

Cure primarie in Irlanda. Il modello irlandese di medicina generale e il confronto con il DM 77/2022 italiano

Descrizione

John Brennan, *General Practitioner in Dublin and Master of Public Health*

Riccardo Tartaglia, Dipartimento Scienze Ingegneristiche, Università degli Studi Guglielmo Marconi

L'Irlanda offre un'interessante prospettiva sul funzionamento dell'assistenza primaria in un sistema europeo che, pur condividendo con l'Italia l'obiettivo di garantire accesso universale e continuità delle cure, ha sviluppato un modello organizzativo e culturale profondamente diverso.

In Irlanda la medicina generale costituisce il vero asse portante del sistema sanitario anche per le caratteristiche demografiche ed orografiche del paese.

L'Irlanda ha una popolazione di 5 milioni e 300mila abitanti con una densità di 65,3 abitanti per kmq. La sua popolazione ha una speranza di vita di 82,4 anni (Italia 82,7).

Il PIL complessivo per la sanità pubblica e privata è del 6%, molto più basso della media europea (10,4%) e dell'Italia (9,0%), anche se la spesa pubblica pro-capite per la sanità è nettamente superiore all'Italia (6000 $ vs 3845 $ dell'Italia) .

Sulla base del report OCSE "*Health at Glance 2024*" (1) il numero di medici di famiglia è di 3,9 per 1000 (UE 4,2 e anche l'Italia), mentre gli infermieri di famiglia sono nettamente al di sopra della media europea (13,5 per 1000 abitanti (Italia 6,5).

La percentuale di medici di famiglia con più di 55 anni è del 23%, la metà rispetto al nostro paese (54%). Il numero di medici e infermieri provenienti dall'estero formati in Irlanda è notevolmente incrementato negli ultimi dieci anni, tanto da risultare tra i paesi ai primi posti in Europa.

La popolazione irlandese ha una speranza di vita buona di 82,4 anni (Italia 82,7) e un *self rated health* (popolazione in scarsa salute sopra i 15 anni) di 5,5% (Italia 8,1).

Gli ambulatori (*general practices*) sono gestiti come **imprese professionali indipendenti**, non come articolazioni dirette dello Stato. Ogni medico di base (GP) stipula un **contratto con il servizio sanitario nazionale (HSE)** che gli consente di assistere gratuitamente pazienti pubblici, mantenendo al contempo la libertà di seguire pazienti privati.

L'assistenza "gratuita" è disponibile per tutti i bambini sotto gli 8 anni, per tutti gli adulti sopra i 70 anni, per chi ha un reddito familiare medio o inferiore e, su base discrezionale, per chi soffre di una malattia grave o limitante la vita.

I pazienti privati pagano di tasca propria per ogni prestazione ricevuta. Come parte del contratto con lo Stato, il medico di base riceve sussidi per assumere direttamente personale amministrativo e infermieristico.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Il finanziamento pubblico dell'assistenza si basa su un pagamento pro capite (che varia in base a età e genere) e su alcune tariffe aggiuntive per singoli servizi elencati in uno specifico atto della "*Irish Medical Organization* (2).

Questo duplice canale – pubblico e privato – consente una flessibilità gestionale e una sostenibilità economica che rafforzano l'autonomia del medico e la responsabilità diretta nella qualità dell'assistenza.

Un sistema di finanziamento misto e orientato alla performance

Il finanziamento pubblico si basa su due componenti principali: una **quota pro capite (*capitation*)**, che varia in base all'età e al genere del paziente e una **tariffa per prestazione (*fee per service*)**. A queste si aggiungono contributi per l'assunzione di personale amministrativo e infermieristico, permettendo così agli studi di funzionare come micro-organizzazioni efficienti. Questo meccanismo premia la produttività senza sacrificare la continuità: il medico è incentivato a mantenere un rapporto stabile con i propri pazienti, che sono in gran parte iscritti in modo duraturo allo stesso ambulatorio.

Un approccio formativo e professionale evoluto

Per accedere alla professione di GP, in Irlanda è necessario completare **quattro anni di formazione post-laurea**, con competenze estese che coprono non solo la medicina dell'adulto ma anche l'assistenza pediatrica, ostetrico-ginecologica e la gestione della salute mentale. Il medico di base è dunque un **generalista esperto**, capace di gestire in modo autonomo la maggior parte delle problematiche sanitarie di comunità.

I medici di base e i loro infermieri gestiscono anche i programmi di gestione delle malattie croniche, con risultati eccellenti (3).

