

WORKING PAPER IN POLITICA SANITARIA E ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

La Medicina Generale Italiana nel rapporto tra determinanti sociali ed esiti di salute

Giugno 2026

Luca Puccetti §

§ per comunicazioni inerenti il rapporto : lucpucce@promedgalileo.org

Sommario esecutivo

Il presente documento propone una revisione del ruolo della medicina generale italiana nel rapporto tra determinanti sociali, organizzazione del sistema sanitario ed esiti di salute. L'obiettivo è valutare se e in che misura le caratteristiche strutturali del modello italiano caratterizzato da: accesso universalistico, lista stabile, continuità longitudinale, funzione di coordinamento e prossimità, siano coerenti con i dati osservati.

Il primo messaggio riguarda il cosiddetto paradosso italiano: il Paese presenta esiti di salute comparativamente favorevoli, spesa sanitaria pubblica contenuta, popolazione tra le più anziane d'Europa e marcate disuguaglianze territoriali. In questo quadro la medicina generale va interpretata come una componente strutturale plausibilmente rilevante della performance complessiva sugli esiti di salute.

Il secondo messaggio riguarda le ospedalizzazioni evitabili. I dati OECD indicano per l'Italia 224 ricoveri evitabili per 100.000 abitanti contro 473 di media OCSE; la disaggregazione per asma-BPCO, scompenso cardiaco e diabete colloca il Paese in una posizione favorevole. Questi indicatori sono coerenti con un ruolo importante delle cure primarie, ma risentono di problemi di codifica, disponibilità di posti letto, soglie di ricovero, accesso alla specialistica, assistenza domiciliare e long-term care.

Il terzo messaggio riguarda le vulnerabilità. Carenza di MMG, carico burocratico crescente, frammentazione digitale, inadeguata integrazione multiprofessionale, debolezza della long-term care, rinunce alle cure e disuguaglianze territoriali costituiscono fattori che possono erodere nel tempo il contributo della medicina generale alla tenuta del sistema.

Le implicazioni di policy sono orientate a modernizzare senza frammentare: mantenere e misurare la continuità personale, ridurre le attività amministrative improprie, rafforzare équipe territoriali realmente operative, integrare cartelle cliniche e flussi informativi, sviluppare indicatori di equità, continuità e presa in carico, e valutare l'attuazione del DM 77 non solo sul numero di strutture aperte, ma sulla capacità effettiva di presa in carico.

1. Introduzione

1.1 Il paradosso italiano

L'Italia presenta una combinazione peculiare nel confronto internazionale: esiti di salute complessivamente favorevoli e, al tempo stesso, un livello di finanziamento pubblico inferiore a quello dei principali Paesi comparatori, una forte pressione demografica e marcate disuguaglianze territoriali [2,4,7,10]. Questa coesistenza rende utile interrogarsi sulle componenti strutturali che possono contribuire alla tenuta del sistema.

La letteratura in politica sanitaria comparata, a partire dai lavori di Starfield, Macinko e collaboratori [15–17], identifica nelle cure primarie alcune caratteristiche associate a migliori esiti di popolazione: primo accesso, continuità longitudinale, comprensività, coordinamento e capacità di orientare l'uso dei servizi. Il sistema italiano di medicina generale incorpora in misura rilevante tali dimensioni attraverso l'accesso universalistico, la lista stabile e una funzione di presa in carico continuativa.

1.2 Obiettivo, metodo e fonti

Il lavoro è una revisione di politica sanitaria e organizzazione dei servizi. Integra fonti istituzionali nazionali e internazionali, letteratura peer-reviewed sulle cure primarie, rapporti di osservatori sanitari e indicatori comparativi. Le fonti sono state selezionate per pertinenza rispetto a quattro assi: esiti di salute, struttura delle cure primarie, determinanti sociali e di sistema, sostenibilità economico-organizzativa.

L'integrazione delle fonti non segue il disegno di una revisione sistematica né include metanalisi quantitative. Il documento costruisce invece una lettura interpretativa del caso italiano, confrontando indicatori aggregati, letteratura internazionale e dati organizzativi disponibili. Le conclusioni devono pertanto essere lette come ipotesi interpretative, non come stime causali dirette.

1.3 Associazione, plausibilità interpretativa e causalità

Il disegno del lavoro è ecologico e comparativo. Gli indicatori considerati consentono di descrivere associazioni tra assetti di sistema, caratteristiche delle cure primarie ed esiti di popolazione, ma non permettono inferenze causali individuali.

Nel rapporto sono quindi distinti tre livelli: associazione, quando due fenomeni risultano osservati congiuntamente; plausibilità interpretativa, quando l'associazione è coerente con meccanismi documentati dalla letteratura; causalità, che richiederebbe disegni analitici specifici, controllo dei confondenti e dati individuali o quasi-sperimentali.

1.4 Schema concettuale: determinanti, meccanismi intermedi ed esiti

Il quadro interpretativo adottato distingue tra determinanti sociali distali (reddito, istruzione, lavoro, abitazione, ambiente e reti sociali), determinanti di sistema (copertura universale, finanziamento pubblico, organizzazione territoriale, disponibilità di professionisti e governance) e meccanismi intermedi. La medicina generale appare un mediatore

istituzionale tra determinanti sociali ed esiti di salute: intercetta vulnerabilità, facilita l'accesso, coordina percorsi, sostiene l'aderenza, orienta l'uso dei servizi e può ridurre la frammentazione assistenziale nei pazienti cronici, fragili o socialmente vulnerabili.

Gli esiti discussi nel rapporto quali mortalità evitabile, ricoveri per ACSC, speranza di vita e anni di vita in buona salute, sono interpretati come risultati sistemici multifattoriali, rispetto ai quali la medicina generale rappresenta uno dei possibili meccanismi intermedi.

2. Il Servizio Sanitario Nazionale e la medicina generale

2.1 Architettura del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale, istituito con la Legge 833 del 23 dicembre 1978, prevede una copertura universale attraverso la fiscalità generale. I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ridefiniti con DPCM 12 gennaio 2017, articolano le prestazioni garantite in prevenzione collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Al 2025, la copertura raggiunge il 100% della popolazione residente, con “bisogni non soddisfatti” all'1,8% contro una media OCSE del 3,4% [2].

2.2 Il MMG convenzionato: struttura e incentivi

Il Medico di Medicina Generale opera in regime di convenzione con il SSN con remunerazione prevalentemente capitaria [5,6]. A differenza del pagamento a prestazione, tale assetto non incentiva direttamente il volume degli atti; rispetto al salario puro, mantiene una responsabilità continuativa su una popolazione definita. Ciò che rileva sul piano della qualità è la combinazione tra lista stabile, accessibilità, continuità, integrazione professionale e capacità di coordinamento.

Al 2024 sono attivi 36.812 MMG, in calo di 5.197 unità rispetto al 2019 (–14,1%) [7]. La carenza strutturale è stimata tra 5.575 e 5.700 unità [7]. La media degli assistiti per MMG è di 1.237 (dato ufficiale AGENAS [14]) o circa 1.300 nella realtà operativa [5], con più della metà dei MMG con oltre 1.500 assistiti (massimalisti).

Tabella 2.1 — La medicina generale italiana: profilo strutturale (2024)

Dimensione	Dato	Fonte
MMG attivi 2024	≈ 36.812	[7]
Riduzione vs. 2019	–5.197 (–14,1%)	[7]
Carenza strutturale stimata	5.575–5.700 unità	[7,14]
Media assistiti/MMG	1.237 (uff.) / ~1.300 (operativa)	[14,5]
MMG massimalisti (>1.500)	>50%	[5]
Costo capitario/assistito/anno	~65–70 € lordi	[5,6]

Dimensione	Dato	Fonte
Contatti medi/giorno per MMG	45 clinici + ~30 segreteria	[5]
Quota interazioni da remoto	65% (range 57–69% per area)	[5]
Copertura SSN	100% della popolazione	[2]

Fonti: [5] Broccolo et al. 2024; [6] CERGAS OASI 2024; [7] GIMBE 2024; [14] AGENAS 2023.

