

Cure primarie, malattie croniche e diritto alla salute

La Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care di Alma Ata

Nel 1978 l'Organizzazione Mondiale della Sanità convoca ad Alma Ata, capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, una Conferenza Internazionale sulla Primary Health Care (PHC) (WHO-UNICEF, 1978).

Si tratta di un evento storico per diversi motivi: a) è la prima volta che i rappresentanti di tutti i paesi del mondo si ritrovano per definire una cornice di riferimento per la promozione e lo sviluppo di un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e per tutti; b) è la prima volta che vengono affrontati in un consesso così ampio e qualificato i problemi sanitari dei paesi più poveri, molti dei quali recentemente usciti da un lungo periodo di oppressione coloniale; c) è quindi l'occasione per collegare fortemente i temi della salute con quelli dello sviluppo e riaffermare con forza che *“la salute, come stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo come assenza di malattia o infermità, è un diritto fondamentale dell'uomo e l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante, d'interesse mondiale e presuppone la partecipazione di numerosi settori socio-economici oltre che di quelli sanitari”*.

La Conferenza produce un documento finale, ricco di raccomandazioni, e una Dichiarazione che, nella sua solennità, riassume le principali indicazioni scaturite dall'Assemblea. Il messaggio più forte e significativo è contenuto nella definizione stessa di PHC:

L'assistenza sanitaria di base è quella assistenza sanitaria essenziale fondata su dei metodi e delle tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività attraverso la loro piena partecipazione a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi ad ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di autoresponsabilità e di autodeterminazione.

L'assistenza sanitaria di base fa parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale di cui è il perno e il punto focale. È il primo livello con cui gli individui, le famiglie e la collettività entrano in contatto con il Sistema nazionale sanitario avvicinando il più possibile l'assistenza sanitaria ai luoghi dove le persone vivono e lavorano, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di protezione sanitaria.

L'assistenza sanitaria di base coinvolge oltre al settore sanitario, tutti i settori e gli aspetti correlati allo sviluppo nazionale e della comunità, in particolare l'agricoltura, l'allevamento, l'alimentazione, l'industria, l'educazione, la casa, i lavori pubblici, le comunicazioni, e altri settori; e richiede lo sforzo coordinato di tutti questi settori.

Gli indirizzi politici della Conferenza - ugualmente rivolti sia ai paesi in via di sviluppo, che ai paesi industrializzati - si possono sintetizzare nei seguenti punti:

1. L'attenzione all'equità deve rappresentare il cuore delle strategie sanitarie, sia per ragioni di principio che di sostenibilità;
2. Le decisioni che riguardano i servizi sanitari devono essere fatte con il coinvolgimento delle comunità, sia per motivi di giustizia che al fine di garantire servizi appropriati e accettabili;
3. Le strategie sanitarie devono incorporare un approccio preventivo, accanto a quello curativo;
4. L'attenzione ai determinanti della salute richiede la promozione di strategie intersettoriali più ampie del tradizionale approccio bio-medico;
5. Il crescente divario tra risorse disponibili e bisogni della popolazione rinforza la necessità di adottare tecnologie appropriate (Green, 2007).

Il post-Alma Ata

Passano pochissimi anni dall'evento di Alma Ata e il panorama economico-politico mondiale cambia radicalmente. Gli anni Ottanta infatti segnano l'inizio dell'egemonia del pensiero neoliberista, anche in campo sanitario. La Banca Mondiale attacca frontalmente le conclusioni della Conferenza: quel tipo di PHC è troppo costoso per i paesi in via di sviluppo (e questi paesi devono spendere quasi niente per la sanità) e va sostituito con un modello diverso, basato su un numero molto ristretto e selezionato di interventi (*selective PHC*, in alternativa alla *comprehensive PHC*).