Il **Terzo Rapporto del *Chronic Disease Management Treatment Programme* (CDM)** ha presentato i risultati relativi a oltre 400.000 pazienti nei primi quattro anni di attuazione del programma.
Attualmente, **oltre il 91% dei pazienti** riceve regolarmente le cure per le malattie croniche **in ambito comunitario**, evidenziando un **successo nel ridurre la dipendenza dagli ospedali**.

Sono stati ottenuti **miglioramenti significativi** nei principali indicatori biometrici e nei fattori di rischio comportamentali, tra cui pressione arteriosa, stato vaccinale, abitudine al fumo e peso corporeo e BMI**.**
Il rapporto include anche ulteriori analisi cliniche, come i risultati di **elettrocardiogrammi (ECG)**, **spirometrie** e **esami del sangue**.

I dati clinici mostrano che il programma ha contribuito in modo sostanziale al buon controllo della pressione arteriosa, del colesterolo LDL e dell'HbA1c nei pazienti arruolati; per questo motivo, i risultati supportano la **decisione del Ministero della Salute** di **estendere ulteriormente il programma**, includendo altre **condizioni cardiovascolari ad alto rischio**.

Il programma è stato **ampiamente accolto** sia dai **medici di medicina generale (GP)** sia dai **pazienti**, con un **tasso di partecipazione del 97% tra i GP** in tutta l'Irlanda e dell'**80% tra i pazienti di tutte le età**. Questo elevato livello di adesione sottolinea **l'efficacia e l'accettazione** del programma all'interno della comunità.

Gestione integrata ma non burocratica

Un elemento distintivo è la relazione tra i GP e i ***team* multidisciplinari territoriali**, che comprendono fisioterapisti, terapisti occupazionali, assistenti sociali, dietisti e logopedisti, tutti dipendenti pubblici. Questi *team* collaborano con i medici di base su invio e si riuniscono periodicamente per discutere i casi complessi. La logica è quella della **collaborazione orizzontale**, non della subordinazione organizzativa: il GP rimane il riferimento clinico e il coordinatore della presa in carico.

Lo Stato ha introdotto anche ***team* integrati**: si tratta di gruppi guidati da specialisti che operano in grandi "centri di cure primarie" per la gestione di malattie croniche complesse, ma che in realtà assomigliano più a un ambulatorio ospedaliero spostato in un'altra sede.
La nostra esperienza finora è che questi *team* interrompono ulteriormente la continuità assistenziale, rappresentando un "terzo" livello, anziché migliorare l'integrazione attraverso un diverso modo di lavorare. Questo ovviamente dipende molto dall'aver ricevuto una formazione al *team working* e in una buona capacità di *leadership* per chi gestisce i gruppi.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Un modello radicato nella prossimità e nella continuità

La medicina generale irlandese è fortemente **territoriale e comunitaria**. Gli ambulatori sono diffusi nei paesi e nei quartieri, facilmente accessibili e la maggior parte dei pazienti vive a pochi minuti di distanza e raggiunge a piedi le loro sedi mentre quelli provenienti da altri paesi arrivano in auto in meno di dieci minuti.

Per quanto riguarda le sedi, molti medici di base possiedono o hanno costruito il proprio ambulatorio, ma alcuni affittano spazi dallo Stato. Questi ultimi possono trovarsi nello stesso edificio del *team* multidisciplinare territoriale, ma continuano comunque a operare in modo indipendente.

Il principio cardine è quello di **"progettare per le relazioni e la continuità, non per la produttività a breve termine"**: una visione che considera la relazione di cura come il principale fattore di valore per il paziente, per il professionista e per il sistema nel suo complesso. La relazione personale e la fiducia reciproca tra medico e paziente restano il fondamento del sistema.

Investimenti e riforme

Negli ultimi dieci anni, il finanziamento statale della medicina generale è **raddoppiato**, pur rappresentando ancora una quota modesta (circa 1/27 della spesa sanitaria complessiva). Parallelamente, i posti di formazione per medici di base sono stati **raddoppiati**, con una forte domanda anche da parte di candidati stranieri.
La cornice politico-programmatica di riferimento è ***Sláintecare*** (4), una riforma sostenuta da un ampio consenso trasversale, che mira a rafforzare la medicina territoriale, ridurre le disuguaglianze e favorire la continuità delle cure lungo tutto il percorso del paziente. Benché il modello sia consolidato, rimangono inevitabilmente problemi di implementazione, tempi di attesa, integrazione completa e finanziamento adeguato (5).