2.3 Le 4C di Starfield nel contesto italiano

Il framework di Starfield [15] articola la qualità delle cure primarie attraverso quattro dimensioni: First Contact (primo accesso), Continuity (continuità longitudinale), Coordination (coordinamento specialistico), Comprehensiveness (comprensività clinica). Il sistema italiano incorpora molti elementi coerenti con queste dimensioni: il primo accesso è universale e gratuito; la lista stabile favorisce la continuità; l'impegnativa è la condizione formale per la specialistica (gatekeeper); il training triennale CFSGM fornisce competenze generaliste utili alla gestione di una quota rilevante dei problemi clinici.

3. Contesto demografico e socioeconomico

3.1 Una popolazione tra le più anziane d'Europa

Al 1° gennaio 2025 l'Italia presenta un'età media di 46,8 anni [10]; al 1° gennaio 2026 gli over 65 rappresentano il 25,1% della popolazione residente [73]. L'indice di vecchiaia, pari a 199,8 anziani ogni 100 giovani nel 2023 [9], descrive un rapporto prossimo a due anziani per ogni giovane. Gli over 80 sono 4,591 milioni e superano numericamente i bambini sotto i 10 anni [10]. L'indice di dipendenza degli anziani è al 38% [10], destinato a salire al 50% nel 2035 e al 60% nel 2043 [11]. Il tasso di fecondità nel 2025 è sceso a 1,14 figli per donna [73].

Tabella 3.1 — Struttura demografica: Italia nel contesto europeo (ultimi dati disponibili)

Indicatore	Italia	Francia	Germania	Media UE 27
Età mediana (anni)	48,7	42,5	~45	44,7
Over 65 (%)	25,1% [73]	~21%	~23%	~21%
Over 80 (mln)	4,59 mln	—	—	—
Indice vecchiaia	199,8 [9]	~130%	~165%	~145%
Tasso fecondità	1,14 [73]	~1,64	~1,46	~1,34

Fonti: [10] ISTAT Rapporto Annuale 2025; [11] ISTAT Previsioni 2025; [61] Assosalute/Eurostat 2025.

3.2 Proiezioni demografiche al 2070

Le previsioni ISTAT [11] (scenario mediano, base 1° gennaio 2024) delineano un futuro di invecchiamento accelerato: la popolazione scenderà da 58,97 milioni nel 2024 a 54,7 milioni nel 2050 e a 47,7 milioni nel 2070. Gli over 65 raggiungeranno il 34,6% nel 2050; l'età mediana 51 anni nel 2053.

Tabella 3.2 — Proiezioni demografiche ISTAT, scenario mediano [11]

Anno	Popolazione tot.	Over 65 (%)	Età mediana	Indice dipendenza
2024 (attuale)	58,97 mln	24,7%	~47 anni	38%
2030	57,9 mln	~27%	~49 anni	~45%
2035	~56,5 mln	~30%	~50 anni	~50%
2043	~55 mln	~33%	~51 anni	60%
2050	54,7 mln	34,6%	51 anni	~65%

Fonte: [11] ISTAT, Previsioni demografiche 2025, scenario mediano.

3.3 La fragilità come carico assistenziale

Diversi studi documentano la prevalenza di fragilità negli anziani assistiti dai MMG italiani. L'indagine PASSI d'Argento 2016–2019 [32] riporta circa 18 persone over 65 su 100 fragili, con punte di 30 su 100 in alcune realtà e un gradiente Nord-Sud (25% al Sud vs 16% al Centro-Nord). Lo studio SVEMG su 2.407 pazienti over 65 in Veneto [29] documenta una prevalenza standardizzata del 22,63%; lo studio esteso a Veneto e Sicilia su 4.531 pazienti [30] riporta 25,74% (donne: 30,00%; uomini: 20,08%). Il PC-FI sviluppato su 308.280 pazienti over 60 del database Health Search nazionale [31] documenta che quasi il 15% dei pazienti over 60 nelle cure primarie italiane è affetto da fragilità moderata o severa.

3.4 Il contesto socioeconomico

Con un PIL pro capite nominale di 39.580 dollari nel 2024 [47], l'Italia si posiziona al 18° posto in Europa — sotto la media dei principali Paesi di confronto. La disuguaglianza interna è marcata: il PIL pro capite lombardo e altoatesino supera la media UE (129–130 su base 100 europea), mentre la Calabria è al 57%. Cinque regioni italiane figurano tra le 20 europee con il punteggio più basso nell'Indice del Buon Governo 2024, tutte nel Mezzogiorno. La povertà assoluta colpisce 5,7 milioni di persone (9,7% della popolazione) [10]; un quinto della popolazione è a rischio povertà o esclusione sociale [10].

Nel Q4 2024 il reddito reale pro capite delle famiglie italiane ha subito il calo peggiore tra i G7 (–0,6%) [47]. La spesa previdenziale nel 2024 ha raggiunto 400,4 miliardi di euro (circa il 20% del PIL [10]), segnalando una forte pressione del welfare pensionistico sul bilancio pubblico che si interseca con il sotto-investimento in sanità.

4. Finanziamento sanitario

4.1 La spesa sanitaria pubblica nel confronto internazionale

Nel 2024 la spesa sanitaria pubblica italiana si attesta al 6,3% del PIL [7], sedicesima in Europa e ultima tra i G7. La spesa pubblica pro capite è pari a 3.835 dollari PPP, inferiore sia alla media OCSE (4.625 dollari) sia alla media dei Paesi europei (4.689 dollari); tra i Paesi UE, tredici investono più dell'Italia, con la Germania a 8.080 dollari pro capite [8].

Tabella 4.1 — Spesa sanitaria pubblica pro capite: confronto selezionato (2024)

Paese/aggregato	Spesa pubblica pro capite (\$PPP)	Differenza vs. Italia
ITALIA	3.835	—
Spagna	3.893	+58
Media OCSE	4.625	+790
Media Paesi europei	4.689	+854
Germania	8.080	+4.245

Fonte: [8] Osservatorio GIMBE sulla spesa sanitaria pubblica in Italia — 2024.

4.2 Il VII Rapporto GIMBE 2024: le aree prioritarie del sistema

Il VII Rapporto GIMBE [7], presentato l'8 ottobre 2024 al Senato della Repubblica, documenta un quadro di sotto-investimento strutturale: spesa sanitaria pubblica 2023 al 6,2% del PIL; gap pro capite con la media UE di 807 euro l'anno (47,6 miliardi complessivi); 4,5 milioni di rinunce alle cure nel 2023 (2,5 milioni per ragioni economiche); spesa per prevenzione -18,6% nel biennio 2022–2023; LEA rispettati nel 2022 solo in 13 regioni su 20; 5.575 MMG carenti; 19% delle Case di Comunità attive al giugno 2024 (268 su 1.421 previste).

4.3 Il valore economico della medicina generale

Il valore economico della medicina generale non può essere ridotto al costo capitaro del MMG, ma va valutato rispetto alla capacità potenziale di limitare l'impiego di risorse sanitarie a maggiore intensità e costo: ricoveri evitabili, accessi non appropriati al pronto soccorso, duplicazioni specialistiche e frammentazione dei percorsi per pazienti cronici e multimorbidi.

Nel caso italiano, le 224 ospedalizzazioni evitabili per 100.000 abitanti contro 473 di media OCSE [2,71] indicano una performance comparativamente favorevole. Applicando in modo puramente descrittivo questa differenza alla popolazione italiana, il divario corrisponde a circa 146.000 ricoveri annui in meno rispetto a uno scenario ipotetico allineato alla media OCSE. Assumendo a scopo illustrativo un costo medio di 5.000 euro per ricovero medico, l'ordine di grandezza potenziale è di circa 730 milioni di euro l'anno. Questa stima non deve

essere interpretata come risparmio causalmente attribuibile alla sola medicina generale; è uno scenario controfattuale descrittivo.

La letteratura internazionale documenta associazioni tra continuità in cure primarie e minore utilizzo di servizi ad alto costo. Barker et al. [74] hanno osservato in Inghilterra una minore probabilità di ricoveri ACSC nei pazienti anziani con maggiore continuità. Bazemore et al. [75] hanno rilevato, in una popolazione Medicare statunitense, associazioni tra maggiore continuità con il medico di cure primarie, minore spesa sanitaria complessiva e minore probabilità di ospedalizzazione. Hollander e collaboratori [76,77] hanno studiato il rapporto tra attachment alle cure primarie e costi complessivi in Canada. Schwab [78] ha mostrato che interruzioni quasi casuali della relazione paziente-medico sono associate a un aumento della spesa del 3-5%. Kajaria-Montag et al. [79] hanno analizzato la continuità con il medico abituale come fattore associato a maggiore produttività clinica.