Il dibattito sulle due diverse strategie della PHC ne sottende un altro: quale doveva essere il modo migliore di organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, *orizzontale* o *verticale*? Dove l'approccio *orizzontale* si propone di

affrontare i problemi di salute della popolazione con la creazione di un solido sistema permanente di servizi sanitari generali di primo, secondo e terzo livello, e dove invece l'approccio *verticale* tende ad affrontare i diversi problemi di salute con l'istituzione di organizzazioni ad hoc. In sostanza l'approccio *orizzontale* - osserva Jan De Maeseneer - è focalizzato sulle persone e sulla comunità, quello *verticale* sulle malattie (De Maeseneer et al., 2007). Le grandi agenzie internazionali, dalla Banca Mondiale all'Unicef, dagli anni Ottanta optarono per l'approccio *verticale*, annullando di fatto il ruolo della PHC nei paesi che dipendevano dai prestiti e dagli aiuti internazionali.

Nei paesi industrializzati la proposta che proveniva da Alma Ata fu considerata irrilevante. Vari fattori contribuirono a far archiviare anche nel Nord del mondo le conclusioni di Alma Ata: il contemporaneo forte sviluppo del settore ospedaliero, delle biotecnologie e dell'industria farmaceutica; la minore attrazione della medicina generalista rispetto a quella specialistica; il calo generale di attenzione e di tensione morale verso i valori di giustizia sociale ed equità. Inoltre osserva ancora De Maeseneer: "*The primary health care strategy failed, to a large extent, to take the clinicians on board*" ("la strategia della PHC fallì, in larga misura, nel convincere i medici").

Eppure non mancarono i tentativi di *portare a bordo* della PHC i clinici.

Il 2 giugno 1986 un medico finlandese, Hunnu Vuori, responsabile del settore ricerca e sviluppo dell'OMS, a nome del Direttore Generale H. Mahler, presentò al congresso del Wonca (l'organizzazione mondiale dei medici di famiglia) le ragioni della PHC (Vuori, 1986). "E' diventato dolorosamente chiaro, particolarmente nei paesi in via di sviluppo, che è impossibile garantire il diritto alla salute a ogni cittadino - un principio affermato nella costituzione di molti paesi di nuova indipendenza - attraverso una medicina altamente tecnologica. Anche i paesi industrializzati - afferma Vuori - si trovano di fronte a una impasse. Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. E' necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costo-efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la PHC. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei confronti delle malattie".

Vuori, sostenendo che la PHC doveva essere considerata una strategia per organizzare l'assistenza sanitaria ed insieme la filosofia che avrebbe dovuto permearla, sottolineò l'importanza di un cambio di paradigma: il passaggio dalla *Primary medical care* alla *Primary health care* (Tabella 1).

Tabella 1. Dalla *Primary medical care* alla *Primary health care*

Da Medical		Verso Health
Focus		
Malattia Cura		Salute Prevenzione, assistenza, cura
Contenuti		
Trattamento Problemi episodici Problemi specifici		Promozione della salute Continuità delle cure Assistenza globale
Organizzazione		
Specialisti Medici che lavorano da soli		Medici di famiglia Con il supporto di altro personale Costituzione in team
Responsabilità		
Settore sanitario autonomo Dominanza delle professioni Ricezione passiva dei pazienti		Collaborazione intersettoriale Partecipazione comunitaria Auto-responsabilità

Cure primarie e contenimento della spesa sanitaria

Rudolf Klein ha paragonato le **trasformazioni dei sistemi sanitari**, avvenute dagli anni Ottanta in poi in ogni parte del mondo, a una sorta di **epidemia planetaria** (Klein, 1995). Una potente motivazione alla ristrutturazione dei sistemi

sanitari va ricercata nella necessità di far fronte ai costi derivanti dai crescenti consumi, alimentati dall'estensione del diritto di accesso ai servizi, dall'invecchiamento della popolazione e dall'introduzione di nuove biotecnologie. L'esigenza di contenere i costi, eliminando le spese inappropriate o inutili e dando più efficienza al sistema, si accompagnò ad un altro tipo di spinta, di ordine politico/ideologico: la tendenza alla privatizzazione e all'introduzione del mercato, secondo le linee di politica neoliberista già segnalata in precedenza. La coincidenza cronologica dei due tipi di pressione ("più efficienza" e "più mercato") ebbe l'effetto di dare più forza e giustificazione al secondo, attraverso il seguente ragionamento: solo applicando le regole del mercato, iniettando cioè potenti dosi di competizione e privatizzazione, il sistema può diventare efficiente.

