



Cure primarie e servizi territoriali

Esperienze nazionali e internazionali

A cura di Gavino Maciocco



Carocci Faber

Il ricavato dei diritti d'autore di questo volume è interamente devoluto all'organizzazione non governativa Medici con l'Africa cuAMM, per finanziare progetti di cooperazione sanitaria internazionale.

1ª edizione, febbraio 2019
© copyright 2019 by Carocci editore S.p.A., Roma

Editing e impaginazione
Fregi e Majuscole, Torino

Finito di stampare nel febbraio 2019
da Grafiche VD srl, Città di Castello (PG)

ISBN 978-88-7466-796-3

Riproduzione vietata ai sensi di legge
(art. 171 della legge 22 aprile 1941, n. 633)

Senza regolare autorizzazione,
è vietato riprodurre questo volume
anche parzialmente e con qualsiasi mezzo,
compresa la fotocopia, anche per uso interno
o didattico.

Indice

Prefazione 15
di *Gavino Maciocco*

**Introduzione. Tributo a Julian Tudor Hart
e Barbara Starfield** 19
di *Gavino Maciocco*

Parte prima. Le strategie

- 1 Cure primarie. Ieri, oggi, domani** 27
di *Gavino Maciocco*
- 1.1. La Dichiarazione di Alma Ata 27
 - 1.2. Cure primarie: una storia americana 29
 - 1.3. Cuba: sono le cure primarie a fare la differenza 33
 - 1.4. Le cure primarie nel Regno Unito: finale di stagione? 35
 - 1.5. Conclusioni 39
 - 1.5.1. La lettura politica
 - 1.5.2. La lettura tecnica (e non solo)
 - Bibliografia 41
- 2 Disuguaglianze di salute** 45
di *Fabio Voller e Caterina Silvestri*
- 2.1. La Commissione sui determinanti sociali della salute 46
 - 2.2. Le disuguaglianze di salute in Italia 47
 - 2.2.1. Disuguaglianze determinate da livello d'istruzione
e tipo di occupazione
 - 2.2.2. Disuguaglianze determinate da condizione
socioeconomica ed esposizione a fattori di rischio
 - 2.3. Mitigare le disuguaglianze di salute attraverso le cure primarie 52
 - Bibliografia 56

3 Malattie croniche e cure primarie 59di *Paolo Francesconi, Irene Bellini, Ersilia Sinisgalli e Gavino Maciocco*

- 3.1. L'epidemia nascosta 59
 - 3.2. La multimorbosità 62
 - 3.3. Le malattie croniche: un problema sociale 63
 - 3.4. Le fonti dei dati 64
 - 3.4.1. L'Istituto nazionale di statistica
 - 3.4.2. Health Search
 - 3.4.3. Fonti internazionali
 - 3.4.4. I flussi sanitari correnti, le banche dati e i sistemi di classificazione del case-mix territoriale
 - 3.5. La prevenzione, un problema politico 69
 - 3.6. Il ruolo del sistema sanitario 70
 - 3.7. Il Piano nazionale della cronicità 74
- Bibliografia 75

4 Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi *hard-to-reach* 77di *Giovanni Baglio ed Erica Eugeni*

- 4.1. Prossimità e sanità pubblica "ecologica" 78
 - 4.2. Prossimità e modelli di intervento 79
 - 4.3. L'esperienza dei GRIS: un esempio di prossimità in azione 81
 - 4.4. Conclusioni 83
- Bibliografia 84

5 La formazione dei medici di famiglia 85di *Alice Cicognani, Erika Fiou, Viviana Forte, Cecilia Francini, Gianluca Marini, Elena Rubatto e Gavino Maciocco*

- 5.1. Il contesto internazionale 85
 - 5.2. Come si diventa medici di famiglia nel Regno Unito 87
 - 5.3. Il contesto nazionale 91
 - 5.4. La struttura del Corso di formazione specifica in medicina generale 93
 - 5.5. Verso un nuovo paradigma della formazione medica 100
- Bibliografia 103

6 L'infermiere nelle cure primarie e la sua formazione 107di *Tiziana Lavalle*

- 6.1. L'infermiere nelle cure primarie 107
 - 6.1.1. La prospettiva dell'OMS: l'infermiere di famiglia
 - 6.1.2. La prospettiva australiana
 - 6.1.3. La prospettiva degli Stati Uniti
 - 6.1.4. La prospettiva del Regno Unito
 - 6.1.5. La prospettiva italiana