Queste evidenze non dimostrano automaticamente che il differenziale italiano di ospedalizzazioni evitabili sia economicamente attribuibile ai MMG. Sostengono piuttosto che continuità, accessibilità e coordinamento delle cure primarie rappresentano meccanismi plausibili attraverso cui la medicina generale può contribuire a contenere l'uso di risorse ad alta intensità. Per stimare il ritorno economico marginale nel contesto italiano servirebbero studi specifici con disegni controfattuali e dati individuali.

Tabella 4.2 — Studi sulla continuità in cure primarie e costi sanitari

Studio	Contesto	Indicatore	Risultato rilevante
Barker et al., 2017 [74]	Inghilterra, anziani	Ricoveri ACSC	Maggiore continuità associata a minori ricoveri ACSC (-12,5%)
Bazemore et al., 2018 [75]	USA, Medicare	Spesa totale; ospedalizzazioni	Maggiore continuità associata a minore spesa totale (-14,1%) e minori ospedalizzazioni (-16,1%)
Hollander et al., 2009/2015 [76,77]	Canada, pazienti ad alto bisogno	Costi complessivi	Maggiore attachment alla primary care associato a minori costi complessivi, soprattutto ospedalieri
Schwab, 2025 [78]	USA, discontinuità paziente-medico	Costi sanitari	Interruzione della continuità associata a +3-5% di costi
Kajaria-Montag et al., 2024 [79]	Inghilterra, >10 milioni consultazioni	Produttività clinica	Medico abituale associato a maggiore intervallo alla visita successiva (+18,1%)

5. Esiti di salute: posizionamento internazionale

5.1 Speranza di vita

Secondo i dati preliminari Eurostat [69], nel 2024 l'Italia registra una speranza di vita di 84,1 anni, in co-primato europeo con la Svezia e 2,4 anni sopra la media UE di 81,7. I dati definitivi ISTAT [10] indicano 83,4 anni (81,4 per gli uomini, 85,5 per le donne). Nel confronto internazionale l'Italia si colloca stabilmente nel gruppo dei Paesi a più alta longevità, sebbene il posizionamento puntuale vari in funzione della fonte, dell'anno di osservazione e dell'inclusione o meno di territori non sovrani [46,69].

Il confronto tra speranza di vita e spesa sanitaria pro capite mostra che livelli di spesa più elevati non si traducono automaticamente in maggiore longevità. Tale associazione descrittiva non costituisce però un indicatore di efficienza causale, perché risente di numerosi fattori confondenti — struttura demografica, prevenzione, stili di vita, disuguaglianze e organizzazione dei servizi.

Tabella 5.1 — Speranza di vita alla nascita: confronto europeo 2024 (anni)

Paese	S.V. (anni)	vs. media UE	Rank UE
ITALIA	84,1	+2,4	1°–2°
Svezia	84,1	+2,4	1°–2°
Spagna	84,0	+2,3	3°
Francia	83,1	+1,4	~8°
Germania	82,0	–0,5	~20°
Media UE 27	81,7	0,0	—
Lettonia	76,2	–5,5	27°

Fonte: [4] Eurostat, dati preliminari 2024; [10] ISTAT Rapporto Annuale 2025.

5.2 Anni di vita in buona salute

Nella metrica funzionale Eurostat (Healthy Life Years, HLY-GALI [70]), l'Italia è seconda per gli uomini (68,5 anni) e terza per le donne (69,6 anni) nell'UE nel 2023, nettamente sopra la media UE (62,8 e 63,3 anni). Dai dati ISTAT [9], la speranza di vita in buona salute è 58,1 anni nel 2024 (minimo decennale per le donne a 56,6 anni), al di sotto della media UE di circa 63 anni. Le due misure riflettono fenomeni distinti: autonomia funzionale elevata (GALI) vs. carico crescente di patologie croniche che influenzano la salute percepita.

5.3 Mortalità evitabile

La mortalità evitabile è un indicatore composito che include decessi prematuri potenzialmente prevenibili mediante interventi di sanità pubblica e decessi potenzialmente

trattabili mediante cure tempestive ed efficaci. Secondo Eurostat, nel 2022 l'Italia registra 176,7 decessi evitabili per 100.000 abitanti contro una media UE di 257,8; la componente trattabile è pari a 63,5 per 100.000 e quella prevenibile a 113,3 [4]. Nel rapporto OECD Health at a Glance 2025, che utilizza una diversa standardizzazione e un diverso perimetro comparativo, l'Italia presenta una mortalità evitabile totale pari a 145 per 100.000, contro una media OCSE di 222 [1]. I due valori non vanno mescolati nella stessa tabella, ma sono coerenti nell'indicare un posizionamento comparativamente favorevole.

L'attribuzione degli esiti italiani richiede un approccio multicausale. Almeno cinque fattori si rinforzano reciprocamente: (1) stili di vita e tradizioni alimentari favorevoli, inclusa la dieta mediterranea [54]; (2) un sistema di cure primarie universalistico, con lista stabile e funzione di coordinamento; (3) reti familiari di supporto informale, che compensano solo in parte il limitato sviluppo della long-term care formale (1,5 lavoratori LTC per 100 over 65 contro 5,0 nella media OCSE [2]); (4) copertura sanitaria universale; (5) disponibilità complessiva di professionisti sanitari, pur in presenza di carenze specifiche di MMG e infermieri [2,7].

Tabella 5.2 — Mortalità evitabile totale nei Paesi OECD selezionati, 2023 o ultimo anno disponibile (decessi per 100.000 abitanti, tassi standardizzati per età)

Paese	Mortalità evitabile totale /100.000	Differenza vs media OCSE	Fonte/nota
Svizzera	114	-108	OECD Table 1.2
Svezia	133	-89	OECD Table 1.2
Spagna	142	-80	OECD Table 1.2
Italia	145	-77	OECD Table 1.2
Paesi Bassi	149	-73	OECD Table 1.2
Francia	162	-60	OECD Table 1.2
Danimarca	175	-47	OECD Table 1.2
Portogallo	180	-42	OECD Table 1.2
Germania	195	-27	OECD Table 1.2
Grecia	213	-9	OECD Table 1.2
Media OCSE	222	0	OECD Table 1.2
Regno Unito	227	+5	OECD Table 1.2
Polonia	316	+94	OECD Table 1.2
Ungheria	390	+168	OECD Table 1.2
Lettonia	412	+190	OECD Table 1.2

Fonte: [1] OECD, Health at a Glance 2025, Table 1.2. Per i dati Eurostat 2022 sulla scomposizione prevenibile/trattabile si veda il testo.

5.4 Ospedalizzazioni evitabili (ACSC)

L'OECD Health at a Glance 2025 [2] documenta per l'Italia 224 ricoveri ospedalieri evitabili per 100.000 abitanti contro una media OCSE di 473. Il dato è espresso come tasso standardizzato per età e sesso ed è coerente con una posizione comparativamente favorevole nella gestione territoriale di condizioni croniche sensibili alle cure ambulatoriali. L'indicatore deve tuttavia essere interpretato con cautela: le differenze internazionali possono risentire anche di pratiche di codifica, offerta ospedaliera, soglie di ricovero, accessibilità alle cure acute, disponibilità di specialistica, assistenza domiciliare e long-term care [2,71].

La disaggregazione per patologia evidenzia posizioni particolarmente favorevoli: 31 ricoveri per 100.000 per asma e BPCO (media OCSE: 155), 162 per scompenso cardiaco congestizio (media OCSE: 205), 31 per diabete (media OCSE: 111) [71]. Questi valori rafforzano la plausibilità del ruolo delle cure primarie nella gestione della cronicità, senza autorizzare attribuzioni monocausali.

Un elemento di rilievo interpretativo riguarda il carico assistenziale non pienamente catturato dal solo tasso standardizzato. Pur essendo standardizzato per età e sesso, l'indicatore non esaurisce la complessità associata a fragilità, multimorbilità, isolamento sociale e bisogni di long-term care. In un Paese con il 25,1% di over 65 al 1° gennaio 2026 [73], una quota elevata di anziani con malattie croniche o limitazioni gravi [9] e prevalenze di fragilità negli over 65 assistiti dai MMG intorno al 22-26% [29,30], il dato sulle ACSC va letto insieme alla composizione clinica e sociale della popolazione.

