REGIONE TOSCANA

SST Servizio Sanitario della Toscana

FORMAS
Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria

CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

TRIENNIO 2016-2019

LA LEGGE DELL'ASSISTENZA INVERSA:

UNO STUDIO DI CONTESTO PRESSO *LE PIAGGE* PER MIGLIORARE LA PRESA IN CARICO DEI BISOGNI DI SALUTE

DIRETTORE DEL CORSO
DR. EMANUELE MESSINA

COORDINATORE DELLE ATTIVITÀ TEORICO/PRATICHE
DR.SSA LORETTA POLENZANI

RELATORE
DOTT. GAVINO MACIOCCO

TESI DI
DOTT.SSA GIULIA OCCHINI

Indice

Abstract

Introduzione 1

Capitolo 1. Il quadro teorico di riferimento e i principi fondanti della *Primary Health Care* 4

1.1 Diritti umani e disuguaglianze in salute 4

1.2 I determinanti di salute 11

1.3 Primary Health Care: dai principi generali alla attualità 21

Capitolo 2. Il modello Casa della Salute per rispondere alla complessità in salute 27

2.1 Nuove epidemie e servizi antiquati: la sfida della complessità agli operatori sanitari 27

2.2 L'assistenza alle patologie croniche tra incertezze e innovazione 29

2.3 La sanità centrata sulla persona e orientata alla comunità: le Case della Salute 34

Capitolo 3. Lo studio: Le Piagge, dall'analisi dei bisogni di salute alla presa in carico 38

3.1 Le mappe geografiche, storiche e sociali del quartiere 38

3.2 I mutamenti del servizio sanitario locale come determinante di salute 42

3.3 Le testimonianze di una realtà sanitaria complessa 48

3.4 I bisogni di salute della popolazione 52

- **Lo studio epidemiologico** 52
- **Focus Group** 69

3.5 Il ruolo della Medicina Generale nel contrasto alle disuguaglianze in salute: verso nuovi scenari di cura 74

Conclusioni 85

Bibliografia 87

Ringraziamenti

Abstract

Lo scopo del progetto di ricerca mira a comprendere come migliorare la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione residente presso *Le Piagge* da parte dei servizi socio-sanitari presenti nella *Casa della Salute* di zona.

Le Piagge è un'area a prevalente edilizia popolare, situata nella periferia ovest di Firenze, per la quale, sin dall'inizio della sua edificazione negli anni Ottanta, è mancata una progettualità che ne favorisse il benessere e l'integrazione con i quartieri circostanti. Infatti, presso Le Piagge sono state fatte confluire famiglie in attesa di alloggio popolare e persone con disagio socio-economico ed abitativo, con conseguenti fenomeni di ghettizzazione della povertà e di marginalizzazione.

Come è noto, la presenza di disuguaglianze sociali nella popolazione comporta peggiori risultati di salute a carico delle persone meno abbienti. Inoltre, secondo la *legge dell'assistenza inversa* di Julian Tudor Hart[1], sappiamo che la qualità dei servizi socio-sanitari tende a variare in maniera inversamente proporzionale ai bisogni di salute della popolazione. La zona de *Le Piagge* si configura come un luogo esemplare in cui provare a contrastare le disuguaglianze in salute attraverso il miglioramento della presa in carico.

Il progetto di ricerca nasce dall'idea di alcuni giovani medici di medicina generale e medici in formazione in medicina generale, i quali, grazie all'esperienza di lavoro presso *Le Piagge*, hanno potuto osservare le difficoltà di vita della popolazione e la mancanza di integrazione tra servizi, che compromettono qualità e riuscita dei percorsi clinici. Da queste considerazioni è nata la volontà di impegnarsi per promuovere un cambiamento necessario e urgente.

Lo studio si è avvalso di metodiche di ricerca sia quantitative sia qualitative e ha previsto due fasi. Inizialmente un'indagine epidemiologica ha fatto emergere l'elevato livello di deprivazione e gli iniqui risultati di salute della popolazione de *Le Piagge* rispetto a Firenze e al Quartiere 5. Successivamente i risultati sono stati condivisi all'interno di un *focus group* con medici di medicina generale, medici igienisti e assistenti sociali che conoscono il quartiere, in modo da interpretare i risultati, definire i bisogni di salute della popolazione e ipotizzare strategie per una migliore presa in carico degli stessi.

[1] Medico di Medicina Generale inglese

I risultati dimostrano la necessità di una profonda trasformazione delle pratiche di lavoro all'interno della *Casa della Salute*, nonché delle relazioni tra questa e la comunità circostante. Un riorientamento dei servizi, dall'intervento per prestazioni verso una presa in carico dei bisogni di salute che sia globale, efficace e accettabile, può ambire a promuovere la salute, prevenire le malattie curabili e impedire il peggiorare delle condizioni di salute, oltre che a stimolare uno sviluppo delle cure primarie coerente con i principi etici propri della *Comprehensive Primary Health Care*.

La conoscenza del contesto da parte dei professionisti della salute e delle istituzioni dovrebbe divenire la pietra angolare delle cure primarie, per trasformare l'ambiente da anonimo target di interventi assistenziali a luogo da co-abitare, per allocare equamente le risorse disponibili, modellare la progettualità e garantire la salute di tutti.