Tabella 1. Punti chiave del modello irlandese

Dimensione	Caratteristiche principali
Governance	GP autonomi, contrattualizzati dallo Stato
Finanziamento	*Capitation* + *fee per service* + contributi per staff
Formazione	4 anni post-laurea, forte competenza clinica
Servizi	Estesi compresi cronici e salute mentale
Integrazione	Multidisciplinare ma con GP come perno
Territorialità	Ambulatori diffusi nei villaggi e quartieri
Valori guida	Continuità, prossimità, relazione, efficienza

Confronto con il modello italiano (DM 77/2022)

Il **DM 77/2022** italiano persegue obiettivi in parte simili – prossimità, integrazione multiprofessionale, continuità assistenziale – ma attraverso una logica istituzionale diversa. Il modello delle **Case della Comunità** e delle **COT (Centrali Operative Territoriali)** rappresenta un tentativo di costruire reti pubbliche integrate, ma con una *governance* fortemente centrata sul sistema sanitario regionale e con una minore autonomia professionale del medico di famiglia.

Mentre in Irlanda la medicina generale è il "punto di casa" (*home base*) attorno a cui ruotano i servizi pubblici, in Italia il rischio è che il medico diventi un nodo tra molti in un sistema ancora burocratico e frammentato. La personalizzazione e la continuità, garantite in Irlanda dal rapporto diretto tra medico e paziente, in Italia tendono a diluirsi dentro la struttura organizzativa della Casa della Comunità.

Similitudini

- Entrambi i modelli puntano a rafforzare la medicina territoriale e l'assistenza primaria come fulcro della sanità (in Irlanda già attivo; in Italia con DM 77 in fase di implementazione).

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

- Entrambi valorizzano l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, multidisciplinarietà, continuità della cura sul territorio.
- L'idea di "presa in carico" della persona, specialmente con patologie croniche, è comune: DM 77 dedica attenzione specifica alle case della comunità, alla stratificazione della popolazione e alla presa in carico dei cronici (6).
- Il focus sulla prossimità (Case della Comunità) è simile all'idea irlandese di sedi locali di GP facilmente accessibili.
- L'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione e spostare cura e gestione al livello territoriale è in entrambi i contesti.

Differenze

- In Irlanda il **modello è già attivo**, con una forte autonomia delle pratiche GP, competenze estese e finanziamento definito; in Italia il DM 77 è più recente (2022) e la fase di attuazione è ancora iniziale e con molte varianti regionali. (7)
- In Irlanda il medico di base ha **formazione specialistica (4 anni)** che gli consente di gestire un ampio spettro; in Italia il modello medico?territoriale è più vincolato alle risorse, alle regioni e spesso la figura del medico di medicina generale non è equiparata a questa ampiezza.
- In Irlanda l'**organizzazione è più "libera"** (imprese indipendenti dei GP) mentre in Italia la riforma richiede una forte regolamentazione, modelli standard, infrastrutture da costruire (CdC, COT, Ospedali di Comunità) e il decreto DM 77 definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale. (8)
- In Italia ci sono ancora molte sfide legate all'implementazione: disponibilità professionale, numero di medici, adeguamento delle infrastrutture, equità territoriale; in Irlanda queste sfide sono presenti ma il modello è già più maturo.
- Il sistema di finanziamento e copertura in Irlanda già punta a universalità; in Italia il DM 77 si inserisce in un contesto in evoluzione nel contesto del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e richiede investimenti per infrastrutture, digitale, case della comunità. (7)

Implicazioni per il contesto italiano (in luce del confronto)

- L'Italia può cogliere dal modello irlandese la lezione della **centralità del medico di base** come "*home base*" del paziente, con ampia responsabilità, continuità e relazioni prolungate.
- Importanza di **finanziamento adeguato**, formazione specifica del medico territoriale, e sviluppo infrastrutturale (Case della Comunità, team multidisciplinari) per raggiungere efficacia.
- Occorre evitare che la riforma territoriale rimanga **solo normativa** senza che vengano realizzati gli elementi strutturali operativi (*team*, sedi locali, integrazione sociale?sanitaria).
- Il tema della **continuità di cura**, della relazione medico-paziente, della prossimità e dell'integrazione con servizi sociali è cruciale e non può essere marginale: "*design for relationships and continuity … will ultimately deliver the greatest value".*
- Anche in Italia sarà importante monitorare la fase di implementazione, valutare i risultati (es. accesso, riduzione ospedalizzazione, soddisfazione, equità territoriale) e adattare il modello alle differenze regionali.