Tabella 5.3 — Ospedalizzazioni evitabili per condizione cronica (per 100.000 abitanti, tassi standardizzati per età e sesso) — OECD H@G 2025 [71]

Condizione cronica	Italia	Media OCSE	Scostamento
Asma + BPCO	31	155	-80,0%
Scompenso cardiaco congestizio	162	205	-21,0%
Diabete	31	111	-72,1%
Totale ACSC	224	473	-52,6%

5.5 Sintesi della performance italiana nel confronto OECD

L'OECD Health at a Glance 2025 [1,2] valuta il sistema sanitario italiano su 30 indicatori chiave. L'Italia supera la media OCSE in sette su dieci indicatori di stato di salute. Le aree di forza includono: mortalità prevenibile 93/100.000 (OCSE: 145), spesa per prevenzione 4,6% (OCSE: 3,4%), unmet needs 1,8% (OCSE: 3,4%), densità medica 5,4/1.000 (OCSE: 3,9), mortalità a 30 giorni dopo infarto acuto del miocardio 4,7% (OCSE: 6,5%), dopo ictus 6,9% (OCSE: 7,7%) [2]. Le aree critiche includono: soddisfazione per qualità delle cure 44% (OCSE: 64%), densità infermieri 6,9/1.000 (OCSE: 9,2), lavoratori LTC per 100 over 65: 1,5 (OCSE: 5,0).

Tabella 5.4 — Performance Italia vs. OCSE: sintesi OECD H@G 2025 [2]

Indicatore	Italia	Media OCSE	Posizionamento
Ospedalizzazioni evitabili /100.000	224	473	FAVOREVOLE -52,6%
Speranza di vita (anni)	83,5	81,1	FAVOREVOLE +2,4 anni
Mortalità prevenibile /100.000	93	145	FAVOREVOLE -36%
Mortalità trattabile /100.000	52	< mediana	FAVOREVOLE
Mortalità 30gg post-AMI (%)	4,7%	6,5%	FAVOREVOLE -1,8 pp
Mortalità 30gg post-ictus (%)	6,9%	7,7%	FAVOREVOLE -0,8 pp
Spesa prevenzione (% san.)	4,6%	3,4%	FAVOREVOLE +1,2 pp
Unmet needs (%)	1,8%	3,4%	FAVOREVOLE -1,6 pp
Soddisfazione qualità cure	44%	64%	SFAVOREVOLE -20 pp
Infermieri /1.000 ab.	6,9	9,2	SFAVOREVOLE -25%
LTC workers / 100 over 65	1,5	5,0	SFAVOREVOLE -70%

Fonte: [2] OECD Health at a Glance 2025, Country Note Italy.

6. BPCO e scompenso cardiaco: le patologie croniche come caso-test

6.1 Cronicità e ospedalizzazioni evitabili nel confronto OECD e nel PNE

L'OECD considera i ricoveri per asma, BPCO, scompenso cardiaco congestizio e diabete come indicatori della qualità e accessibilità delle cure primarie, perché una quota rilevante della gestione di tali condizioni può essere efficacemente erogata a livello territoriale. L'interpretazione richiede tuttavia cautela: tassi bassi possono riflettere anche differenze nelle soglie di ricovero, disponibilità di posti letto, pratiche di codifica, assetti dell'urgenza, assistenza domiciliare e long-term care [71].

I risultati comparativi non eliminano il peso clinico e organizzativo delle patologie croniche nel contesto nazionale. Il Programma Nazionale Esiti (PNE) AGENAS documenta che scompenso cardiaco e BPCO rappresentano condizioni ad alto volume assoluto di ricoveri, con marcata variabilità interregionale, coerente con differenze territoriali nell'organizzazione delle cure primarie, dell'assistenza domiciliare, dell'integrazione specialistica e della disponibilità di servizi territoriali.

I dati PNE su mortalità a 30 giorni, riospedalizzazione e trend dei ricoveri descrivono la gravità della condizione una volta avvenuta l'ospedalizzazione; il dato OECD colloca l'Italia in una posizione favorevole nel confronto internazionale rispetto alla frequenza dei ricoveri evitabili. I due livelli non sono contraddittori: indicano che il sistema contiene relativamente bene i ricoveri nel confronto internazionale, pur mantenendo margini di miglioramento

interni su presa in carico, continuità post-dimissione e riduzione delle disuguaglianze regionali.

6.2 Meccanismi plausibili di contributo della medicina generale

I meccanismi attraverso cui la medicina generale può contribuire a contenere le ospedalizzazioni per ACSC includono: diagnosi precoce favorita dalla conoscenza longitudinale del paziente, gestione tempestiva delle riacutizzazioni lievi o moderate, educazione terapeutica e self-management, riconciliazione farmacologica, sorveglianza della polipatologia e coordinamento con specialistica, assistenza domiciliare e servizi sociali. La letteratura italiana ed europea suggerisce che accessibilità e organizzazione delle cure primarie sono associate a differenze nei tassi di ospedalizzazione evitabile, ma il nesso non va letto in modo monocausale.

7. I dati SVEMG «MilleinRete»: un decennio di monitoraggio sistematico

7.1 Il progetto MilleinRete

La Scuola Veneta di Medicina Generale (SVEMG) gestisce dal 2010 il network «MilleinRete», parte del database nazionale Health Search, che raccoglie dati clinico-assistenziali da cartelle cliniche informatizzate di oltre 150.000 assistiti seguiti da ~107 MMG in 14 ULSS venete [26]. Il primo Report MilleinRete, pubblicato nel 2022 [26], copre il decennio 2011–2021 e costituisce la più estesa analisi sistematica dell'attività clinica quotidiana dei MMG italiani disponibile nella letteratura nazionale.

7.2 Il carico di lavoro: +37% in dieci anni

Il dato più rilevante del Report MilleinRete [26] riguarda l'evoluzione del carico di lavoro nel decennio 2011–2021: i contatti giornalieri per MMG sono aumentati da una media di 54 nel 2011 a 74 nel 2021 (+37%). L'incremento è risultato «essenzialmente associato ad un incremento, lineare e progressivo, di attività non elettivamente pertinenti all'atto medico in sé» [27]: prescrizioni farmaceutiche, certificazioni, impegnative specialistiche, rinnovi piani terapeutici, compilazione modulistica, comunicazioni digitali. Il numero di visite cliniche è rimasto relativamente stabile nel periodo.

Questi dati veneti sono coerenti con quelli nazionali del CERGAS OASI 2024 [5]: 45 contatti clinici al giorno per MMG, ai quali si sommano ~30 gestiti dalla segreteria (totale ~75), su un campione di 78 MMG in tre regioni. La convergenza tra i due dataset — veneto longitudinale e nazionale trasversale — conferma la robustezza dell'evidenza sul carico assistenziale.

Tabella 7.1 — SVEMG MilleinRete: evoluzione del carico di lavoro 2011–2021 [26,27]

Anno	Contatti medi/giorno per MMG	Variazione vs. 2011	Nota principale
2011	54	0% (baseline)	Avvio network
2015	~62	+15%	Crescita digitale
2019	~67	+24%	Pre-pandemia
2020	~70	+30%	Picco COVID
2021	74	+37%	Massimo decennale

Fonte: [26] Battaglia et al. (2022), Report MilleinRete, SVEMG; [27] Battaglia et al. (2023), *Quotidiano Sanità*.

7.3 Le forme organizzative avanzate

Battaglia, Novelletto e Fusello [28] documentano che le Medicine di Gruppo Integrate (MGI), istituite con delibera della Regione Veneto nel 2015, durante il periodo COVID sono state associate a un maggior numero di contatti, visite ambulatoriali, misurazioni di emoglobina glicata e visite diabetologiche rispetto ad altre forme organizzative. Il 61,85% degli assistiti nel network è seguito in strutture con almeno un infermiere; il 71,08% in strutture con almeno un collaboratore di studio [26].

7.4 La crisi di attrattività della specialità

FIMMG Formazione Veneto [35] documenta che nel concorso per l'accesso al CFSMG triennio 2024–2027, su 248 posti disponibili si sono presentati circa 100 candidati in meno: il 40% delle borse finanziate è andato deserto in Veneto. Il fenomeno è descritto come endemico e più grave nelle regioni del Nord — paradossalmente quelle con il sistema di medicine di gruppo più avanzato — dove il carico percepito è più alto e la remunerazione netta non adeguata alla responsabilità.

8. La trasformazione del modello: evidenze dal Rapporto OASI/CERGAS Bocconi 2024

8.1 La ricerca sui modelli di interazione

Il Rapporto OASI 2024 [6] contiene la prima analisi quantitativa sistematica su larga scala delle interazioni MMG-paziente in Italia. Il capitolo 12 [5] presenta i risultati di 78 MMG monitorati per 5 giorni in tre regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Campania): 22.738 contatti totali, media 45 clinici al giorno per MMG, 65% da remoto (range 57–69% per area). La convergenza del dato di digitalizzazione tra Lecco (69%) e Napoli-Scampia (57%) — contesti socio-economici radicalmente diversi — suggerisce un fenomeno strutturale, non contingente.

Questa «rivoluzione spontanea» ha preceduto qualsiasi scelta strategica delle politiche sanitarie nazionali, emergendo come risposta adattiva alla crescita del carico assistenziale. La frammentazione informatica rappresenta un'area ad alta priorità: i MMG lombardi utilizzano mediamente 11 software pubblici distinti che «difficilmente dialogano tra loro» [5].

8.2 Il contesto organizzativo e le quattro aree prioritarie

Il CERGAS OASI 2024 [6] identifica nel SSN quattro aree prioritarie principali: sottofinanziamento strutturale (6,3% del PIL [7]), mismatch tra offerta e nuovi bisogni di cronicità, frammentazione informatica, carenza di personale. La cronicità riguarda il 41% della popolazione residente; gli over 65 sono quasi 14,6 milioni [10], di cui oltre la metà con due o più malattie croniche.

9. Cure primarie, continuità e outcomes di salute

9.1 Il framework Starfield e la letteratura comparata

Starfield (JAMA, 1991) [15] confronta 10 Paesi occidentali documentando concordanza tra forza delle cure primarie e migliori indicatori di salute in 9 su 10. Macinko, Starfield e Shi (HSR, 2003) [16] analizzano i dati panel OCSE 1970–1998: la forza delle cure primarie è predittore indipendente di minore mortalità evitabile, controllando per PIL e spesa sanitaria. La revisione sistematica Starfield, Shi e Macinko (Milbank Quarterly, 2005) [17] quantifica che ogni aumento di 1 MMG per 10.000 abitanti è associato in media a una riduzione del 5,3% della mortalità per tutte le cause.

Nel contesto italiano, studi specifici confermano la rilevanza dell'organizzazione delle cure primarie sulle ACSC. Rosano et al. [23] hanno documentato nelle regioni italiane che densità e tipo di cure primarie influenzano i tassi di ospedalizzazione evitabile. Pongiglione et al. [24] hanno rilevato nell'area metropolitana di Milano disuguaglianze nelle ACSC correlate all'accesso alle cure primarie. Allegri et al. [25] hanno mostrato che gli immigrati — con accesso ridotto alle cure primarie — presentano un rischio ACSC superiore rispetto agli italiani.

Tabella 9.1 — Sintesi evidenza scientifica: cure primarie, continuità e outcomes

Studio	Metodo	Risultato principale
Starfield, JAMA 1991 [15]	10 Paesi occidentali	Concordanza forza CP e indicatori salute in 9/10 Paesi
Macinko et al., HSR 2003 [16]	Panel OCSE 1970–1998	CP predittore indep. mortalità evitabile; robusto al controllo PIL/spesa
Starfield et al., Milbank Q. 2005 [17]	Review sistematica	+1 MMG/10.000 pop. → -5,3% mortalità
Pereira Gray et al., BMJ Open 2018 [18]	Prima rev. sist. continuità/mortalità	Alta continuità → minore mortalità
Baker et al., BJGP 2020 [19]	Revisione sistematica aggiornata	Conferma continuità-mortalità; meccanismo: conoscenza cumulativa, fiducia
Prior et al., Lancet Prim Care 2025 [20]	Registro nazionale danese; adulti iscritti a una general practice clinic	Maggiore durata di iscrizione alla stessa pratica associata a minori esiti avversi; non misura direttamente indice +0,2 ACSC
Engström et al., BJGP 2025 [21]	18 studi, 2000–2023; GRADE	Continuità riduce mortalità, ricoveri, PS (certezza moderata)
Rosano et al., Eur J PH 2013 [23]	Regioni italiane	Densità e tipo CP influenzano ACSC nelle regioni IT
Pongiglione et al., BMJ Open 2020 [24]	Milano metropolitana	Disuguaglianze ACSC correlate ad accesso CP
Allegri et al., eClinMed 2022 [25]	SDO nazionali	Immigrati (CP ridotto) > rischio ACSC degli italiani
Sandvik et al., BMJ QS 2022 [65]	Registro nazionale Norvegia	Continuità GP predice minore mortalità e ricoveri urgenti
Hetlevik et al., BMJ Open 2021 [80]	Registro norvegese, anziani	+0,2 indice di continuità associato a -8,1% ricoveri ACSC

CP = Cure Primarie; ACSC = Ambulatory Care Sensitive Conditions.

9.2 Continuità personale

La continuità personale delle cure è la dimensione più solidamente documentata della medicina generale. La revisione sistematica di Pereira Gray et al. [18] associa una maggiore continuità con minori tassi di mortalità; Baker e Freeman [19] richiamano i meccanismi della fiducia, della conoscenza cumulativa e dell'aderenza terapeutica; una revisione BJGP del 2025 [21] conferma, con certezza moderata, associazioni favorevoli con mortalità, ricoveri e

accessi al pronto soccorso. Sandvik et al. [65] confermano in Norvegia che la continuità predice minore mortalità, minori ricoveri urgenti e minore ricorso alle cure fuori orario.

La continuità non ha soltanto rilevanza clinica, ma anche distributiva. In un contesto di inverse care law, una medicina generale accessibile, stabile e associata a una popolazione definita può rappresentare un presidio universalistico per anziani soli, pazienti multimorbidi, persone con bassa alfabetizzazione sanitaria, immigrati e soggetti economicamente vulnerabili. Questi meccanismi sono particolarmente rilevanti quando la capacità del paziente di navigare autonomamente il sistema è limitata.

9.3 Multimorbilità, comprensività e coordinamento

La rilevanza delle cure primarie cresce con la multimorbilità. Nei pazienti con più condizioni croniche, la medicina specialistica per organo tende fisiologicamente a produrre percorsi frammentati; la medicina generale è invece chiamata a integrare priorità, terapie, preferenze e rischi in un quadro unitario. Le analisi OECD più recenti sottolineano che cure primarie ben progettate migliorano l'esperienza e il coordinamento delle persone con più patologie croniche [68].

La medicina generale non va descritta come determinante sociale in senso stretto. Opera piuttosto come mediatore istituzionale: intercetta la traduzione clinica dei determinanti sociali distali e può ridurne alcune conseguenze attraverso accessibilità, continuità, coordinamento e presa in carico longitudinale. Questa funzione è particolarmente evidente nelle aree di intersezione tra bisogno clinico e vulnerabilità sociale: multimorbilità, fragilità, isolamento, povertà farmaceutica, difficoltà di accesso alla specialistica e bassa health literacy.

10. Confronto tra assetti organizzativi europei

10.1 Funzioni di sistema più che status contrattuale

Lo status contrattuale è una delle variabili rilevanti, non l'unica. Le funzioni effettivamente garantite dal sistema sono quelle determinanti: continuità personale, responsabilità su una popolazione definita, accessibilità, coordinamento, comprensività clinica, integrazione multiprofessionale e capacità informativa. Il modello italiano di MMG convenzionato con lista stabile è rilevante in quanto storicamente ha incorporato alcune di queste funzioni. Qualsiasi riforma dovrebbe essere valutata non sulla base dell'etichetta contrattuale, ma sulla sua capacità di preservare o rafforzare continuità, prossimità, responsabilità e coordinamento.

10.2 Il caso britannico

Tammes et al. [22] documentano un declino statisticamente significativo della continuità delle cure primarie in Inghilterra tra il 2012 e il 2017, con livelli inferiori di continuità personale nelle pratiche con maggiore quota di GP salaried. Questo dato supporta una

riflessione sul rapporto tra assetti organizzativi e continuità, ma non consente generalizzazioni semplicistiche. Uno studio successivo sui modelli occupazionali dei GP inglesi [43] ha confrontato partnership e lavoro salariato rispetto a soddisfazione professionale e pressioni lavorative, senza misurare direttamente la continuità relazionale: è più corretto utilizzare tale fonte per discutere la sostenibilità della forza lavoro, non per attribuire automaticamente al lavoro salariato una minore qualità longitudinale.

10.3 Spagna, Portogallo, Paesi Bassi e Danimarca

Nel 2025 la Spagna registra 426 ospedalizzazioni evitabili per 100.000 abitanti e il Portogallo 236, rispetto alle 224 dell'Italia [2]. I Paesi Bassi, caratterizzati da cure primarie forti e GP autonomi, si attestano a 364, mentre la Danimarca, anch'essa dotata di medicina generale strutturata, presenta 514 ricoveri evitabili per 100.000 [2]. La variabilità osservata suggerisce che il solo assetto giuridico del medico non è sufficiente a interpretare integralmente la performance dei sistemi.

L'analisi OECD/The Health Foundation del 2025 [67] rileva che continuità, gatekeeping e incentivi alla qualità sono associati a minori ricoveri evitabili. I confronti con Spagna e Portogallo restano informativi sul piano organizzativo, ma devono essere interpretati insieme a disponibilità di personale, accessibilità, distribuzione territoriale e altre componenti del sistema sanitario.

Tabella 10.1 — Confronto tra sistemi europei: indicatori chiave OECD 2025 [2]

Indicatore	ITALIA (conv.)	SPAGNA (dip.)	PORTOGALLO (dip.)	Media OCSE
Osp. evitabili /100.000	224	426	236	473
Mortalità 30gg AMI	4,7%	6,3%	7,1%	6,5%
Mortalità 30gg ictus	6,9%	9,4%	9,3%	7,7%
S.V. (anni 2024)	84,1	84,0	~82,5	81,7
Spesa san. totale pro capite	5.164 \$	5.346 \$	5.212 \$	5.967 \$

Fonti: [2] OECD H@G 2025; [40] WHO Spain 2025; [41] WHO Portugal 2025; [67] OECD/Health Foundation 2025.

11. Tempi di attesa, accessi al Pronto Soccorso e visite domiciliari

11.1 I tempi di attesa

I dati Cittadinanzattiva [57] documentano 24.000 segnalazioni in 17 mesi per problemi di prenotazione. Altroconsumo [58] documenta che il 52% delle visite specialistiche e il 36% degli esami diagnostici superano i tempi massimi previsti dal PNGLA. La Legge 107/2024 ha

istituito la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA) gestita da AGENAS, la cui attuazione è in corso.

Nel confronto internazionale [38], per la chirurgia elettiva l'Italia registra tempi mediani di circa 29 giorni — nettamente sotto la media OCSE. Il problema italiano è strutturalmente concentrato sulla specialistica ambulatoriale di primo livello, non sulla chirurgia programmata.

11.2 Accesso al Pronto Soccorso

Lo studio condotto dall'ASL di Mantova [33] documenta un fenomeno controintuitivo: gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso avvengono prevalentemente durante gli orari di apertura degli ambulatori dei MMG, non nei vuoti di copertura. I dati AGENAS 2023 [13] confermano su scala nazionale: 18,27 milioni di accessi al PS nel 2023 (+6% vs 2022), il 68% classificati come codici bianchi e verdi; ~4 milioni (22% del totale) impropri — non traumatici, in orario diurno, con dimissione al domicilio.

La conclusione dello studio ASL Mantova [33] è che «l'attuale comportamento dei pazienti non potrà mai essere disincentivato aumentando semplicemente l'orario di copertura ambulatoriale, perché non da ciò dipende la possibilità di rispondere a questo specifico bisogno sanitario». Il paziente accede al PS non perché il MMG è assente, ma perché cerca la risposta diagnostica completa (laboratorio urgente, imaging, consulenza specialistica) che la struttura ambulatoriale territoriale non è attrezzata a favorire in tempi brevi. Tempi di attesa per i codici impropri: 164 minuti in media per il codice bianco, 229 per il verde, 416 per il giallo [13].

11.3 Le visite domiciliari

Boerma e Groenewegen [36], in uno studio su 18 Paesi europei, documentano che nei Paesi dove i medici di medicina generale sono principalmente liberi professionisti autonomi il numero di visite domiciliari settimanali è sistematicamente più alto che nei Paesi con medici dipendenti. Il meccanismo è strutturale: il MMG autonomo risponde direttamente al paziente nella relazione fiduciaria; il medico dipendente risponde a protocolli e orari aziendali.

Il trend europeo mostra un declino generalizzato delle visite domiciliari. In Olanda, uno studio recente [62] documenta un calo del 32% tra il 2017 e il 2023, con riduzione concentrata nelle «visite brevi» generali (-52%) e aumento delle visite per cure palliative intensive (+12%). Il dato suggerisce una razionalizzazione selettiva: i GP, sotto pressione crescente, mantengono le visite clinicamente indispensabili eliminando quelle sostituibili dalla telemedicina.

12. Vulnerabilità strutturali e aree prioritarie

12.1 Carenza di MMG e ricambio generazionale

La riduzione di 5.197 MMG tra il 2019 e il 2024 (-14,1%) [7] rappresenta la criticità più rilevante per la sostenibilità del sistema. La carenza strutturale stimata è di 5.575–5.700 unità [7]. Il CFSMG forma 1.800–2.000 medici l'anno — insufficienti a rimpiazzare i pensionamenti. In Veneto, il 40% delle borse CFSMG 2024–2027 è andato deserto [35].

12.2 Soddisfazione, rinunce alle cure e spesa out-of-pocket

La soddisfazione per la disponibilità di cure di qualità è al 44% contro il 64% della media OCSE [2]. Nel 2023, 4,5 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure [7], di cui 2,5 milioni per ragioni economiche. La spesa out-of-pocket è cresciuta del 10,3% nel 2023 [7]. La Corte dei Conti [60] documenta che nel 2024 il 22,3% della spesa sanitaria totale (41 miliardi) è a carico diretto delle famiglie.

12.3 Divario Nord-Sud e variabilità nei LEA

La mortalità evitabile presenta un gradiente territoriale marcato: Nord-Est 15,6 per 10.000 vs Sud 20,0 per 10.000 [9]. La speranza di vita in buona salute è di 60,6 anni al Nord contro 56,5 anni nel Mezzogiorno [9]. Solo 13 regioni su 20 rispettano i LEA nel 2022 [7]. La variabilità regionale nei tassi di ACSC per BPCO e scompenso è molto marcata [12], coerente con differenze nell'organizzazione delle cure primarie e nell'integrazione dei servizi territoriali.

12.4 DM 77/2022: integrazione territoriale e continuità della relazione di cura

Il DM 77/2022 mira a rafforzare l'assistenza territoriale attraverso Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità, infermieristica di comunità e presa in carico proattiva. Al giugno 2024, solo il 19% delle Case di Comunità previste risultava attivo (268 su 1.421 programmate) [7]. La nuova infrastruttura territoriale può rafforzare la medicina generale solo se integra équipe multiprofessionali e continuità del rapporto MMG-paziente, evitando una frammentazione ulteriore dei percorsi.

Le Case della Comunità dovrebbero essere valutate non solo in termini di numero di strutture attive, ma anche rispetto a personale effettivamente disponibile, orari di apertura, interoperabilità con la cartella del MMG, modalità di accesso, presa in carico dei pazienti cronici, integrazione con servizi sociali e mantenimento di una responsabilità clinica riconoscibile su una popolazione definita.

13. Il sistema sanitario integrativo: fondi contrattuali e MMG come cerniera

13.1 La struttura della sanità integrativa

La sanità integrativa italiana nel 2023 ha gestito 5,2 miliardi di euro — il 3% della spesa sanitaria totale e l'11,4% di quella privata [49]. I Fondi Sanitari Integrativi di tipo B sono passati da 14 milioni di iscritti nel 2020 a oltre 16 milioni nel 2023 [48]. I principali fondi per volume di contribuzione sono: Fondo Est (516 milioni di euro), FASI (393 milioni), MetaSalute (224 milioni) [48].

La copertura integrativa rimane tuttavia limitata: solo il 24% degli italiani è coperto da sanità integrativa, contro il 70% di Francia e Germania [51]. Dei 15 milioni di lavoratori coperti da CCNL con fondo sanitario, solo 8 milioni sono effettivamente iscritti (53%) [51]. La spesa out-of-pocket delle famiglie ha raggiunto il 22,3% della spesa sanitaria totale nel 2024 (circa 41 miliardi di euro) [60].

13.2 Il paradosso della duplicazione

L'Università Cattolica OCP [50] documenta che circa due terzi dei 3,2 miliardi erogati dai fondi sanitari nel 2023 hanno remunerato prestazioni che rientrano nel perimetro dei LEA del SSN. Il sistema integrativo non integra servizi aggiuntivi, ma sopperisce crescentemente alle carenze del SSN (principalmente liste d'attesa, odontoiatria, diagnostica avanzata). Questo fenomeno — confermato dalla crescita delle sottoscrizioni: +108% dal 2014 al 2022 [49] — è segnale non di benessere del sistema, ma di stress strutturale.

13.3 Il MMG come cerniera universale

L'analisi dei fondi integrativi mette in evidenza una funzione distributiva della medicina generale. In un sistema nel quale la copertura integrativa consente a una parte della popolazione di aggirare le liste d'attesa tramite canali privati, il MMG rimane per la generalità dei cittadini il principale punto stabile, gratuito e universalistico di accesso al SSN. Il suo valore non consiste nell'eliminare le disuguaglianze prodotte dal sistema complessivo, ma nel mantenere almeno il primo livello di cura sottratto a selezione per reddito, condizione occupazionale o copertura assicurativa.

14. Conclusioni e raccomandazioni di policy

14.1 Limiti dell'analisi

L'analisi presenta limiti che devono essere esplicitati. In primo luogo, i confronti internazionali utilizzano dati ecologici e non consentono inferenze causali individuali. In secondo luogo, gli indicatori di ospedalizzazione evitabile, pur essendo ampiamente usati come proxy della qualità delle cure primarie, possono risentire di differenze nella codifica, nell'offerta ospedaliera e nelle soglie di ricovero [2,67]. In terzo luogo, gli esiti italiani

dipendono da determinanti sanitari e non sanitari molteplici. Infine, la media nazionale nasconde una forte eterogeneità regionale.

14.2 Sintesi delle evidenze

Gli esiti favorevoli italiani non possono essere attribuiti a un singolo fattore. Tuttavia, in un Paese caratterizzato da rapido invecchiamento, spesa sanitaria pubblica contenuta e disuguaglianze territoriali persistenti, la presenza di una medicina generale universalistica, capillare e longitudinalmente organizzata costituisce una componente plausibile della resilienza del sistema.

Il contributo della medicina generale non si esaurisce nella possibile riduzione dei ricoveri evitabili. La continuità personale, la conoscenza del contesto e l'accesso non selettivo conferiscono alla medicina generale una funzione clinica e distributiva: può contribuire a intercettare precocemente vulnerabilità, fragilità e difficoltà di accesso, soprattutto nei gruppi con minore capacità di orientarsi nel sistema.

Le principali aree di vulnerabilità osservate - carenza di MMG, sovraccarico burocratico, frammentazione informatica, ritardi nell'integrazione multiprofessionale - non negano il valore del modello, ma indicano condizioni operative che possono ridurne progressivamente l'efficacia. Le riforme dovrebbero quindi modernizzare l'assistenza territoriale senza indebolire continuità personale, responsabilità su popolazione definita e coordinamento dei percorsi.

14.3 Raccomandazioni operative e indicatori misurabili

Le raccomandazioni sono collegate a indicatori misurabili, in modo da trasformare la valorizzazione del ruolo della medicina generale in un'agenda di monitoraggio e miglioramento del sistema.

Tabella 14.1 — Raccomandazioni di policy e indicatori misurabili

Area di policy	Raccomandazione	Indicatori misurabili
Continuità personale	Preservare lista stabile e relazione longitudinale	Indice di continuità per assistito; quota di contatti con medico abituale; cambi medico/anno
Burocrazia	Ridurre attività amministrative improprie	Quota tempo MMG su attività amministrative; richieste burocratiche/1.000 assistiti
Cronicità e multimorbidità	Rafforzare presa in carico proattiva	Quota multimorbidi con piano aggiornato; controlli periodici; aderenza terapeutica
Equità	Monitorare vulnerabilità e “inverse care law”	ACSC per deprivazione e territorio; rinuncia alle cure per reddito/regione
Integrazione digitale	Rendere interoperabili i sistemi informativi	Interoperabilità cartella MMG-specialistica-ospedale-servizi sociali; referti integrati
DM 77/2022	Valutare strutture territoriali per capacità effettiva	Case della Comunità attive, personale presente, accessi, presa in carico reale
Workforce	Aumentare attrattività della disciplina	Posti CFSMG coperti; età media MMG; carico assistiti/MMG; turnover

Ringraziamenti

Si ringrazia la professoressa Caterina Rizzo, Università di Pisa, ordinaria di Igiene e Medicina Preventiva presso il Dipartimento di Ricerca Traslationale e delle Nuove Tecnologie in Medicina e Chirurgia dell'Università di Pisa per il confronto scientifico, le osservazioni metodologiche e i suggerimenti forniti nel corso della revisione del presente lavoro.

Riferimenti bibliografici

- [1] OECD (2025). Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- [2] OECD (2025). Health at a Glance 2025: Italy. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/c737c936-en>
- [3] OECD/European Commission (2024). Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- [4] Eurostat (2025). 1.1 million deaths linked to avoidable conditions in 2022. Eurostat News, 30 June 2025; Eurostat, Preventable and treatable mortality statistics.
- [5] Broccolo G., Guerra F., Longo F., Zazzera A. (2024). I cambiamenti dei modelli di servizio della medicina generale. In: CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2024. Milano: EGEA, cap. 12, pp. 447–468.
- [6] CERGAS SDA Bocconi School of Management (2024). Rapporto OASI 2024. Milano: EGEA.
- [7] Fondazione GIMBE (2024). 7° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale. Bologna: Fondazione GIMBE.
- [8] Fondazione GIMBE (2025). La spesa sanitaria pubblica in Italia: 2024. Bologna: Fondazione GIMBE.
- [9] ISTAT (2025). Rapporto BES 2024: Il Benessere Equo e Sostenibile in Italia. Roma: Istituto nazionale di statistica.
- [10] ISTAT (2025). Rapporto Annuale 2025: La situazione del Paese. Roma: Istituto nazionale di statistica.
- [11] ISTAT (2025). Previsioni della popolazione residente e delle famiglie: base 1° gennaio 2024. Roma: Istituto nazionale di statistica.
- [12] AGENAS (2024). Programma Nazionale Esiti (PNE), edizione 2024. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- [13] AGENAS (2024). Accessi in Pronto Soccorso e implementazione del DM 77/2022 per una migliore presa in carico dei pazienti. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- [14] AGENAS (2023). Rapporto sui Medici di Medicina Generale. Roma: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- [15] Starfield B. (1991). Primary care and health: a cross-national comparison. JAMA, 266(16), 2268–2271. <https://doi.org/10.1001/jama.1991.03470160100040>
- [16] Macinko J., Starfield B., Shi L. (2003). The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. Health Services Research, 38(3), 831–865. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>