Introduzione

Fritjof Capra, nel saggio del 1996 "*Web of life*" [1], spiega perché i problemi della nostra epoca sono da considerarsi sistemici e affrontabili soltanto a partire da un cambiamento nella nostra percezione di essi[2]. Parafrasando il fisico austriaco potremmo affermare che più osserviamo le problematiche con cui la sanità si sta confrontando, più ci rendiamo conto che queste partecipano di un quadro di problemi complessi che non possono essere affrontati isolatamente. Questa tesi rappresenta il tentativo di riunire più saperi, allo scopo di interpretare le istanze della sanità toscana alla luce delle dinamiche sociali, culturali ed economiche che caratterizzano la nostra epoca. In particolare, la ricerca alla base di questo lavoro ha preso le mosse da specifici problemi che un gruppo di medici di medicina generale incontra nella propria pratica clinica all'interno di un quartiere della città di Firenze, per poi esplorare i bisogni di salute della popolazione e leggerli in un'ottica transdisciplinare. Il fine ultimo è raggiungere una prospettiva globale e sistemica che permetta di riorganizzare i servizi di cure primarie e migliorare la presa in carico dei bisogni di salute.

Le disuguaglianze in salute sono il risultato più evidente di una serie di problemi sistemici e la tesi dimostra come queste ci riguardino da vicino.

E' stata una medica di medicina generale inglese, Iona Heath, ad affermare che quelle che si versano per le disuguaglianze non sono altro che lacrime di coccodrillo, se non si trova "la volontà collettiva di fare qualcosa a riguardo" [2]. Proprio per questo motivo, nel condurre il percorso di ricerca, ci si è costantemente adoperati per permettere una riflessione dei risultati nella realtà dei servizi. A tale scopo il progetto è stato condiviso all'interno di un gruppo di medici e altre figure professionali, che potessero indicare le traiettorie della ricerca, interpretare i dati, suggerire possibili sviluppi di ricerca e infine raccogliere le indicazioni prodotte circa le necessarie modifiche dell'assistenza socio-sanitaria per farsene sostenitori e promotori.

---

[2] "Più studiamo i principali problemi del nostro tempo, più addiveniamo alla conclusione che essi non possono essere compresi isolatamente. Sono problemi sistemici, cioè sono interconnessi e interdipendenti…In definitiva quei problemi devono essere riconosciuti come aspetti differenti della stessa singola crisi, che è per lo più una crisi di percezione…Questa in breve è la grande sfida del nostro tempo: creare comunità sostenibili – vale a dire, ambienti sociali e culturali nei quali sia possibile soddisfare i nostri bisogni e le nostre aspirazioni senza compromettere le possibilità delle future generazioni" (liberamente tradotto dal testo originale).

Di questo percorso, teorico e pratico, narra la tesi.

Il primo capitolo propone una analisi delle più recenti conoscenze in materia di disuguaglianze in salute a livello globale e nazionale. E' possibile dare più di una lettura al fenomeno, con differenti conseguenze per quanto riguarda le azioni da intraprendere. Pertanto, vengono portate le argomentazioni a sostegno di una interpretazione delle disuguaglianze come un fenomeno iniquo, perverso e correggibile attraverso una più equa redistribuzione del reddito, politiche di sostenibilità e riduzione delle barriere nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi socio-sanitari. I servizi di cure primarie che possono ambire a farsi carico delle disuguaglianze e a promuovere i principi dell'equità e della giustizia sociale per promuovere la salute, sono quelli che si ispirano alla "*Comprehensive Primary Health Care*", di cui si descrivono i capisaldi.

Il secondo capitolo prende in esame i fenomeni sociali e nel campo della salute che contribuiscono a delineare il quadro della complessità. Fra questi spicca la crescente ondata di condizioni croniche di salute. Si propone quindi una disamina dei modelli sanitari di gestione della cronicità, evidenziandone limiti e opportunità da sviluppare. Il modello a cui viene dedicata l'ultima parte del capitolo, è quello delle *Case della Salute*, che in Italia si propone, almeno nella teoria, di recepire le indicazioni e i principi delle cure primarie di tipo "*comprehensive*".

Il terzo capitolo è dedicato allo studio. Inizialmente si descrive la realtà de *Le Piagge*, l'area di Firenze in cui si è svolta la ricerca nota per essere una sacca di persone e famiglie con problematiche sociali ed economiche. Dopo la descrizione storica e geografica del quartiere, si propone una esposizione dei cambiamenti che negli ultimi anni hanno investito la sanità locale, con la conseguente frammentazione dei servizi, che non si dimostrano in grado di affrontare congiuntamente e concertatamente la complessità in salute che a *Le Piagge* trova un'importante manifestazione. I risultati dello studio mostrano aumentati tassi di mortalità e morbilità, se confrontati con quelli di Firenze e delle zone circostanti. Attraverso una lettura congiunta del fenomeno, insieme con medici di medicina generale, igienisti e operatori sociali, sono state proposte delle interpretazioni delle dinamiche alla base e individuate delle possibili aree di intervento.

Infine, si propongono le priorità da realizzare nel quartiere e le caratteristiche che dovrebbero diffondersi nelle cure primarie per rafforzare il cambiamento percettivo, nell'ordine della sistemica, di cui parla Capra, indispensabile per una presa in carico dei bisogni che rispetti la complessità dei fenomeni e delle persone, evitando di ridurle a

malattie, costringerle in percorsi monopatologici e privarle della loro soggettività. Un siffatto cambiamento deve avvenire gradualmente, attraverso una mobilitazione dei soggetti della cura, dai medici alle comunità di assistiti, partendo da una riflessione sulle proprie pratiche e coltivando la propria creatività.

Capitolo 1. Il quadro teorico di riferimento e i principi fondanti della *Primary Health Care*

1.1 Diritti umani e disuguaglianze in salute

La definizione della salute come "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia" proposta dall'*Organizzazione Mondiale della Sanità* nel 1946 [3] e l'art. 25, comma 1, della *Dichiarazione Universale dei Diritti Umani* [4], implicano che tutti i diritti, non solo quelli esplicitamente connessi con la salute, sono indispensabili per raggiungere il massimo livello di salute possibile.

Ad oggi, sono ormai numerose e incontrovertibili le correlazioni tra le disuguaglianze in salute delle persone e le disuguaglianze socio-economiche in seno alla società. Il fatto che la malattia non si distribuisca a caso, ma in maniera diseguale, colpendo le classi socio-economiche più basse della popolazione, ossia, come direbbe il medico e antropologo Paul Farmer, con una "scelta preferenziale per i poveri" [5], chiama fortemente in causa la mancanza di rispetto dei diritti umani e dei valori che influenzano la vita e la morte, come l'uguaglianza sociale e la dignità umana. [6]

Operando un confronto tra nazioni, risulta evidente una correlazione tra crescita economica e salute. L'illustrazione 1 mostra come l'aspettativa di vita è notevolmente diversa per paesi a basso e alto reddito e che, per i paesi a basso reddito bastano minimi incrementi del PIL per comportare una crescita lineare dell'aspettativa di vita. Tuttavia, oltre una certa soglia di reddito, una continua crescita economica produce benefici minori, tanto da far supporre che non sia solo il reddito a influenzare l'aspettativa di vita.

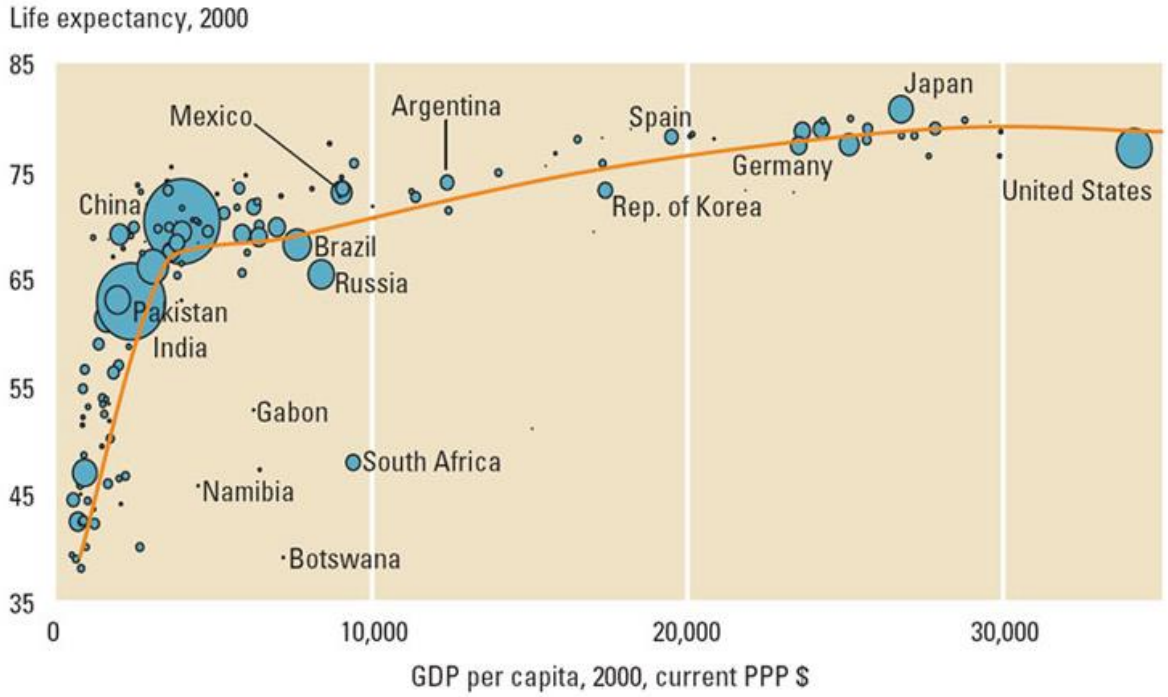


***Illustrazione 1*. Relazione tra reddito (PIL pro-capite in USA) e salute (speranza di vita alla nascita)**

Con uno studio risalente agli anni Novanta (di cui è stata pubblicata una nuova edizione nel 2013), Michael Marmot e Richard Wilkinson hanno dimostrato che non è solo la ricchezza di una nazione, misurata dal PIL, a indicare lo stato di salute e la qualità della vita, bensì la distribuzione della ricchezza nella popolazione [7].

Il fenomeno secondo cui tanto più bassa è la posizione sociale di un individuo, tanto più alta sarà la possibilità di soffrire di cattiva salute, e viceversa, è noto come “gradiente sociale” (illustrazione 2). La correlazione è talmente forte da influenzare l’aspettativa di vita alla nascita ed è ancora più significativa prendendo in considerazione l’aspettativa di vita in salute, ossia gli anni che una persona può aspettarsi di vivere libera da malattie croniche e disabilità. In questo caso non conta tanto la quantità assoluta di risorse possedute, ma la differenza nel confronto con gli altri (deprivazione relativa).

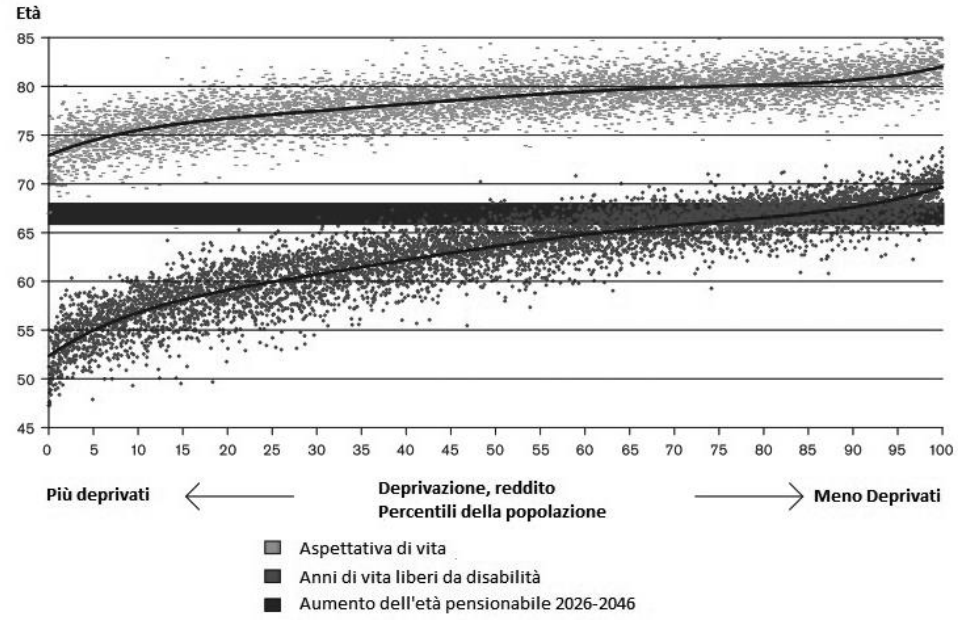


***Illustrazione 2*. Aspettativa di vita e anni privi di disabilità alla nascita, distribuzione per livelli di reddito. Inghilterra 1999-2003**

Nei paesi ad alto reddito, la prevalenza di problemi sanitari e sociali è correlata alle disuguaglianze tra i redditi anziché al tenore di vita medio (illustrazione 3). Vivere in una società divisa e divisiva può essere considerato un fattore di rischio per la salute.

***Illustrazione 3*. Lo stato di salute e i problemi sociali (aspettativa di vita, mortalità infantile, omicidi, incarcerazione, obesità, salute mentale e dipendenze, gravidanze in età adolescenziale, livello di fiducia, rendimento scolastico, mobilità sociale) sono strettamente correlati alla iniquità dei paesi ricchi**

Queste evidenze dimostrano come la qualità della vita sociale dipenda fortemente dalla giustizia sociale e dal rispetto dei diritti umani. Le disuguaglianze di reddito aumentano le distanze nella piramide sociale, alterando i rapporti umani e producendo confronti intollerabili, con conseguente stress cronico e peggioramento del benessere psicofisico [8].

Le disuguaglianze influenzano numerosi aspetti della vita, come lo stato di salute, le relazioni sociali e i comportamenti a rischio. Società diseguali hanno peggiori risultati in numerosi ambiti: non solo una ridotta aspettativa di vita, ma anche una maggiore prevalenza di disagio psichico, un aumentato utilizzo di droghe, una maggiore diffusione di obesità, una ridotta performance scolastica, una aumentata frequenza di gravidanze tra gli adolescenti, un basso indice di empowerment femminile, maggiori tassi di omicidi [9].

Oltre che nel rispetto delle condizioni fondamentali per la salute, elencate dalle *Carta di Ottawa* ("la pace, un tetto, l'istruzione, il cibo, il reddito, uno stabile ecosistema, risorse sostenibili, giustizia sociale ed equità") [10], il rapporto tra salute e diritti umani si estrinseca anche nelle modalità con cui la sanità raccoglie dati, stabilisce le priorità, alloca le risorse ed eroga servizi e nell'adeguata informazione fornita alla popolazione in merito a comportamenti di salute e condizioni ambientali a rischio [11].

Considerando che il carico di malattia non si distribuisce casualmente, ma in maniera diseguale nella popolazione, è necessario tenere in considerazione i meccanismi di discriminazione e come questi si combinino vicendevolmente con la povertà in un circolo vizioso, caratterizzato dalla difficoltà ad accedere alle informazioni, comprendere i rischi a cui si è esposti e sviluppare la capacità di operare scelte che riducano i rischi e di accedere ai servizi di prevenzione e cura.

Le discriminazioni possono avvenire anche all'interno dei servizi sanitari, per la presenza di barriere (geografiche, finanziarie, culturali) nell'accesso e di fattori (caratteristiche dell'organizzazione di una struttura sanitaria, caratteristiche dei professionisti, degli utenti e dell'interazione tra professionisti e utenti) che comportano un'ulteriore esacerbazione delle disuguaglianze. Ad esempio, possiamo prendere i peggiori risultati di salute degli utenti affetti da disabilità mentale, che ricevono un'assistenza sanitaria non adeguata, ma anche la reticenza che i migranti senza permesso di soggiorno possono avere ad accedere ai presidi di cura per paura di essere denunciati alle autorità. [6]

Alla luce di queste considerazioni questa tesi adotta la prospettiva sulle disuguaglianze proposta da Margaret Whitehead dell'Università di Liverpool [12]: "Le diseguaglianze non sono differenze, il termine disuguaglianza ha una dimensione morale ed etica. Si riferisce a differenze che sono evitabili e non necessarie, oltre che inique e ingiuste". La studiosa attribuisce alle iniquità in salute tre caratteristiche: la loro natura sistematica, la produzione sociale e la loro perversità. La presenza di questi tre fattori trasforma quelle che apparentemente sono solo delle differenze, in un fatto di ingiustizia sociale del tutto correggibile.

A proposito della necessità di intervento dei governi di fronte alla mole di dati epidemiologici prodotti, Sir Marmot scrive: "Non esiste alcuna ragione biologica perché la speranza di vita debba essere di 48 anni più lunga in Giappone rispetto alla Sierra Leone o 20 anni più corta tra gli aborigeni rispetto agli altri australiani. Ridurre queste diseguaglianze sociali nella salute, venendo così incontro ai bisogni delle persone, è un problema di giustizia sociale". [13]

L'impegno per rendere le società in cui viviamo più eque si scontra però con l'idea di benessere che ad oggi sembra prevalere, sotto la spinta di ricette economiche neo-liberiste, rappresentate dall'affermazione di Margaret Thatcher secondo cui "non esiste una cosa chiamata società": l'individualismo, che distingue la popolazione in produttori e consumatori; l'efficienza del libero mercato nel distribuire le risorse; l'interferenza del welfare state che deve essere smantellato [14].

Amartya Sen, premio Nobel per l'economia nel 1998, propone un nuovo concetto di sviluppo quando afferma che "Lo sviluppo può essere visto come un processo di espansione delle libertà reali godute dagli esseri umani. Questa concezione, che mette al centro le libertà umane, si contrappone ad altre visioni più ristrette dello sviluppo, come quelle che lo identificano con la crescita del prodotto nazionale lordo (PNL) o con l'aumento dei redditi individuali, o con l'industrializzazione, o con il progresso tecnologico, o con la modernizzazione della società. Naturalmente la crescita del PNL o dei redditi individuali può essere un importantissimo *mezzo* per espandere la libertà di cui godono i membri della società: ma queste libertà dipendono anche da altri fattori, come gli assetti sociali ed economici (per esempio il sistema scolastico o quello sanitario) o i diritti politici e civili (per esempio la possibilità di partecipare a discussioni e deliberazioni pubbliche)" [15].

I precursori dello studio sulle disuguaglianze sono stati il rapporto *Black* nel 1980 [16] e il rapporto *Acheson* nel 1998 [17], che all'interno della società inglese hanno studiato le disuguaglianze sulla base del reddito, dell'istruzione, del lavoro e della classe sociale.

Successivi studi hanno fatto sempre più luce sulla gravità del fenomeno, portando la *Commissione per lo studio delle disuguaglianze in salute*, promossa dall'*OMS* e presieduta da Sir Marmot, a pubblicare nel 2008 il documento *Closing the gap in a generation* [18]. Il testo descrive l'andamento di una serie di indicatori epidemiologici a livello globale e mostra come, ad esempio, il differenziale nell'aspettativa di vita tra paesi a basso e paesi ad alto reddito sia andato progressivamente aumentando.

Un antesignano italiano degli studi sulle disuguaglianze è stato il medico e politico Giovanni Berlinguer, il quale, per la tesi di laurea in Medicina, condusse uno studio sulle differenze nella mortalità (infantile, generale e per cause) nei diversi rioni, quartieri e suburbi di Roma nel periodo fra il 1935 e il 1950, dimostrando uno stato di iniquità nei risultati di salute rispetto a reddito, lavoro, abitazione e livello di istruzione. I risultati dello studio hanno successivamente costituito la base per il libro di testo *Malaria Urbana – Patologia delle metropoli*, pubblicato nel 1976 nella collana *Medicina e Potere* della *Feltrinelli* diretta da Macaccaro [19].

In epoca più recente le disuguaglianze all'interno dell'Italia sono state studiate in maniera sistematica dallo Studio longitudinale effettuato da Costa et al. [20] e lo *Studio longitudinale toscano* (*STLo*) svolto da Biggeri et al. a Firenze (dal 1981) [21]. Quest'ultimo mostra importanti differenze di mortalità per vari indicatori socio-economici, la loro incidenza nelle età lavorative, l'impatto delle disabilità nell'età anziana, il carico emergente delle patologie cardiovascolari.

In un dossier pubblicato nel 2016 a cura dell'*Agenzia Regionale di Sanità* (*ARS*) della Toscana sulle disuguaglianze di salute in Toscana [22] sono riportati dati relativi a mortalità, ospedalizzazioni, accessi al pronto soccorso, spesa farmaceutica territoriale e accessibilità specialistica ambulatoriale, confermando un gradiente di mortalità chiaro e a carico delle popolazioni più deprivate come descritto dallo *SLTo*.

Esistono numerose spiegazioni delle modalità con cui lo svantaggio sociale agisce sulla salute, che è importante saper riconoscere poiché esse comportano differenti politiche sanitarie e diverse azioni di contrasto alle disuguaglianze.

Concezioni che interpretano le disuguaglianze in salute come un fenomeno naturale hanno e continuano ad avere ricadute importanti sulla allocazione delle risorse e sulla

strutturazione dei servizi, in maniera tale da perpetrare il prodursi di condizioni di salute diseguali. Capovolgere questa visione significa spostare l'attenzione dalla mera descrizione dei risultati di salute alla comprensione dei motivi che rendono possibili la continuazione delle disuguaglianze e dei cambiamenti necessari per modificare questa dinamica.

La teoria dei determinanti di salute descrive le disuguaglianze come il risultato dell'esposizione differenziale di diversi gruppi ai fattori che influenzano la salute (le "cause delle cause" nel determinare i processi di salute e malattia). Essa descrive le circostanze materiali e sociali che influenzano la salute, ma, pur riconoscendo il ruolo giocato dalle politiche governative e dai sistemi politico-economici, tende a porli ai margini del dibattito. Infatti, la distinzione tra determinanti di salute prossimali e distali, per quanto utile a livello didattico, continua a suggerire una visione gerarchica e unidirezionale, che non si distacca da una concezione deterministica della salute.

Il concetto di determinante "societario" di salute, d'altra parte, pone al centro del discorso sulle disuguaglianze il ruolo dei sistemi politici ed economici nel ridurre gli esiti differenziali di salute. L'attenzione è quindi rivolta al sistema di potere che determina una disuguale distribuzione delle ricchezze.

Una terza prospettiva è quella della "teoria ecosociale" sviluppata dalla epidemiologa americana Nancy Krieger, che cerca di rispettare la complessità dei processi di salute e malattia analizzando gli individui nel loro contesto. In pratica, durante il corso della vita una persona interagisce con l'ambiente essendo esposta a una serie di fattori che determinano salute e malattia in maniera dipendente dalla suscettibilità o resistenza dell'individuo. Quindi l'esito di una esposizione dipende dalla storia dell'individuo e dalle precedenti esposizioni che possono aver modificato la sua suscettibilità al fattore in esame. Suscettibilità e dipendenza, si specifica, si esplicano a livello biologico, ma si riferiscono ai processi relazionali dell'individuo. L'attenzione al contesto, attraverso le teorie ecologiche, pone al centro dell'attenzione il paziente e la sua comunità, ricostruendo l'unità tra individuo e ambiente e le reciproche interazioni, sia conflittuali che armoniche, mentre normalmente lo studio delle interazioni tra individuo e ambiente è affidato a discipline differenti, che nell'insieme arrivano ad avere una visione soltanto parziale e a promuovere azioni non integrate. [6]

L'adozione di una nuova prospettiva sulla salute implica come punto di partenza per ogni possibile intervento quello dell'etica medica e del rispetto dei diritti umani.

1.2 I determinanti di salute

La teoria dei determinanti è un modello esplicativo che consente di leggere i fenomeni biologici di salute e malattia all'interno del contesto economico, politico e sociale in cui gli individui vivono. Nonostante le criticità rilevate, questa teoria rappresenta tutt'oggi una chiave di lettura del fenomeno delle disuguaglianze in salute, il cui modello teorico affonda le sue radici nella Medicina Sociale degli anni Ottanta.

Esistono vari modelli concettuali dei determinanti in salute, tra cui il più noto è quello formalizzato negli anni Novanta da Dahlgren e Whitehead [23], esemplificato nel diagramma sottostante (illustrazione 4).

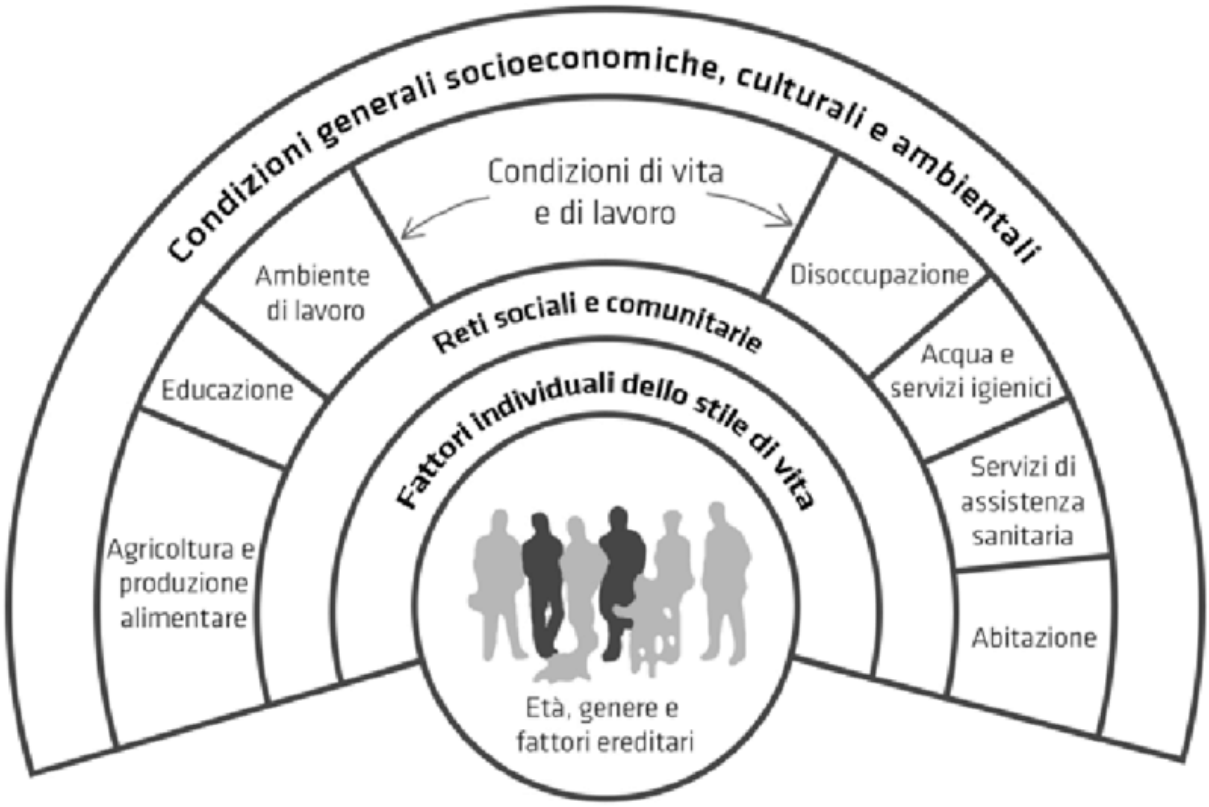


***Illustrazione 4*. Dahlgren G, Whitehead M, 1993**

Il grafico è costituito da una serie di semicerchi concentrici, ciascuno dei quali corrisponde a una categoria di fattori influenzanti la salute e tra loro in rapporto di reciproca influenza, che possiamo descrivere come segue [24]. Dal livello più esterno, rappresentante i fattori socio-economici ambientali, passando per le condizioni di vita e lavoro e per le reti sociali e comunitarie, si arriva agli stili di vita e ai fattori più specifici di ciascun individuo.

Il modello proposto dalla *Commissione sui Determinanti Sociali* (illustrazione 5) non individua soltanto i determinanti di salute, ma anche i determinanti delle disuguaglianze, cioè coinvolti nella iniqua distribuzione di risorse nella popolazione.

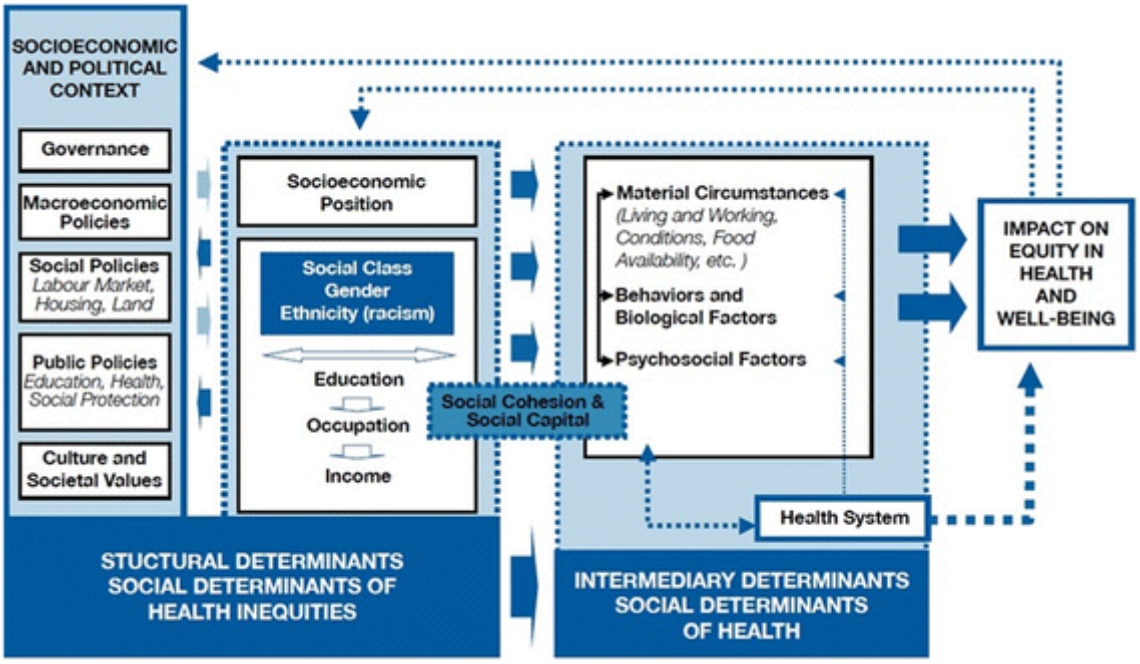


***Illustrazione 5*. Determinanti sociali della salute e determinanti delle disuguaglianze in salute**

Si esaminano di seguito i singoli fattori.

Fattori genetici e biologici

Il sesso, l'età e il patrimonio genetico sono gli unici fattori del diagramma a non essere considerati suscettibili di modifica. Eppure, sembra che l'ambiente, attraverso vari meccanismi studiati dall'epigenetica, possa influenzare l'espressione dei geni e quindi l'insorgenza delle malattie e il loro decorso. E' stato tentato di dare alle disuguaglianze una spiegazione genetica in passato, una teoria poi smentita dalla transizione epidemiologica su scala mondiale dalle malattie infettive a quelle croniche, che ad oggi non interessano più in maniera preponderante gli strati di popolazione più ricca ("le patologie dell'opulenza", venivano chiamate), bensì gli strati più bassi della piramide sociale.

Stili di vita individuali

Numerosi studi dimostrano che l'esposizione a diversi fattori di rischio per patologie cardiovascolari (ipertensione, fumo, obesità, sedentarietà, alimentazione ricca di grassi) risultano distribuite in maniera disuguale a seconda delle classi sociali. Eppure, larga è la

tendenza a credere che gli stili di vita siano frutto di una scelta consapevole. Mentre ciò può essere vero per chi decida in piena libertà, non è altrettanto valido per chi non ha i mezzi materiali e le risorse in termini di conoscenze e di opportunità sufficienti.

Le campagne di educazione di massa continuano a proporre un modello di prevenzione secondo cui la causa delle malattie risiede nei comportamenti e negli stili di vita individuali, contribuendo a generare un processo di colpevolizzazione di quella che non è altro la vittima di fenomeni sovraindividuali.

La cultura dell'individualismo, promossa dalle campagne di marketing, abbandona l'idea dalla salute come diritto e spinge la società verso la mercificazione della salute e la medicalizzazione della vita [25].