Tabella 2. Sintesi delle similitudini e differenza tra i due modelli

Dimensione	Irlanda	Italia (DM 77/2022)	Osservazioni
Governance	GP autonomi, contrattualizzati dallo Stato	Strutture pubbliche (Case della Comunità) con personale dipendente o convenzionato	L'Irlanda valorizza l'autonomia; l'Italia punta sull'integrazione istituzionale
Finanziamento	*Capitation* + *fee for service* + incentivi per staff	Quota fissa + compensi aggiuntivi regionali	Il modello irlandese è più flessibile e premia la *performance*
Ruolo del medico	Coordinatore clinico e primo referente del paziente	Parte di un *team* multidisciplinare	In Irlanda il GP è il "*case manager*" reale del percorso di cura
Multidisciplinarità	Collaborazione su invio con team pubblici esterni	Integrazione strutturale all'interno della CdC	L'Italia formalizza la rete; l'Irlanda la realizza attraverso relazioni

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Dimensione	Irlanda	Italia (DM 77/2022)	Osservazioni
Prossimità territoriale	Ambulatori nei villaggi, accesso diretto	*Hub* e *spoke* su bacini di 20–50 mila abitanti	Irlanda più capillare e flessibile
Continuità relazionale	Altissima, rapporto stabile col proprio GP	Spesso discontinua per turni e coperture	Punto di forza del modello irlandese
Formazione GP/MMG	4 anni post-laurea, con competenze specialistiche	Formazione MMG regionale (3 anni)	In Irlanda la figura è più clinicamente autonoma
Visione strategica	"*Home base*" centrata sulla relazione	"Casa della Comunità" centrata sull'organizzazione	Due metafore diverse per due logiche di sistema

Conclusione

Il modello irlandese rappresenta una forma matura di **primary care relazionale e responsabilizzante**, dove autonomia professionale, prossimità territoriale e continuità costituiscono i pilastri di un sistema sostenibile ed efficace.

Il DM 77/2022 italiano ne condivide gli obiettivi di fondo, ma adotta una **logica strutturale e istituzionale** che rischia di limitare la flessibilità operativa e la personalizzazione della cura.
Una possibile evoluzione per l'Italia potrebbe essere quella di **coniugare la visione comunitaria del DM 77 con l'autonomia e la responsabilità professionale del modello irlandese**, valorizzando la relazione medico-paziente come motore principale della qualità e dell'efficienza del sistema sanitario territoriale.

drjohnrbrennan@gmail.com

Riferimenti bibliografici

1. 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.
2. Fondazione GIMBE. 8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. 8 ottobre 2025 Roma. www.salviamo-ssn.it/8-rapporto (accesso 31 Ottobre 2025)
3. Irish Medical Organization. GMS Contract, Agreements and Rates. https://www.imo.ie/i-am-a/gp/gms-contract-agreements-a/ (Accessed 29th October 2025)
4. Health Service Executive. The Third report of the Strcured Chronic Disease Management Treatment Programme in General Practice**.** https://www.hse.ie/eng/services/publications/primary/third-chronic-disease-report.pdf (Accessed 29th October 2025)
5. Burke S, Barry S, Siersbaek R, Johnston B, Ní Fhallúin M, Thomas S. Sláintecare – A ten-year plan to achieve universal healthcare in Ireland. Health Policy. 2018 Dec;122(12):1278-1282. doi: 10.1016/j.healthpol.2018.05.006. Epub 2018 May 22. PMID: 29843901.
6. Thomas S, Johnston B, Barry S, Siersbaek R, Burke S. Sláintecare implementation status in 2020: Limited progress with entitlement expansion. Health Policy. 2021 Mar;125(3):277-283. doi: 10.1016/j.healthpol.2021.01.009. Epub 2021 Jan 28. PMID: 33531170; PMCID: PMC9757858.
7. S.R. Vinceti. SHORT PAPER Reorganizing Italy's Territorial Healthcare: the Ministerial Decree No. 77/2022 and its Comparative Significance. Ann Ig 2023 (May-Jun); 35(3): 367-371 doi: 10.7416/ai.2023.2556. Epub 2023 Feb 3.
8. Mauro M, Giancotti M. The 2022 primary care reform in Italy: Improving continuity and reducing regional disparities? Health Policy. 2023 Sep;135:104862. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104862. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37399680.
9. Murphy C, French H, McCarthy G, Albers B, Cunningham C. Informing Implementation of a National Integrated Clinical Pathway for Low Back Pain in Ireland: A Pre-Implementation Qualitative Study With General Practitioners. Musculoskeletal Care. 2025 Mar;23(1):e70030. doi: 10.1002/msc.70030. PMID: 39754363; PMCID: PMC11699446.

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

CATEGORY

1. Scienza e professione

Categoria

1. Scienza e professione

Data di creazione
20/01/2026
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta
Nome E Cognome Autore 1 : John Brennan
Nome E Cognome Autore 2 : Riccardo Tartaglia
Views : 1325

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze