

Gavino Maciocco

È tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per muovere l'assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo.

"Why primary care is useful in health systems" ("Perché le cure primarie sono utili nei sistemi sanitari"). Questo il titolo della lettura magistrale che Barbara Starfield avrebbe dovuto tenere il giorno 13 giugno a Pisa, al convegno internazionale sulle politiche sanitarie regionali organizzato da Regione Toscana e Laboratorio MeS. Ma alla vigilia dell'evento, sabato 11 giugno, è giunta, come un fulmine, la tragica notizia della sua improvvisa scomparsa.

Barbara Starfield era professore di Health Policy and Management alla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimora (USA). Il Preside della Scuola, Michael J. Klag, nel messaggio di condoglianze la ricorda come "un gigante nel campo delle cure primarie e della politica sanitaria".

Il termine "gigante" è il termine più adatto per rappresentare la statura di ricercatore, di docente e di difensore di diritti umani di Barbara Starfield. Avevamo già in programma un post sulla sua visione di cure primarie, da pubblicare dopo il suo previsto intervento a Pisa. Lo pubblichiamo nella data prevista (e con il titolo previsto) -

anche come tributo alla sua memoria – attingendo ai paper più significativi della sua sconfinata produzione scientifica.

Negli ultimi dieci anni due sono i principali temi su cui si è concentrata l'attività di ricerca e la riflessione politica di Barbara Starfield: il ruolo delle cure primarie nei sistemi sanitari e la gestione delle malattie croniche nell'ambito delle cure primarie.

Il ruolo e l'impatto delle cure primarie nei sistemi sanitari.

La questione è analizzata in tre fondamentali paper pubblicati tra il 2002 e il 2005 [1,2,3].

La domanda è: esiste qualche correlazione tra “forza” del sistema delle cure primarie e risultati in termini di salute, di equità e di efficienza?

La “forza” del sistema delle cure primarie è misurata in relazione a 10 differenti caratteristiche.

Le caratteristiche strutturali:

- **il sistema di finanziamento** (fiscalità generale, assicurazioni sociali, privato);
- **distribuzione delle risorse** (le risorse delle cure primarie, a partire dai medici, sono o meno distribuite in relazione ai bisogni);
- **tipologia dei medici** (prevalenza di medici di famiglia vs specialisti);
- **accessibilità** (la possibilità dei pazienti di usare i servizi nel momento del bisogno, senza barriere);
- **longitudinalità** (la capacità del sistema di fornire nel tempo una regolare fonte assistenziale).

Le caratteristiche funzionali:

- **primo contatto** (le cure primarie rappresentano la porta d'ingresso nel sistema sanitario);
- **coordinamento** (le cure primarie garantiscono la continuità della cura tra differenti livelli d'assistenza);
- **globalità** (le cure primarie includono servizi preventivi, curativi e riabilitativi);
- **longitudinalità** (la presa in carico del paziente avviene per un tempo indefinito e non per singolo episodio di malattia);
- **orientamento verso la persona, la famiglia e la comunità** (l'assistenza è orientata alla persona e non alla malattia e avviene nel contesto dove la persona vive, prendendo in considerazione i determinanti sociali).

La “forza” delle cure primarie all’interno dei sistemi sanitari internazionali (in particolare dei paesi OCSE) viene messa in relazione con una serie di indicatori di salute e di spesa.

I paesi con più forti sistemi di cure primarie – secondo la classifica formulata dagli Autori – sono: Regno Unito, Danimarca, Spagna, Olanda, Italia, Finlandia, Norvegia, Australia, Canada e Svezia.

In estrema sintesi questi sono i risultati.

1. **Sistemi sanitari con all’interno “forti” sistemi di cure primarie sono associati a una migliore salute della popolazione;** gli indicatori presi in considerazione sono: a) la mortalità per tutte le cause; b) la mortalità prematura per tutte le cause; c) la mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardiovascolari.
2. Le evidenze dimostrano inoltre che **le cure primarie (a differenza di sistemi basati sull’assistenza specialistica) garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione.**
3. **Più forti sono le cure primarie più bassi sono i costi,** come dimostra la Figura 1, dove nell’ordinata è rappresentata la “forza” delle cure primarie e nell’ascissa la spesa sanitaria pro-capite.

Figura 1. Forza di cure primarie e spesa sanitaria

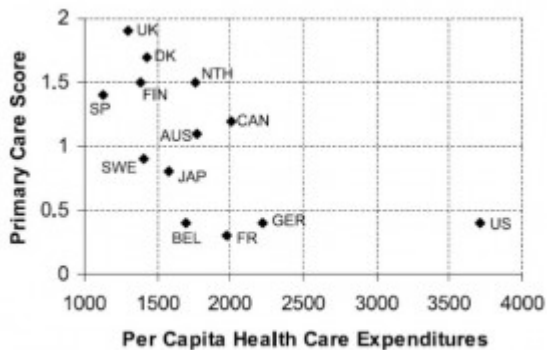


Fig. 2. Primary care score vs. health care expenditures, 1997.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

La gestione delle malattie croniche nell'ambito delle cure primarie.

Questo tema è trattato in due recenti paper: uno - "Chronic Illness and Primary Care" - contenuto in un rapporto canadese "Trasforming care for Canadians with chronic health conditions - Appendices" (vedi **Risorse**), l'altro, dell'aprile 2011, dedicato alle disuguaglianze nell'assistenza sanitaria[4]. Anche qui, in estrema sintesi, i punti principali della riflessione di Barbara Starfield.

1. E' vero che le malattie croniche rappresentano la grande massa del peso assistenziale dei sistemi sanitari, ma il dato più preoccupante non è la quantità delle singole patologie croniche, ma **la "comorbidità" e la "multimorbidità" che sono diventate la regola**, piuttosto che l'eccezione.
2. L'importanza della multimorbidità è provata da studi che dimostrano la sua associazione con l'incremento dei ricoveri ospedalieri, per situazioni che potrebbero essere prevenute con cure primarie di buona qualità, e con l'aumento dei costi.
3. Ciò che rende più costosa l'assistenza è legata in parte alla multimorbidità da malattie croniche e in parte alla **maggiore condizione di vulnerabilità sociale, familiare e economica dei pazienti**.
4. Le persone hanno problemi di salute, ma le malattie rappresentano solo una parziale spiegazione dei loro problemi di salute. Noi dobbiamo conoscere di quali problemi di salute le persone soffrono, indipendentemente dall'etichetta della malattia che i professionisti gli hanno attaccato. Il miglioramento e se possibile la risoluzione dei problemi (e all'inverso il peggioramento di questi) sono **vere e proprie misure di outcome**, e i medici che sono in grado di riconoscerli e risolverli dovrebbero essere ricompensati per questo.

5. Già William Osler, oltre un secolo fa, riconosceva che è più importante conoscere **“quale tipo di paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente”**. Un approccio focalizzato sulla persona (*person-focused*), rispetto all’approccio dominante focalizzato sulla malattia (*disease-focused*) è il più adatto alla gestione delle malattie croniche perché è maggiormente in grado di affrontare il modo con cui più malattie interagiscono tra loro e riconoscere le condizioni di vulnerabilità sociale, familiare e economica dei pazienti che aggravano i loro problemi di salute.
6. Abbiamo bisogno di linee guida adatte per l’assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulla malattia. Solo i medici di famiglia possono comprendere ciò, perché essi non si occupano dei singoli organi, come fanno gli specialisti, e perché ogni giorno sperimentano questa realtà nel loro lavoro. **Per questo i medici di famiglia devono difendere i sistemi sanitari basati sulle cure primarie, perché questa è l’unica speranza per ottenere una maggiore equità attraverso appropriati interventi medici. Essi hanno anche un’altra responsabilità, che è quella di richiamare l’attenzione sulla follia di fornire l’assistenza in modo verticale, malattia per malattia.**
7. E’ tempo che i medici di famiglia prendano l’iniziativa per muovere l’assistenza medica laddove ci sono i bisogni; per assistere i pazienti e le popolazioni e non le malattie. Tutto ciò non solo è biologicamente corretto, ma anche più efficace, più efficiente, sicuro e più equo.

Gavino Maciocco, Dipartimento di sanità Pubblica, Università di Firenze

Risorse

1. Transforming care for Canadians with chronic health conditions - [Appendices](#). [PDF: 3,2 Mb]
2. Remembering Prof. Barbara Starfield. [WONCA statement](#) [PDF: 90 Kb]

Bibliografia

1. Starfield B, Shi L. [Policy relevant determinants of health: an international perspective](#). Health Policy 2002; 60: 201-218.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. [The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development \(OECD\) Countries, 1970-1998](#). [PDF: 197 Kb] HSR: Health Services Research 2003; 38:3,

831-865.

3. Starfield B, Shi L, Macinko J. [Contribution of Primary Care to Health Systems and Health](#). [PDF: 150 Kb]The Milbank Quarterly 2005; 83 (3): 457-502.
4. Starfield B. [The hidden inequity in health care](#). [PDF: 150Kb] International Journal for Equity in Health 2011, 10:15.