Gli effetti di questa onda d'urto sui sistemi sanitari delle circa 200 nazioni del mondo sono stati differenti, asimmetrici. Il mercato della salute, con i suoi corollari (privatizzazioni, sviluppo delle assicurazioni commerciali, profonde disegualanze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari) è dilagato, interessando i paesi più popolosi del pianeta - dalla Cina all'India - e devastando i sistemi sanitari dei paesi più poveri, particolarmente quelli dell'Africa Subsahariana.

Negli anni Novanta cure primarie e medici di famiglia vengono messi sotto pressione; essi devono rappresentare il filtro, meglio ancora la diga, verso l'accesso alle più costose cure secondarie (*gate-keeping*). La valutazione delle cure primarie e dei medici di famiglia avviene quasi unicamente su indicatori di spesa e di efficienza. In questo stesso periodo, negli USA la spinta sul contenimento dei costi assume aspetti particolarmente inquietanti: alcune HMOs (*for profit*) arrivano a minacciare il licenziamento di quei i medici di famiglia che non riescono a limitare l'uso dei servizi dei propri assistiti (Kassirer, 1995).

Nuovo millennio, nuovo approccio alle cure primarie

Si scrutano gli scenari futuri (nelle diverse prospettive: epidemiologica, demografica, socio-antropologica) e si scopre che il modello tradizionale di assistenza sanitaria - biomedico, paternalista, basato sull'*attesa* e focalizzato sull'assistenza alle patologie acute - è sempre meno in grado di affrontare con successo le sfide di una realtà in rapido cambiamento.

“Lo status quo non è più sostenibile. Se noi vogliamo soddisfare i bisogni di salute dei nostri pazienti negli anni a venire, noi dobbiamo produrre un cambiamento radicale nella qualità, nell'organizzazione, nell'erogazione dei nostri servizi”, con queste parole si apre un recente documento dei medici di famiglia britannici intitolato “*The Future Direction of General Practice*” (Royal College of General Practitioners, 2007).

Toni simili sono stati usati in un analogo e contemporaneo documento dei medici di famiglia italiani: “Non è più procrastinabile un cambiamento sostanziale della nostra realtà professionale. Per ottenerlo dobbiamo investire tutte le nostre energie” (Federazione Italiana Medici di Famiglia, 2007).

Morrison e Smith, in un editoriale del *British Medical Journal* del 2000, definirono la difficile situazione della medicina di famiglia: “*hamster health care*”, l'assistenza sanitaria del criceto. “In tutto il mondo i medici sono infelici perché si sentono come criceti all'interno di una ruota. Devono correre sempre più veloci per rimanere fermi. Ma sistemi che dipendono da persone che devono correre sempre più velocemente non sono sostenibili. La risposta è che questi sistemi devono essere ridisegnati perché il risultato di una ruota che gira sempre più veloce non è solo la perdita della qualità delle cure, ma anche la riduzione della soddisfazione professionale e un aumento del *burnout* tra i medici” (Morrison & Smith, 2000).

Nel novembre 2008, la rivista *The New England Journal of Medicine*, ha pubblicato una serie di articoli e poi ospitato una tavola rotonda sulle prospettive delle cure primarie: “*Perspective roundtable: Redesigning Primary Care*” (Lee et al., 2008). Lo spunto: la crisi delle cure primarie negli USA, le difficoltà di risposta ad un numero crescente di pazienti cronici, in tempi sempre più stretti, e con compensi inferiori agli specialisti. Al capezzale delle cure primarie i principali analisti americani dei sistemi sanitari, da Barbara Starfield della *Johns Hopkins University* di Baltimora a Thomas Bodenheimer della *University of California*, San Francisco, che lanciano questo preciso messaggio: bisogna avere il coraggio di reinventare le cure primarie. “Nuove” cure primarie connotate da due principali caratteristiche: a) essere centrate sui pazienti e b) basate su team multidisciplinari.

