



Enrico Materia

L'importanza cruciale di servizi assistenziali integrati e comprensivi, basati sulla piattaforma delle cure primarie in grado, ad esempio, di allargare i programmi di salute materna e infantile a interventi di prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche.

I Paesi dell'Africa Sub-sahariana stanno fronteggiando un doppio carico di malattie, acute e croniche, e si prevede che queste ultime (malattie cardiovascolari, BPCO, diabete e tumori) rappresenteranno il carico principale nel 2030.

La sostenuta crescita economica in diversi Paesi della regione, i cambiamenti nella dieta e negli stili di vita prodotti dalla liberalizzazione dei commerci, la progressiva urbanizzazione e i risultati ottenuti nel controllo delle principali malattie infettive - in particolare l'AIDS - contribuiscono a questo cambiamento.

La transizione epidemiologica si svolge comunque in modo diverso per i gruppi di popolazione più o meno abbienti, con le fasce più svantaggiate su cui graverà il doppio carico di malattie comunicabili e non comunicabili - tra queste ultime tubercolosi, malaria e malattie tropicali neglette ormai definibili come malattie della povertà - mentre sulle fasce più ricche peserà un aumentato carico di malattie non comunicabili.

La fragilità dei sistemi sanitari e l'inadeguatezza delle politiche di protezione sociale amplificheranno ulteriormente, per le famiglie più deprivate, la trappola medica della povertà.

P. Marquez e J. Farrington, di estrazione Banca Mondiale e OMS, esaminano sul *BMJ* le strategie di sanità pubblica più opportune per far fronte a questo scenario^[1]. È noto che gli approcci multisettoriali che combinano interventi a livello di popolazione e degli individui ad alto rischio sono i più efficaci nella prevenzione delle malattie croniche - comprese le misure regolatorie per ridurre il consumo di tabacco e di

alcool e, quando possibile a livello di cure primarie, la gestione del rischio cardio-metabolico e lo screening per il cancro della cervice uterina. In situazioni a risorse limitate, come nel caso dell’Africa Sub-sahariana, è peraltro necessario far leva su strategie complementari in grado di tener conto delle relazioni esistenti tra condizioni acute e croniche, di considerare i bisogni comuni piuttosto che le malattie isolate (da cui programmi verticali, detti anche malattie-silos), e di fare leva sulle risorse e le capacità esistenti.

Vi è solida evidenza della relazione tra povertà e malattie cardiovascolari: l’insufficiente nutrizione materna è associata al basso peso alla nascita che predispone ai disordini metabolici e alle malattie non comunicabili nell’adulto; l’obesità gestazionale è inoltre un fattore di rischio per il diabete e le malattie cardiovascolari sia nella madre che nel nascituro in età adulta. La doppia epidemia di AIDS e tubercolosi può aggravare il quadro contribuendo al basso peso alla nascita e alla malnutrizione. Viceversa, le malattie non comunicabili possono aumentare il rischio di infezioni: il diabete e il fumo aumentano il rischio di tubercolosi e il fumo la co-morbidity tra tubercolosi e diabete. **Ne deriva l’importanza cruciale di servizi assistenziali integrati e comprensivi, basati sulla piattaforma delle cure primarie - come ribadito dal WHO nel World Health Report 2008[2] - in grado, ad esempio, di allargare i programmi di salute materna e infantile a interventi di prevenzione primaria e secondaria delle malattie croniche.**

Strategie efficaci applicate con successo per le malattie comunicabili possono poi essere adottate per la gestione di quelle non comunicabili e per le cure palliative: per esempio l’approccio DOTS per la tubercolosi (**Directly Observed Therapy, Short course**) adattato al programma di gestione del diabete mellito in Malawi[3]. Il **Chronic Care Model** viene utilizzato in Uganda, Tanzania, Sud Africa e Zambia per integrare l’assistenza e migliorare la qualità delle cure per condizioni quali HIV, ipertensione e diabete [4].

Ancora, l’esperienza maturata in diversi paesi africani insegna che per ampliare lo spettro delle condizioni da sottoporre a controllo sono utili il **task shifting - in cui i medici delegano a personale non medico compiti assistenziali** - e i telefoni cellulari. Questi sono stati utilizzati con successo nei programmi assistenziali di pazienti con HIV/AIDS e malattie croniche in Paesi quali Uganda, Kenya e Uganda.

È ovvio che simili approcci devono evitare di creare altri tipi di silos assistenziali, come quelli che hanno caratterizzato il controllo di singole malattie infettive (in particolare l’HIV/AIDS) nei paesi in via di sviluppo.

L’articolo spezza una lancia a favore dell’integrazione dei servizi e fa cenno ai limiti dei programmi verticali sottolineando l’importanza delle politiche multisettoriali per contrastare

i determinanti sociali della salute e le difficoltà di integrare tali programmi all'interno dei sistemi sanitari. **Si ricorda, inoltre, a un anno dalla scomparsa, la lezione di Barbara Starfield con i quattro pilastri per un'efficace organizzazione del sistema assistenziale: primo contatto, continuità di cura, comprensività e coordinamento con le altre parti del sistema**[\[5\]](#).

Appare dunque necessario che i governi dei Paesi africani e la comunità internazionale diano priorità al rafforzamento dei sistemi sanitari in grado di offrire accesso universale, protezione sociale e servizi di qualità per una molteplicità di bisogni sanitari, invece che concentrare le risorse solo su poche, specifiche malattie.

Enrico Materia, medico di sanità pubblica.

Bibliografia

1. Marquez PV, Farrington J. No more disease silos for sub-Saharan Africa. *BMJ* 2012; 345.
2. WHO. The world health report 2008. Primary Health Care (now more than ever). WHO, 2008.
3. Allain T, van Oosterhout JJ, Douglas GP, Joukes S, et al. Applying lessons learnt from the "DOTS" tuberculosis model to monitoring and evaluating persons with diabetes mellitus in Blantyre, Malawi. *Trop Med Int Health* 2011; 16: 1077-84.
4. Levitt NS, Steyn K, Dave J, Bradshaw D. Chronic non communicable diseases and HIV-AIDS on a collision course: relevance for health care delivery, particularly in low-resource settings - insights from South Africa. *Am J Clin Nutr* 2011; 94: 1690-6S.
5. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford University Press, 1988.