- [17] Starfield B., Shi L., Macinko J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>
- [18] Pereira Gray D.J., Sidaway-Lee K., White E., Thorne A., Evans P.H. (2018). Continuity of care with doctors — a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- [19] Baker R., Freeman G.K., Haggerty J.L., Bankart M.J., Nockels K.H. (2020). Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 70(698), e600–e611. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X712289>
- [20] Prior A., Rasmussen L.A., Virgilsen L.F., Vedsted P., Vestergaard M. (2025). Continuity of care in general practice and patient outcomes in Denmark: a population-based cohort study. *The Lancet Primary Care*, 1(2), 100016. <https://doi.org/10.1016/j.lanprc.2025.100016>
- [21] Engström S.G., André M., Arvidsson E., et al. (2025). Personal GP continuity improves healthcare outcomes in primary care populations: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 75(757), e518–e525. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2024.0568>
- [22] Tammes P., Morris R.W., Brangan E., Checkland K., England H., Huntley A., et al. (2021). Is continuity of primary care declining in England? Practice-level longitudinal study from 2012 to 2017. *British Journal of General Practice*, 71(707), e432–e440. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.0935>
- [23] Rosano A., Loha C.A., Falvo R., van der Zee J., Ricciardi W., Guasticchi G., de Belvis A.G. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 23(3), 356–360. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks053>
- [24] Pongiglione B., Torbica A., Gusmano M.K. (2020). Inequalities in avoidable hospitalisation in large urban areas: retrospective observational study in the metropolitan area of Milan. *BMJ Open*, 10(12), e042424. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042424>
- [25] Allegri C., Banks H., Devillanova C. (2022). Avoidable hospitalizations and access to primary care: comparisons among Italians, resident immigrants and undocumented immigrants in administrative hospital discharge records. *eClinicalMedicine*, 46, 101345. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101345>
- [26] Battaggia A., Novelletto B.F., Fusello M. (2022). Report MilleinRete 2022. Padova: Scuola Veneta di Medicina Generale (SVEMG).
- [27] Battaggia A., Novelletto B.F., Fusello M. (2023). Dieci anni di monitoraggio della Medicina Generale: il progetto MilleinRete di SVEMG. *Quotidiano Sanità*, 13 febbraio 2023.
- [28] Battaggia A., Novelletto B.F., Fusello M. (2024). Ma le forme organizzative avanzate della medicina generale hanno funzionato? *Quotidiano Sanità*, 1 marzo 2024.
- [29] Battaggia A., Scalisi A., Novelletto B.F., Fusello M., Michieli R., Cancian M. (2019). Prevalence of frailty in older people in Veneto (Italy). *Journal of Drug Assessment*, 8(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/21556660.2018.1563549>
- [30] Battaggia A., Scalisi A., Magliozzo F., Novelletto B.F., Fusello M., Michieli R., Cancian M. (2019). The burden of frailty in older people visiting GPs in Veneto and Sicily, Italy. *Journal of Drug Assessment*, 8(1), 87–96. <https://doi.org/10.1080/21556660.2019.1612409>

- [31] Vetrano D.L., Zucchelli A., Onder G., Fratiglioni L., Calderón-Larrañaga A., Marengoni A., Marconi E., Cricelli I., Lora Aprile P., Bernabei R., Cricelli C., Lapi F. (2023). Frailty detection among primary care older patients through the Primary Care Frailty Index (PC-FI). *Scientific Reports*, 13, 3543. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-30350-3>
- [32] Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2019). La fragilità in una prospettiva di sanità pubblica: dati PASSI d'Argento 2016–2019. Roma: ISS.
- [33] ASL Mantova (2012). Studio sugli accessi al Pronto Soccorso.
- [34] Agnetti B., Giustini S., Cambielli M. (2024). Osservazioni sugli accessi inappropriati al Pronto Soccorso. Toscana Medica.
- [35] Calabrese G. / FIMMG Formazione Veneto (2024). Allarme sul concorso CFSMG 2024–2027.
- [36] Boerma W.G.W., Groenewegen P.P. (2001). GP home visiting in 18 European countries: adding the role of health system features. *European Journal of General Practice*, 7(4), 132–137. <https://doi.org/10.3109/13814780109094331>
- [37] Theile G., Kruschinski C., Buck M., Müller C.A., Hummers-Pradier E. (2011). Home visits — central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC Family Practice*, 12, 24. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-24>
- [38] OECD (2020). Waiting Times for Health Services: Next in Line. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- [40] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025). Spain: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU. Paris/Brussels.
- [41] OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2025). Portugal: Country Health Profile 2025. State of Health in the EU. Paris/Brussels.
- [43] Gibson J.M., Urwin S., Spooner S., Checkland K., Sutton M. (2025). Employment models for general practitioners in England: evidence from repeated surveys. *Health Policy*, 161, 105425. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105425>
- [46] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2024). World Population Prospects 2024.
- [47] International Monetary Fund (IMF) (2024). World Economic Outlook Database, April 2024.
- [48] Ministero della Salute (2024). I fondi sanitari integrativi in Italia: 3° Rapporto 2021–2023. Roma: Ministero della Salute.
- [49] Fondazione GIMBE (2025). La spesa sanitaria privata in Italia nel 2023. Report Osservatorio GIMBE n. 2/2025. Bologna: Fondazione GIMBE.
- [50] Ferroni F., Iervolino F. (2025). Il ruolo dei fondi sanitari integrativi nel sistema sanitario italiano. Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, Università Cattolica del Sacro Cuore.
- [51] ASSIDIM (2025). Come sta la sanità integrativa? Milano: ASSIDIM.
- [53] Itinerari Previdenziali (2026). Il bilancio del sistema previdenziale italiano: andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell'assistenza per l'anno 2024. XIII Rapporto. Milano: Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali.

- [54] Keys A. (ed.) (1970). Coronary heart disease in seven countries. *Circulation*, 41(4 Suppl. 1), I-1–I-211.
- [57] Cittadinanzattiva (2024). Rapporto annuale sulle liste d'attesa. Roma: Cittadinanzattiva.
- [58] Altroconsumo (2024). Liste di attesa sanitarie: indagine nazionale 2024. Milano: Altroconsumo.
- [59] WHO/UNICEF (2018). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and UNICEF.
- [60] Corte dei Conti (2024). Relazione annuale sulla gestione finanziaria delle Regioni / Sanità 2024. Roma: Corte dei Conti.
- [61] Assosalute/Federchimica (2025). Numeri e indici dell'automedicazione 2025: indicatori demografici e confronto europeo. Milano: Assosalute.
- [62] Leemrijse C.J., Heins M.J., Knottnerus B.J., Hooiveld M. (2025). Declining number of home visits to older adults by GPs: an observational study using data from electronic health records in the Netherlands, 2017–2023. *BJGP Open*, 9(2), BJGPO.2024.0255. <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2024.0255>
- [65] Sandvik H., Hetlevik Ø., Blinkenberg J., Hunskaar S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72(715), e84–e90. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
- [66] World Health Organization (2025). World report on social determinants of health equity. Geneva: WHO.
- [67] OECD/The Health Foundation (2025). How Do Health System Features Influence Health System Performance? OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7b877762-en>
- [68] OECD (2025). Does Healthcare Deliver?: Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS). OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/c8af05a5-en>
- [69] Eurostat (2025). EU life expectancy estimated at 81.7 years in 2024. Eurostat News, 11 September 2025.
- [70] Eurostat (2025). How many healthy life years can EU citizens expect? Eurostat News, 8 August 2025.
- [71] OECD (2025). Avoidable hospital admissions. In: Health at a Glance 2025: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>
- [73] ISTAT (2026). Indicatori demografici: anno 2025. Roma: Istituto nazionale di statistica.
- [74] Barker I., Steventon A., Deeny S.R. (2017). Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross-sectional study of routinely collected, person-level data. *BMJ*, 356, j84. <https://doi.org/10.1136/bmj.j84>
- [75] Bazemore A., Petterson S., Peterson L.E., Bruno R., Chung Y., Phillips R.L. Jr. (2018). Higher primary care physician continuity is associated with lower costs and hospitalizations. *Annals of Family Medicine*, 16(6), 492–497. <https://doi.org/10.1370/afm.2308>

- [76] Hollander M.J., Kadlec H., Hamdi R., Tessaro A. (2009). Increasing value for money in the Canadian healthcare system: new findings on the contribution of primary care services. *Healthcare Quarterly*, 12(4), 32–44.
- [77] Hollander M.J., Kadlec H. (2015). Financial implications of the continuity of primary care. *The Permanente Journal*, 19(1), 4–10. <https://doi.org/10.7812/TPP/14-107>
- [78] Schwab S.D. (2025). The value of specific knowledge: evidence from disruptions to the patient-physician relationship. *Management Science*, 71(10), 8289–8303. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2021.03884>
- [79] Kajaria-Montag H., Freeman M., Scholtes S. (2024). Continuity of care increases physician productivity in primary care. *Management Science*, 70(11), 7943–7960. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2021.02015>
- [80] Hetlevik Ø., Gjesdal S., Østbye T., Mæland S., Gjesdal S. (2021). Continuity of care, measurement and association with hospital admission and mortality: a registry-based longitudinal cohort study. *BMJ Open*, 11(12), e051958. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051958>