Il concetto di *patient-centered primary care* è diventato da tempo la fondamentale linea d'indirizzo per l'innovazione e il miglioramento della qualità dell'assistenza sanitaria (Davis et al., 2005). Un concetto che include i seguenti attributi:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione con i professionisti, via telefono o email, etc.)

- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'auto-cura, *counselling*, facilità di accesso ai propri dati personali, etc.)
- pro-attività degli interventi (utilizzazione di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, etc.)
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

I fattori che premono verso il cambiamento - rendendolo "non più procrastinabile" - sono molteplici. Ne elenchiamo qui i tre più importanti.

1. Il ruolo dei pazienti. "L'opinione del medico non è più vista dai pazienti come sacrosanta". Questa fulminante constatazione, tratta dal sopracitato documento dei medici di famiglia britannici, pare racchiudere vari ed opposti sentimenti: sorpresa, sgomento, meraviglia, smarrimento, desiderio di rinnovamento, nostalgia del passato. La presa d'atto, forse tardiva, di una situazione che vede gli assistiti - in misura sempre maggiore - non solo reclamare i classici (ma spesso ancora trascurati) elementi di supporto alla cura quali il rispetto della dignità, della riservatezza, del consenso, dell'autonomia, ma anche esigere, e quindi ricercare attivamente, l'accesso diretto alle informazioni per acquisire le conoscenze, e talora le abilità, necessarie per essere partner attivi nel processo assistenziale e per partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute.

Nel 1998 si tenne a Salisburgo un seminario di 5 giorni a cui parteciparono 64 rappresentanti di 29 paesi, appartenenti a varie categorie: operatori sanitari, ricercatori, rappresentanti di gruppi di pazienti, giornalisti, giuristi, artisti. Il tema dell'incontro era il rapporto tra pazienti e terapeuti nell'assistenza sanitaria; le conclusioni furono sintetizzate nella linea-guida: "*Nothing about me without me*" ("Niente che riguardi me senza di me") (Delbanco et al., 2001). Il seminario di Salisburgo è considerato il punto di partenza di un vasto movimento finalizzato a promuovere una più larga e decisiva presenza dei pazienti nei processi assistenziali che li riguardano, soprattutto attraverso lo strumento dell'informazione. Motori dell'iniziativa sono stati l'*Harvard Medical School* (<http://cme.hms.harvard.edu>) e altre istituzioni di ricerca e advocacy americane come *The Commonwealth Fund* (<http://www.commonwealthfund.org>) e *The Institute of Medicine* (<http://www.iom.edu/>).

Nel 2005 viene pubblicato un importante contributo del Commonwealth Fund che specifica il ruolo delle cure primarie nel promuovere un'assistenza sanitaria centrata sul paziente (Davis et al., 2005). Cure primarie coerenti con questa impostazione devono: a) offrire agli assistiti le massime facilitazioni nell'accesso ai servizi, utilizzando ampiamente strumenti come telefono, email e internet nelle relazioni tra pazienti e professionisti; b) coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso il più ampio accesso alle informazioni, il *counselling* e il supporto all'auto-cura; c) allestire sistemi informativi - accessibili anche ai pazienti - in grado di documentare i risultati (e la qualità) degli interventi sanitari; d) organizzare sistemi di *follow-up* e *reminding* che agevolino il controllo dei processi di cura, in particolare nel campo delle malattie croniche; e) garantire il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza (tra differenti livelli organizzativi, es. tra ospedale e territorio).

Nel 2006 l'*American College of Physicians* pubblica un fondamentale documento di indirizzo sulla riqualificazione delle cure primarie negli USA, intitolato: "*The Advanced Medical Home: A Patient-Centered, Physician-Guided Model of Health Care*" (http://www.acponline.org/hpp/statehc06_5.pdf).

2. Le disuguaglianze nella salute. Le iniquità sociali nella salute sono in costante crescita e spiegano una parte sostanziale del totale carico di malattia anche nei paesi dell'Europa occidentale, tutti dotati di robusti sistemi pubblici di welfare (Mackenbach, 2003). In Svezia circa un terzo del carico totale di malattia è il risultato delle iniquità socioeconomiche in salute. In entrambi i sessi, gran parte del carico differenziale di malattia ricade sui lavoratori non qualificati. La cardiopatia ischemica è la patologia che maggiormente differenzia la mortalità tra i gruppi meno e più avvantaggiati della società. Conseguentemente gli sforzi per ridurre le iniquità nella salute dovrebbero essere visti come un'importante strategia per migliorare lo stato generale medio della popolazione. In molti paesi sta diventando chiaro che miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali nella salute all'interno del paese (Whitehead & Dahlgren, 2006).

3. Le malattie croniche. Sebbene i tassi di mortalità per malattie croniche stiano diminuendo, la prevalenza di queste patologie è in netta crescita. Una crescita alimentata dall'effetto congiunto di due fenomeni: a)

l'invecchiamento della popolazione (l'approssimarsi all'età della pensione della generazione del baby-boom accentuerà nei prossimi decenni tale processo); b) la crescente esposizione a fattori di rischio di carattere ambientale e sociale. Il dato sull'obesità è certamente quello più eclatante per la rapidità con cui tale condizione si sta diffondendo in tutto il mondo, in particolare tra la popolazione americana, e per le drammatiche conseguenze in termini di comorbilità (Doshi et al., 2007) e di effetti sulla longevità; essa infatti potrebbe registrare in USA, per la prima volta negli ultimi due secoli, l'interruzione della sua costante crescita (Olshansky et al., 2005).

Nel 2005 l'OMS pubblica un ampio rapporto dal titolo "*Preventing chronic diseases. A vital investment*" (WHO, 2005). L'anno seguente esce la versione in lingua italiana, a cura del Ministero della salute, nella cui prefazione si legge il seguente passo:

“Negli ultimi anni l'aumento del numero dei malati cronici sta creando un'emergenza per i sistemi sanitari: cardiopatie, cancro, diabete, disturbi mentali, malattie respiratorie, dell'apparato digerente e del sistema osteoarticolare sono ormai tra le cause più diffuse di sofferenza e morte. E non è un “problema dei ricchi”: negli ultimi vent'anni le malattie croniche si sono diffuse anche nei Paesi più poveri e oggi sono responsabili dell'86% dei decessi in tutta Europa.

I principali fattori di rischio sono l'ipertensione arteriosa, il fumo, l'obesità e il sovrappeso, l'alcol, il colesterolo e la glicemia elevati, la sedentarietà. Si tratta di fattori modificabili grazie a interventi sull'ambiente sociale, come è stato fatto recentemente in Italia con il divieto di fumo nei locali pubblici, e grazie a trattamenti medici, come i farmaci antipertensivi.

D'altra parte, 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 ammalino, 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.”

Le strategie per affrontare adeguatamente le malattie croniche sono ben diverse da quelle attuate per la malattie acute: richiedono un diverso ruolo delle cure primarie basato sulla medicina d'iniziativa e un'attenzione del tutto particolare nei confronti dei determinanti sociali della salute.

Il cambiamento di paradigma

Il paradigma dell'*attesa* è quello tipico delle malattie acute: attesa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. Applicare alle malattie croniche il paradigma assistenziale delle malattie acute provoca danni incalcolabili. Ciò significa che il “sistema” si mobilita davvero solo quando il paziente cronico si aggrava, si scompensa, diventa “finalmente” un paziente acuto. Ciò significa rinunciare non solo alla prevenzione, alla rimozione dei fattori di rischio, ma anche al trattamento adeguato della malattia cronica di base.

L'*attesa* è il paradigma classico del *modello biomedico* di sanità, quello su cui da sempre si fonda la formazione universitaria, e non deve stupire che sia il paradigma dominante anche nell'ambito della sanità distrettuale.

