (ed. italiana 2006)
5. DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (GU Serie Generale n.214 del 13-09-2012)

ⁱ Intervento al Congresso Nazionale SIMG 2019, ricordato nell'introduzione al presente lavoro