- 6.2. La formazione per le cure primarie in Italia 115
- 6.3. La prospettiva: la formazione integrata 116
- 6.4. Conclusioni 119
- Bibliografia 119

- 7 La valutazione delle cure primarie 123**
di Sara Barsanti, Anna Maria Murante e Gavino Maciocco
- 7.1. Il contesto internazionale 124
- 7.2. Gli indicatori di valutazione della performance delle cure primarie:
il caso della Toscana 128
- 7.3. Il processo di valutazione e la reportistica 131
- 7.4. La valutazione del percorso della cronicità 134
- 7.5. La valutazione della sanità di iniziativa in Toscana 137
 - 7.5.1. Il punto di vista dei medici di medicina generale
 - 7.5.2. Il punto di vista degli assistiti
- Bibliografia 140

**Parte seconda. Le esperienze, le buone pratiche:
il panorama italiano**

- 8 La Casa della salute di Querceta 145**
di Giuseppe Cavarani, Fabio Michelotti, Enrico Salvatori e con la testimonianza di Giancarlo Casolo
- 8.1. Le attività della Casa della salute 145
- 8.2. Sanità di iniziativa 148
- 8.3. L'integrazione tra cure primarie e cure ospedaliere 149
- Bibliografia 151

- 9 Presa in carico dei pazienti con patologia cronica.
L'esperienza dell'AUSL di Parma 153**
di Germana Calzolari, Gabriella Tribelli, Romano Marchini, Ettore Brianti ed Emilio Cammi
- 9.1. Il contesto 155
- 9.2. Il Chronic Disease Self-Management Program 157
- 9.3. La realizzazione 158
- 9.4. Conclusioni 160
- Bibliografia 160

10 Le microaree di Trieste 163

di *Martina Belluto, Camilla Benedetti, Giulia Occhini e Nicola Pecora*

- 10.1. La nascita di un nuovo modello sociosanitario legato al territorio 164
- 10.2. Ridurre le disuguaglianze e rilevare i bisogni di salute: i risultati degli studi scientifici 165
- 10.3. Conclusioni 167
Bibliografia 168

11 L'integrazione multiprofessionale in un ospedale di comunità. L'esperienza di Forlimpopoli 169

di *Loretta Vallicelli, Azzurra Bernabei, Giuseppe Benati, Stefano Boni, Silvia Mambelli e Lucio Boattini*

- 11.1. Il contesto generale, locale e lo sviluppo del progetto 169
- 11.2. L'organizzazione 171
- 11.3. Selezione e reclutamento 172
- 11.4. Formazione 173
- 11.5. Il processo di assistenza infermieristica: il metodo e lo strumento 174
- 11.6. La valutazione e la presa in carico clinica 175
- 11.7. Indicatori di esperienza 177
- 11.8. Conclusioni 178
Bibliografia 178

12 Una Casa della salute per i vulnerabili a Milano 181

di *Virginio Colmegna, Gaia Jacchetti, Silvia Landra e Marzia Ravazzini*

- 12.1. La Casa della carità 181
- 12.2. Case study 183
 - 12.2.1. Cercare chi non arriva
 - 12.2.2. Favorire il protagonismo della persona
- 12.3. Conclusioni 186
Bibliografia 187

13 I servizi di salute mentale a Napoli e il valore della solidarietà popolare 189

di *Novella Formisani e Benedetta Altavilla*

- 13.1. Caso clinico 1: R., una vita di cui prendersi cura 189
- 13.2. Caso clinico 2: una sanità pubblica gravemente ammalata 192
- 13.3. Je so' pazzo!: una comunità dichiaratamente folle in una normalità tutta al contrario 193
Bibliografia 194

- 14 Ambulatorio di strada e assistenza ai migranti a Cagliari** 195
di *Silvana Tilocca*
- 14.1. Il Centro di orientamento dei servizi sanitari agli immigrati 195
- 14.2. L'Ambulatorio di strada 196
- 14.3. Gli sbarchi diretti in Sardegna 198
- 14.4. Conclusioni 199
Bibliografia 200
- 15 Attività fisica in comunità in Toscana** 201
di *Lorenzo Roti e Andrea Sanquerin*
- 15.1. Attività fisica e invecchiamento 201
- 15.2. Evoluzione dell'attività fisica adattata in Toscana e in Italia 203
- 15.3. Caratteristiche e indirizzi organizzativi
dell'attività fisica adattata 204
- 15.4. Da buona pratica di settore a buona pratica di sistema 206
- 15.5. Programmazione dell'attività fisica nella comunità 207
Bibliografia 208
- 16 Il paziente esperto. L'esperienza toscana** 211
di *Donatella Pagliacci*
- 16.1. Origini del concetto di paziente esperto e sviluppo dei programmi
di *self-management* 211
- 16.2. Evidenze di efficacia 213
- 16.3. Il modello adottato nella Regione Toscana 215
Bibliografia 218
- 17 La storia di Ester e dell'assistenza proattiva che non c'è** 221
di *Paola Obbia*
- 17.1. Ester e Lucia: una storia vera 221
- 17.2. Il modello "Esther" in Svezia 225
Bibliografia 227
- Parte terza. Le esperienze, le buone pratiche:
il panorama internazionale**
- 18 "Dai camici agli stivali": l'esperienza di sanità pubblica
comunitaria a Madrid** 233
di *Javier Segura del Pozo*
- 18.1. La descrizione specifica del caso: la strategia "Quartieri sani" 234

CURE PRIMARIE E SERVIZI TERRITORIALI

- 18.2. Un commento finale sui risultati, i problemi,
e le questioni aperte 238
Bibliografia 240
- 19 L'integrazione tra servizi in Olanda 241**
di *Pim P. Valentijn e Hubertus J. M. Vrijhoef*
- 19.1. Il modello "Rainbow" 241
19.2. Riforme politiche confuse al macrolivello 243
19.3. Frammentazione istituzionale al mesolivello 244
19.4. *Bundled payment* per specifiche patologie 245
19.5. La collaborazione interdisciplinare tra professionisti
al mesolivello 246
19.6. Difficoltà nel cammino verso l'autonomia del paziente
al microlivello 247
19.6.1. Fascicoli personali elettronici 19.6.2. Strumenti di *e-health*
19.7. Appello all'azione 248
Bibliografia 249
- 20 Le cure primarie nella Palestina occupata 251**
di *Angelo Stefanini*
- 20.1. Contesto sociopolitico e sistema sanitario 251
20.2. Il sistema delle cure primarie 256
20.3. Conclusioni 260
Bibliografia 262
- 21 Cure primarie e *community health insurance* in Uganda 265**
di *Maria Nannini*
- 21.1. Sistema sanitario nazionale 267
21.2. Distretto di Oyam 269
21.3. Sistema sanitario distrettuale 270
21.3.1. L'ospedale di Aber
21.4. Ostacoli all'accesso e interventi di Primary Health Care 272
21.5. *Community health insurance* 274
Bibliografia 276
- 22 Un approccio solidale alle cure primarie in Grecia 279**
di *Chiara Bodini*
- 22.1. Aggiustamenti strutturali e salute 279
22.2. Il movimento di solidarietà 281

- 22.3. Il funzionamento degli ambulatori solidali 283
- 22.4. Insegnamenti e questioni aperte 285
Bibliografia 288
- 23 La via portoghese alla Primary Health Care 291**
di *André Biscaia, Liliana Valente Heleno, António Luz Pereira e Ardigo Martino*
- 23.1. Libro Azzurro *Un futuro per la medicina di famiglia in Portogallo* 291
- 23.2. L'organizzazione dei servizi territoriali 295
- 23.3. Le Unità di salute della famiglia 296
23.3.1. Retribuzione e incentivi 23.3.2. La formazione
Bibliografia 301
- 24 La via brasiliana alla Primary Health Care 303**
di *Ardigo Martino*
- 24.1. Il Sistema unico di salute 303
- 24.2. Il "Programma Salute per la famiglia" 304
- 24.3. Unità basiche di salute 305
- 24.4. Gli agenti comunitari di salute 307
- 24.5. I risultati 308
Bibliografia 310
- Postfazione. La campagna 2018 Primary Health Care:
Now or Never 311**
di *Andrea Canini e Nicola Pecora*
- Gli autori 315**



Prefazione

di *Gavino Maciocco*

Le cure primarie – come si legge nella Dichiarazione di Alma Ata – rappresentano «il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità con il sistema sanitario del paese, portando l'assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza» (WHO, 1978, trad. mia). È questo il livello dove emergono e si manifestano i bisogni di salute della popolazione, e dove il sistema sanitario dovrebbe – ripetiamo “dovrebbe” – organizzare un'offerta adeguata di servizi primari, atta a soddisfare quei bisogni.

L'enorme sfida che le cure primarie si trovano oggi ad affrontare è proprio quella di riuscire a dare risposte adeguate a bisogni di salute sempre più complessi. Una complessità che ci è esplosa sotto gli occhi, repentina e multiforme. Tutti sapevano che l'invecchiamento della popolazione avrebbe avuto un impatto sul sistema sanitario, ma nessuno si aspettava che la diffusione delle malattie croniche avrebbe assunto i connotati di un'epidemia, con l'aggiunta della subepidemia della multimorbosità. Tutti erano al corrente della stretta relazione fra stato di salute e condizione socioeconomica: ecco, quella correlazione si è manifestata in tutta la sua asprezza e violenza con la recente crisi economica, che ha fatto crescere a dismisura povertà, disoccupazione e precarietà, rendendo gli individui e le famiglie più fragili, anche sul piano della salute, con gli anziani a pagarne il prezzo più salato.

Le cure primarie si devono poi confrontare con il fenomeno delle migrazioni, non tanto per via di inesistenti pericoli infettivi, quanto per la necessità di riuscire a interloquire con culture diverse, per affrontare in modo corretto i problemi di salute delle persone provenienti da quelle culture, per l'urgenza di garantire a tutti, ma proprio a tutti, il diritto alle cure e alla salute.

L'enormità della sfida l'avevano percepita con largo anticipo due medici visionari come Julian Tudor Hart e Barbara Starfield, a cui è dedicato questo libro, e le cui formidabili intuizioni sono sintetizzate nell'*Introduzione*. Il

fulcro delle loro teorie è molto chiaro: di fronte alla complessità dei bisogni – quando la situazione clinica è spesso aggravata dalla povertà e dall’isolamento sociale, quando gli stessi pazienti spesso stentano, o addirittura rinunciano, a manifestare le proprie necessità – le cure primarie devono attrezzarsi diversamente, devono innovare la loro organizzazione, tenendo conto che non sarà la tecnologia a trainare l’innovazione, come avviene nelle discipline specialistiche, bensì le scelte di politica sanitaria, la preparazione e la dedizione dei professionisti. La ricetta per far fronte alla sfida è apparentemente semplice: i bisogni complessi vanno affrontati mettendo in campo, in maniera coordinata, tutte le risorse necessarie per soddisfare le varie componenti – cliniche, assistenziali, sociali, talora anche culturali – di quei bisogni. Ciò richiede un’integrazione “orizzontale”, ad esempio team multiprofessionali delle cure primarie, e un’integrazione “verticale” tra differenti livelli di cura (cure primarie e cure specialistiche) e anche tra differenti livelli istituzionali, ad esempio il coinvolgimento dei Comuni, per garantire la qualità e la continuità dell’assistenza. A ciò va aggiunto l’elemento che Tudor Hart considerava strategico nella gestione delle cure primarie: l’Anticipatory Health Care (“sanità di iniziativa”).

Questo libro è stato scritto anche per dimostrare che innovare le cure primarie per dare risposte efficaci a bisogni complessi è possibile e fattibile, come testimoniano le “buone pratiche” – nazionali e internazionali – a disposizione dei lettori, pur essendo esperienze ancora minoritarie (cfr. CAP. 19, interamente dedicato alle grandi difficoltà nell’integrazione tra più livelli assistenziali, in una realtà così ricca di risorse come quella olandese).

Le resistenze ai processi di integrazione e di proattività che impediscono l’innovazione delle cure primarie sono molteplici e provengono da diverse direzioni. La più nota, e per certi versi scontata, è la tradizionale, indiscussa centralità dell’ospedale: negli investimenti, nelle assunzioni, negli affari, nella percezione dei politici, degli amministratori, della maggioranza degli operatori sanitari e della popolazione. L’importante è che l’ospedale funzioni; tutto il resto viene dopo, ma molto dopo. Certo che, se il pronto soccorso dell’ospedale si intasa, e il problema occupa la prima pagina della cronaca locale o – addirittura – nazionale, viene chiamato in causa il territorio e il suo sistema delle cure primarie, incapaci di esercitare un filtro per i casi meno gravi (i codici bianchi). Allora, alla ricerca di una soluzione per il problema, scatta un riflesso quasi pavloviano: tenere ininterrottamente aperti gli ambulatori dei medici di famiglia o, in alternativa, mettere questi ultimi al pronto soccorso per trattare i codici bianchi. Soluzioni fallimentari, come l’esperienza ha ampiamente dimostrato. Se l’intasamento dei

pronto soccorso fosse dovuto all'eccesso dei codici bianchi, il problema sarebbe facilmente risolvibile con un buon triage all'ingresso, assegnando agli infermieri il compito di trattare (*see and treat*) i casi più lievi. In realtà la pressione sul pronto soccorso è per lo più dovuta a episodi di riacutizzazioni di malattie croniche, prevalentemente cardio-vascolari e bronco-polmonari, dove spesso la situazione clinica è complicata da condizioni sociali avverse (povertà, solitudine, emarginazione, abitazioni prive di riscaldamento o condizionamento termico): eventi che in larga parte potrebbero essere evitati con una gestione proattiva e integrata delle cronicità.

Torniamo quindi al punto di partenza: che cos'altro impedisce il rinnovamento delle cure primarie? Certamente la lentezza con cui la politica sanitaria ha affrontato la questione della cronicità: ancora nel 2005 "The Lancet" a proposito di *chronic diseases* parlava di *neglected epidemic* (Horton, 2005). In Italia il Piano nazionale della cronicità – contenente importanti innovazioni nell'organizzazione delle cure primarie – è stato approvato nel 2016, con almeno quindici anni di ritardo rispetto a quanto veniva pubblicato al riguardo in ambito internazionale, ed è tuttora quasi dovunque inattuato.

Anche la formazione universitaria, troppo focalizzata sullo studio delle singole malattie e poco interessata a occuparsi dei problemi delle persone e della complessità dei percorsi assistenziali, rappresenta un serio ostacolo all'innovazione delle cure primarie. In Italia la situazione è ulteriormente aggravata a causa della mancanza – caso quasi unico al mondo – della disciplina accademica della Medicina di famiglia.

Le resistenze ai processi di integrazione e di proattività e all'innovazione delle cure primarie provengono, infine, dal mercato. Il mondo del privato *for profit* (e anche del privato *low profit*, ossia del privato sociale) vede nella cronicità una ghiotta occasione di business. Ma è un mondo composto da una miriade di gestori e di erogatori di prestazioni, ognuno dei quali interessato a realizzare la propria parte di utile, dove i concetti di presa in carico e di integrazione sono pressoché sconosciuti.

La sfida che le cure primarie devono affrontare è quindi enorme. Il suo esito tuttavia non riguarda solo queste ultime, destinate alla scomparsa in caso di fallimento (Whitcomb, Cohen, 2004). Riguarda l'intero sistema sanitario e la sua capacità di esercitare pienamente ed efficacemente le sue funzioni di prevenzione e di cura.

Come abbiamo accennato, lo scopo di questo libro è quello di dimostrare che l'innovazione nel campo delle cure primarie è possibile e per farlo abbiamo collezionato – nella *Parte seconda* e nella *Parte terza* del volume –

una serie di esperienze, nazionali e internazionali, che mostrano i successi, ma anche le difficoltà e gli ostacoli, nel raggiungere gli obiettivi strategici che vengono indicati e sviluppati nella *Parte prima*: l'equità nella salute e la lotta alle disuguaglianze, la medicina di prossimità e la centralità della persona, la gestione integrata e proattiva dei servizi e la creazione dei team multiprofessionali e multidisciplinari, la capacità di valutare i risultati, la necessità di una profonda innovazione nel campo della formazione.

Il volume è frutto di un lavoro collettivo: basta osservare l'indice e il numero degli autori. A tutti loro va il mio più caloroso ringraziamento per aver partecipato – volontariamente e gratuitamente – a questa impresa corale, condividendone lo spirito e le finalità. Un ringraziamento particolare va a Tiziana Lavallo, non solo per la stesura di un importante capitolo, ma ancor più per il fondamentale contributo dato alla progettazione dell'opera. Un grazie affettuoso a mia nipote, Eva Maciocco, per la traduzione dallo spagnolo del capitolo *De las batas a las botas* (“*Dai camici agli stivali*”). Un grande grazie infine a Loretta, che ha curato la revisione generale del testo e che da una vita segue con infinita pazienza le mie continue traversate del deserto (quali sono le scritture di libri e di articoli), piene di silenzi e notti in bianco.

Bibliografia

- HORTON R. (2005), *The Neglected Epidemic of Chronic Disease*, in “The Lancet”, 366, 9496, p. 1514.
- WHITCOMB M. E., COHEN J. J. (2004), *The Future of Primary Care Medicine*, in “New England Journal of Medicine”, 351, pp. 710-2.
- WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION (1978), *Declaration of Alma-Ata – International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*, in https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf (ultimo accesso gennaio 2019).

Introduzione

Tributo a Julian Tudor Hart e Barbara Starfield

di *Gavino Maciocco*

Julian Tudor Hart (1927-2018) era ancora uno studente di Medicina quando nel luglio 1948 entrò in funzione nel Regno Unito il National Health Service. Si laureò nel 1952 e nove anni dopo iniziò la sua attività di medico di famiglia (*general practitioner*) a Glyncorrwg, un villaggio di minatori nel Sud del Galles.

Cresciuto in una famiglia politicamente molto attiva, con genitori entrambi medici (il padre era stato volontario nella guerra civile spagnola), aveva assorbito i valori fondamentali della giustizia sociale. È noto per aver elaborato il concetto dell'*inverse care law* ("legge dell'assistenza inversa"), a sottolineare che le comunità che avrebbero maggiore bisogno di una buona assistenza sono quelle che hanno minore probabilità di riceverla, come si legge in una ricerca pubblicata sulla rivista "The Lancet". Lo studio documentava come «la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita. Questa legge dell'assistenza inversa opera più profondamente laddove le cure mediche sono in maggior misura esposte alle forze del mercato, e in modo meno rilevante laddove tale esposizione è ridotta» (Tudor Hart, 1971, p. 1509, trad. mia).

Tudor Hart a buona ragione può essere considerato il paladino e il simbolo delle cure primarie per la passione e la generosità con cui praticava la professione, per il rigore scientifico con cui descriveva i risultati del suo lavoro, per la visione quasi profetica del ruolo di questa componente all'interno di un sistema sanitario.

Passione, rigore e visione che ritroviamo in un paper pubblicato su "The Lancet" con la firma di Tudor Hart e di altri sette autori, *Twenty Five Years of Case Finding and Audit in a Socially Deprived Community* (Tudor Hart *et al.*, 1991). Questa l'introduzione dell'articolo (pubblicato nel pieno delle riforme liberiste del governo di Margaret Thatcher, che interessarono anche la sanità):

CURE PRIMARIE E SERVIZI TERRITORIALI

Per la salute, come per la produzione di beni di consumo, la crescita assoluta nasconde il declino relativo. Dal 1980 il Regno Unito occupa il gradino più alto tra i paesi della Comunità europea e del Nord Europa per la mortalità dovuta a qualsiasi causa, negli uomini e nelle donne di età compresa tra i 45 e i 64 anni.

La relazione stretta e causale tra la mortalità, la morbosità e la classe sociale è la principale spiegazione dei numeri eccezionalmente elevati della mortalità e della morbosità in Scozia, nell'Irlanda del Nord, e in parte nell'Inghilterra settentrionale e nel Galles meridionale, per tutte le cause, e in particolare per le malattie coronariche. Le disuguaglianze socioeconomiche si sono dilatate di pari passo in fatto di malattie e mortalità. Queste differenze sono aggravate dalla crescente disparità nelle risorse cliniche disponibili per affrontarle: alimentata dal mercato, prospera la legge dell'assistenza inversa. Come previsto da attenti economisti, il nuovo contratto dei medici di famiglia sta accelerando i precedenti trend, favorendo gli investimenti dei membri di tale categoria che operano nelle aree più ricche, dove l'assistenza è più facile, e scoraggiando invece quelli di coloro che registrano guadagni più bassi, i cui pazienti sono più poveri e malati, i cui costi sono più alti, e il cui lavoro clinico è più difficile. Come dimostrano gli studi di Cardiff e Ipswich sul diabete non insulino-dipendente, la gestione routinaria della malattia cronica nella medicina generale non si può confrontare con la routine dell'attività ambulatoriale ospedaliera. Per la popolazione generale vige la *regola delle metà* (*the rule of halves*) (Bartley, Blane, Smith, 1990), non solo per quanto riguarda l'ipertensione, ma anche probabilmente a proposito di altri rischi per la salute, per i quali la domanda, e anche l'offerta, di servizi è inferiore alle reali necessità. Dato un determinato ordine di grandezza, la metà di tutti i bisogni specifici di salute non sono noti, la metà di quelli conosciuti non viene trattata e la metà del trattamento non è efficace. Questo paper descrive un tentativo, durato oltre venticinque anni, di contenere o invertire queste tendenze in una piccola comunità, valutando le variabili di salute in tutta la popolazione assistita (Tudor Hart *et al.*, 1991, p. 1509, trad. mia).

L'esperimento si svolse nella comunità di Glyncorrwg dal 1964 al 1987, e si basò su questa strategia:

Il nostro obiettivo era quello di migliorare la salute dell'intera popolazione identificando precocemente i problemi trattabili, spesso in uno stadio presintomatico, e imparando dai nostri errori, andandoli a ricercare sistematicamente, in un ciclo continuo di *case finding and audit*. [...] Questa strategia proattiva dipendeva dal tipo di organizzazione del nostro gruppo e da un sistema strutturato di registrazione dei dati. Le autorità sanitarie locali non si resero conto che la continuità del personale era essenziale per garantire l'aderenza alle cure in una *working class population*, e che il personale può imparare solo dall'esperienza dei suoi pari nel lavoro

quotidiano. Per questo fummo costretti ad assumere e a formare del nostro personale (ivi, p. 1510, trad. mia).

Nella nota finale dell'articolo si riferisce che dal 1974 il gruppo ricevette generosi finanziamenti da varie fondazioni.

L'arruolamento dei pazienti nell'Anticipatory Health Care ("sanità di iniziativa") avvenne gradualmente: all'inizio furono presi in carico gli ipertesi e i fumatori, negli anni Settanta i diabetici, negli anni Ottanta i bronchitici cronici e i pazienti con problemi di alcol (accanto all'attività proattiva, il tempo era prevalentemente occupato dall'assistenza ai pazienti sintomatici).

Su un punto metodologico Tudor Hart è irremovibile: l'Anticipatory Health Care deve essere svolta all'interno di un contesto clinico (la medicina di famiglia), dove il tempo è protetto (progressivamente il tempo destinato alle visite passò da 6 a 10 minuti), dove alcune funzioni sono delegate agli infermieri previa adeguata formazione, dove i *defaulters* (le persone che non si recano ai controlli) sono costantemente seguiti, dove è possibile organizzare gruppi di pazienti con problemi comuni, soluzione essenziale per il controllo delle malattie croniche. Vi sono esperienze diverse, come negli Stati Uniti, dove l'intervento proattivo è affidato ad agenzie *ad hoc* (ad esempio i centri per l'ipertensione), ma qui il *drop-out* varia dal 20 al 50%, mentre nella comunità di Glyncorrwg è rimasto sempre al di sotto del 10%. Il bilancio finale di questa esperienza fu decisamente positivo. I risultati più importanti furono la riduzione della mortalità generale (del 30% più bassa rispetto a quella di un paese vicino, dove non si praticava la sanità di iniziativa), la riduzione della pressione media dei pazienti ipertesi seguiti nel tempo (da 186/110 mmHg a 146/84 mmHg) e la diminuzione della percentuale di fumatori (dal 56 al 20%).

Barbara Starfield (1932-2011) è stata professoressa di Health Policy and Management alla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, a Baltimora (Maryland). Il preside della scuola, Michael J. Klag, la ricorda come un "gigante" nel campo delle cure primarie e della politica sanitaria. Il termine "gigante" è il più adatto per rappresentare la statura di ricercatore, di docente e di difensore dei diritti umani di Barbara Starfield. Nei suoi ultimi dieci anni di vita due sono i principali temi su cui si è concentrata la sua attività di ricerca e di riflessione politica: il ruolo delle cure primarie nei sistemi sanitari e la gestione delle malattie croniche nell'ambito delle cure primarie.

Tre suoi fondamentali paper, pubblicati tra il 2002 e il 2005 (Shi, Star-

field, 2002; Macinko, Starfield, Shi, 2003; Starfield, Shi, Macinko, 2005) sono dedicati allo studio della relazione tra forza del sistema delle cure primarie e risultati in termini di salute, equità ed efficienza. Queste, in sintesi le conclusioni.

Sistemi sanitari con all'interno forti organizzazioni 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.

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. Più forti sono le cure primarie, più bassi sono i costi (i paesi con più forti sistemi di cure primarie sono, secondo gli autori, Regno Unito, Danimarca, Spagna, Olanda, Italia, Finlandia, Norvegia, Australia, Canada e Svezia).

L'ultimo articolo di Starfield, pubblicato alla vigilia della sua scomparsa, *The Hidden Inequity in Health Care* (Starfield, 2011), è dedicato ai problemi della multi-morbosità e al ruolo richiesto alle cure primarie nella gestione della cronicità. Scrive al riguardo l'autrice:

È vero che le malattie croniche rappresentano la gran parte del peso assistenziale dei sistemi sanitari, ma il dato più preoccupante non è la quantità delle singole patologie croniche, ma la co-morbosità e la multi-morbosità che sono diventate la regola, piuttosto che l'eccezione. L'incidenza della multi-morbosità è provata da studi che dimostrano la sua associazione con l'incremento dei ricoveri ospedalieri, per situazioni che potrebbero essere prevenute grazie a cure primarie di buona qualità. Ciò che rende più dispendiosa l'assistenza dipende in parte dalla multi-morbosità da malattie croniche e in parte dalla maggiore condizione di vulnerabilità sociale, familiare ed economica dei pazienti. [...] Le persone hanno problemi di salute, ma le malattie rappresentano solo una parziale spiegazione di questi ultimi. Noi dobbiamo conoscere di quali problemi di salute le persone soffrono, indipendentemente dall'etichetta della malattia che i professionisti hanno attribuito a ciascun paziente. Il miglioramento e, se possibile, la risoluzione dei problemi (o, 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. Già William Osler, oltre un secolo fa, sottolineava che è più importante conoscere «quale tipo di paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente» [Osler, 1892]. Un approccio focalizzato sulla persona [*person-focused*], rispetto

a quello 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 ed economica dei pazienti che aggravano i loro problemi di salute. [...] Abbiamo bisogno di linee guida adatte per l'assistenza focalizzata sulle persone piuttosto che sulla malattia. Solo i medici di famiglia possono avere questo tipo di visione, perché loro non si occupano dei singoli organi, come fanno gli specialisti, e perché ogni giorno sperimentano questa realtà nel loro lavoro. Perciò 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. Costoro hanno anche un'altra responsabilità, che è quella di richiamare l'attenzione sulla follia di fornire l'assistenza in modo verticale, malattia per malattia. È tempo che i medici di famiglia prendano l'iniziativa per portare 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, efficiente, sicuro ed equo (ivi, p. 12, trad. mia).

Bibliografia

- BARTLEY M., BLANE D., SMITH G. D. (1990), *The Black Report on Socioeconomic Inequalities in Health 10 Years on*, in "British Medical Journal", 301, pp. 373-7.
- 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*, in "Health Services Research", 38, 3, pp. 831-65.
- OSLER W. (1892), *Remarks on Specialism*, in "Boston Medical and Surgical Journal", 126, pp. 457-9.
- SHI L., STARFIELD B. (2002), *Policy Relevant Determinants of Health: an International Perspective*, in "Health Policy", 60, 3, pp. 201-18.
- STARFIELD B. (2011), *The Hidden Inequity in Health Care*, in "International Journal for Equity in Health", 10, p. 15.
- STARFIELD B., SHI L., MACINKO J. (2005), *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*, in "The Milbank Quarterly", 83, 3, pp. 457-502.
- TUDOR HART J. (1971), *The Inverse Care Law*, in "The Lancet", 1, 7696, pp. 405-12.
- TUDOR HART J. et al. (1991), *Twenty Five Years of Case Finding and Audit in a Socially Deprived Community*, in "The Lancet", 302, pp. 1509-13.