Il paradigma dell'*iniziativa* è quello che meglio si adatta alla gestione delle malattie croniche, perché i suoi attributi sono:

- La valutazione dei bisogni della comunità e l'attenzione ai determinanti della salute (anche quelli cosiddetti “distali”, ovvero quelli socioeconomici, che sono alla base delle crescenti disuguaglianze nella salute, anche sul versante dell'utilizzazione e qualità dei servizi, nei portatori di malattie croniche);
- La propensione agli interventi di prevenzione, all'utilizzo di sistemi informativi e alla costruzione di database, alle attività programmate e agli interventi proattivi (es. costruzione di registri di patologia, stratificazione del rischio, richiamo programmato dei pazienti, etc.);
- Il coinvolgimento e la motivazione degli utenti, l'attività di *counselling* individuale e di gruppo, l'interazione con le risorse della comunità (associazioni di volontariato, gruppi di autoaiuto, etc.);

La sanità d'iniziativa, con le caratteristiche sopra descritte, è quella che meglio si adatta alla gestione della sanità distrettuale in generale e delle malattie croniche in particolare (comprese le malattie mentali e l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti), dove l'assistenza è per la gran parte “estensiva” e caratterizzata dalla presa in carico a

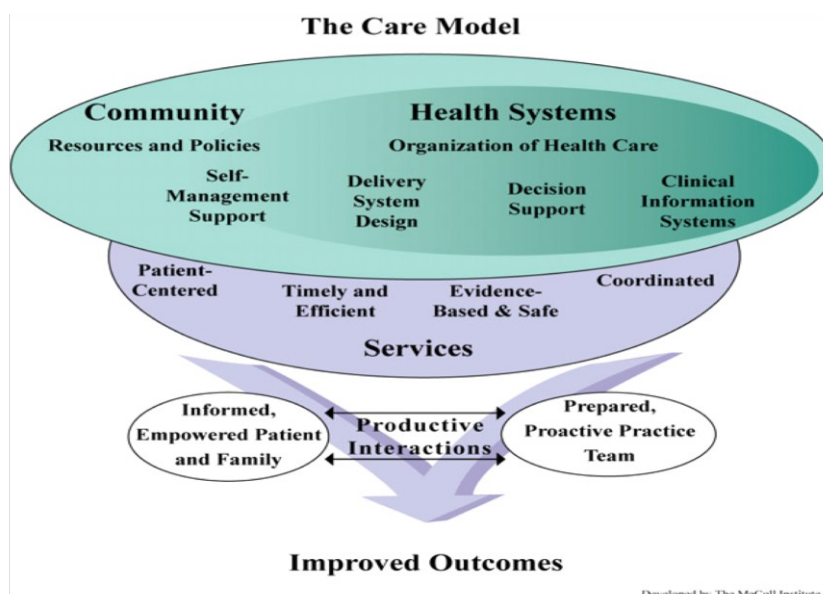
lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio e utenti, tra terapeuta e paziente.

Chronic Care Model

“Ridisegnare il sistema” si sostiene da ogni parte. “Ridisegnare il sistema delle cure primarie - aggiungono Bodenheimer, Wagner e Grunbach in un articolo su JAMA (Bodenheimer et al., 2002) -, utilizzando come riferimento un nuovo modello gestionale per la cura dei pazienti cronici, il *Chronic Care Model*”.

Il Chronic Care Model (Figura 1) (<http://www.improvingchroniccare.org>), elaborato dal Prof. Ed. Wagner, direttore del MacColl Institute for Healthcare Innovation, è stato originariamente sperimentato presso una HMO di Seattle, la Group Health Cooperative, ed è frutto di una revisione della letteratura e delle evidenze scientifiche effettuata da un panel di esperti. Il modello è basato sul principio che nello sviluppo di una buona assistenza per i pazienti cronici è importante agire su sei fondamentali elementi.

Figura 1



1. **Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

2. **Le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

3. **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

4. **L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le

visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

5. Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza fornisce al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

6. I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia - una delle caratteristiche centrali del *chronic care model* - sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica in carico a un team di cure primarie.

Le sei componenti del *chronic care model* sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra. Le risorse della comunità - per esempio le attività di una palestra - aiutano i pazienti ad acquisire abilità nell'auto-gestione. La divisione del lavoro all'interno del team favorisce lo sviluppo delle capacità di addestramento dei pazienti all'auto-cura da parte degli infermieri. L'adozione di linee-guida non sarebbe attuabile senza un potente sistema informativo che funziona da allerta e da feedback dei dati.

Come obiettivo finale il *chronic care model* vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

Il *chronic care model* è stato adottato dall'OMS (WHO, 2002) e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi paesi, dal Canada all'Olanda, dalla Germania al Regno Unito. Nel Regno Unito, in particolare, l'introduzione del modello all'interno delle cure primarie ha comportato una profonda revisione dei meccanismi di remunerazione/incentivazione dei medici di famiglia (BMA, 2006).

Una recente revisione della letteratura, a dieci anni dall'introduzione del modello, ha dimostrato la sua efficacia nel migliorare la qualità dell'assistenza e gli outcome di salute (Coleman, 2009).

Community-oriented primary care. Un gruppo di ricercatori canadesi ha proposto una versione allargata ("expanded") del *chronic care model*, dove gli aspetti clinici sono integrati da quelli di sanità pubblica, quali la prevenzione primaria collettiva e l'attenzione ai determinanti della salute (Barr et al., 2003). La proposta di iniettare all'interno delle cure primarie metodi e contenuti della sanità pubblica la ritroviamo in un recente documento dell'OMS, intitolato: "Primary health care as a strategy for achieving equitable care" ("Le cure primarie come strategia per raggiungere un'assistenza equa") (De Maeseneer, 2007). Le cure primarie che si propongono questo scopo sono definite da De Maeseneer "community-oriented" e sono caratterizzate da:

- la sistematica valutazione dei bisogni sanitari della popolazione;
- l'identificazione dei bisogni di salute della comunità;
- l'implementazione di interventi sistematici, con il coinvolgimento di specifici gruppi di popolazione (es. rivolti al cambiamento degli stili di vita o al miglioramento delle condizioni di vita);
- il monitoraggio dell'impatto di tali interventi, per verificare i risultati raggiunti in termini di salute della popolazione.

Il compito di definire le priorità e di stabilire la pianificazione strategica deve essere assunto da un team misto di operatori delle cure primarie e di rappresentanti della comunità.

La *Community-oriented primary care* (COPC) in questo senso integra l'approccio verso l'individuo con quello verso la popolazione, combinando le abilità cliniche del medico di famiglia con l'epidemiologia, la medicina preventiva e la promozione della salute.

Conclusioni

Le due diverse, complementari, visioni che abbiamo ora descritto ci consegnano un modello di cure primarie radicalmente diverso dalla rappresentazione corrente e sorprendentemente vicino al profilo della *Primary Health Care* di Alma Ata.

Un modello in cui i concetti di *patient-centered* e *community-oriented* sono le due facce di una stessa medaglia. Da una parte plasmare i servizi in funzione dei bisogni e dell'*empowerment* dei pazienti (accessibilità, informazione, proattività, *self-care*) e dall'altra presidiare l'approccio comunitario e di sanità pubblica (valutazione dei bisogni della

comunità, partecipazione dei cittadini, lotta alle disuguaglianze nella salute, interventi di prevenzione primaria). Un modello che richiede tempo per realizzarsi compiutamente ma nella cui *roadmap* di avvicinamento trovano posto le seguenti condizioni:

- a) **Team multi-professionali** (medici di famiglia, infermieri, altre professioni sanitarie e sociali) in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione (minimo 10 mila abitanti) e di garantire loro una continuità assistenziale integrata; ciò comporta una diversa organizzazione della medicina generale, basata su modelli che privilegiano l'attività di gruppo (come le "aggregazioni funzionali territoriali" e le "unità complesse di cure primarie");
- b) **Il supporto all'auto-cura**. La gestione delle malattie croniche può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci - può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.
- c) **Infrastrutture fisiche e informatiche** per consentire il lavoro associato dei team multi-professionali secondo il metodo della sanità d'iniziativa. La "**Casa della salute**" può essere un modello, ma qualsiasi struttura (pubblica o privata) in grado di ospitare un consistente gruppo di professionisti, e di essere un valido punto di riferimento per la popolazione, è benvenuta.
- d) La disponibilità di **cure intermedie** all'interno della rete dei servizi della SdS (o Z/D). Si tratta di posti letto ad alta intensità assistenziale infermieristica/riabilitativa in grado di garantire la continuità assistenziale nei pazienti dimessi dall'ospedale (in condizioni di stabilità clinica, ma non ancora in grado di tornare al proprio domicilio per motivi sociali o sanitari) o non in grado di rimanere al proprio domicilio a causa di una malattia intercorrente che tuttavia non richiede un ricovero ospedaliero. Si tratta di posti letto da individuare in Case della salute, in Ospedali di comunità, o in RSA.

Riferimenti bibliografici

- Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L et al., The Expanded Chronic Care Model, Hospital Quarterly 2003; Vol.7, No 1, 73-82
- BMA, [www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOF2006/\\$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf](http://www.bma.org/ap.nsf/AttachmentsByTitle/PDFQOF2006/$FILE/Quality+and+outcomes+framework+guidance+-+Feb+2006.pdf)
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grunbach K, Improving primary care for patients with chronic illness, JAMA 2002, 288:1775-79
- Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM, A 2020 vision of patient-centered primary care, J Gen Intern Med 2005, 20:953-957
- Delbanco T, Berwick DM, Boufford JI, Edgman-Levitan S, Ollenschlger G, Plamping D, Rockefeller RG, Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me, Health Expectations 2001, 4, pp.144-150
- De Maeseneer J et al., Primary health care as a strategy for achieving equitable care, a literature review commissioned by Health Systems Knowledge Network, WHO, March 2007
- Doshi JA, Polsky D, Chang VW, Prevalence and trends in obesity among aged and disabled US Medicare Beneficiaries 1997-2002, Health Affairs 2007; Vol. 26; N. 4, 1111-17
- Green A et al., Primary Health Care and England: The coming of age of Alma Ata? Health Policy 80 (2007) 11-31
- Federazione Italiana Medici di Famiglia, La Ri-Fondazione della Medicina Generale, Roma 2007
- Kassirer JP, Managed Care and the Morality of the Marketplace, NEJM 1995; 333:50-52
- Klein R, Big Bang Health Care Reform - Does It Work?: The Case of Britain's 1991 National Health Service Reform, The Milbank Quarterly 1995, Vol. 73, N.3, p. 299-337
- Lee TH et al., Redesigning Primary Care, NEJM 2008, 359:e29. Il video della tavola rotonda è consultabile sul sito www.saluteinternazionale.info
- Morrison I, Smith R, Hamster health care: time to stop running faster and redesign health care, BMJ 2000; 321: 1541-42
- Olshansky SJ et al., A potential decline in life expectancy in the United States in 21st century, N Engl J Med 2005; 352: 1138-45
- Royal College of General Practitioners, The Future Direction of General Practice. A roadmap. London 2007
- Vuori H, Health for All, Primary Health Care and General Practitioners, Journal of the Royal College of General

Practitioner, 1986, 36, 398-402

Whitehead M, Dahlgren G, Levelling up (part 1 & part 2): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health - WHO - Europe, Copenhagen, 2006, www.euro.who.int

WHO-UNICEF, Alma-Ata 1978 Primary Health Care, "Health for all" Series, No. 1, WHO, Geneva, 1978

WHO, Innovative care for chronic conditions, Building blocks for action, 2002, Geneva

WHO, Preventing chronic diseases. A vital investment, 2005