Relazioni sociali, affettive e coesione sociale

L'individuo è al centro di una rete di relazioni affettive con familiari, amicali e comunitarie, la cui forza e qualità ha grande influenza sulla salute.

Vi sono, tra gli altri, due famosi casi a sostegno dell'evidenza secondo cui società più egalitarie hanno migliori risultati di salute, in quanto tendono a manifestare più coesione sociale. Nel periodo fra le due guerre, la Gran Bretagna ha registrato una netta diminuzione delle differenze di reddito e un incremento dell'aspettativa di vita, apparentemente connessa con il miglioramento della coesione sociale, che Amartya Sen attribuisce alle efficaci politiche di assistenza sanitaria e di distribuzione del cibo per abbattere le difficoltà materiali [26]. Un secondo esempio è quello connesso al cosiddetto "effetto Roseto", dal nome della cittadina della Pennsylvania dove abitavano le famiglie emigrate dagli Abruzzi, con legami sociali molto forti. Da uno studio risultò che le morti per eventi cardiovascolari erano la metà che nelle vicine cittadine, fatto che venne attribuito alla maggiore coesione sociale. Dopo una generazione, con l'americanizzazione dei costumi e il disgregarsi dei legami sociali, i risultati di salute divennero gli stessi [27].

L'esclusione sociale a cui vanno incontro le figure che abitano ai margini della nostra società, come senza tetto, immigrati, disoccupati, anziani e minoranze etniche, determina uno stato di povertà e un ridotto accesso alle opportunità di avere una casa in cui vivere agiatamente, di seguire un programma di istruzione scolastica in maniera continuativa e proficua, e di accedere a una rete di supporto nel momento del bisogno (capitale sociale). Ingenti sono gli effetti psicologici che le disuguaglianze producono, con una correlazione diretta tra distribuzione del reddito e manifestazioni di depressione, schizofrenia, ludopatia e bullismo [28] [29]. Chi ha una posizione precaria nella società è continuamente investito

dall'ansia di essere valutato negativamente e di perdere il proprio lavoro o il proprio ruolo. Inoltre, sembra che all'aumentare dell'ansia per la propria posizione sociale diminuisca la propensione a cercare la compagnia delle altre persone e partecipare alla vita associativa. Le distanze sociali aumentano quindi la diffidenza tra le persone e riducono il senso di fiducia, tanto che in stati dove le disuguaglianze nella distribuzione del reddito sono maggiori, la propensione a partecipare ad attività di volontariato è minore [30].

Alimentazione e abitudine tabagica

Una corretta alimentazione è al centro di uno stile di vita salubre. Tuttavia, si osserva come l'adozione di una dieta obesogenica correli con la classe sociale e con il livello di istruzione. Cibi processati sono più facilmente accessibili e hanno un costo minore. In Italia, nel secondo dopo guerra, mentre tra gli abitanti del Nord Italia si diffondeva il consumo di carni, zuccheri e grassi animali, le popolazioni del Sud hanno mantenuto una dieta mediterranea. Il vantaggio di salute si è perso negli anni '80, dove si inizia a vedere che le persone con livello di istruzione maggiore sono meno frequentemente sovrappeso e fanno un uso meno problematico di alcool.

Anche per il consumo di tabacco sembra verificarsi un fenomeno simile, con una correlazione evidente con un basso stato sociale. Inoltre, mentre nelle donne aumenta l'abitudine al fumo, in apparente conseguenza del mutamento culturale, negli uomini più abbienti e con elevato livello di istruzione vi è una maggiore tendenza ad abbandonare l'abitudine al fumo. Anche in merito alla attività fisica è opportuno riportare qualche considerazione, per ricordare come lo sport possa essere un'attività troppo costosa per famiglie meno abbienti e che l'attività fisica "libera", all'aperto, dipende dalle caratteristiche geografiche del quartiere in cui si vive, in quanto quartieri sicuri, aree verdi e parchi giochi sono caratteristici dei quartieri a più alto reddito.

A proposito delle recenti proposte di legge sulla tassazione degli alimenti zuccherati in Italia, si ricorda che il divieto di fumo nei luoghi pubblici e le leggi sulla sicurezza stradale hanno avuto effetti positivi sul fumo passivo, sul consumo di sigarette e sull'adozione di sistemi di protezione a bordo dei veicoli. A partire dall'osservazione secondo cui le leggi stradali sono state meno efficaci nel Sud Italia, dove si concentrano le classi sociali più povere, si potrebbe affermare che gli effetti citati non siano stati egualitari, suggerendo che accanto a leggi che orientino i consumi è indispensabile agire con altri metodi di empowerment dei cittadini [31].

Fasi precoci della vita

Oltre che di programmazione biologica, è necessario parlare di programmazione sociale. Infatti, condizioni di svantaggio nelle prime fasi della vita, sono associate a livelli di mortalità più elevati nella vita adulta, per fattori collegati alla nutrizione materna, alla esposizione ai rischi e alle opportunità di cui godere nella vita, relativamente al successo in ambito scolastico, alle opportunità nel mercato del lavoro e al sistema pensionistico. Questi fattori determinano una maggiore vulnerabilità degli individui ai rischi in cui incorreranno nel corso della vita [32].

Secondo alcune evidenze, si potrebbe addirittura parlare di trasmissione inter-generazionale dello svantaggio sociale [9].

Abitazione

La tipologia e la collocazione ambientale dell'abitazione fanno parte dei complessi fattori che influenzano la mortalità e la morbilità delle persone. Infatti, la tipologia di abitazione, le dimensioni, la proprietà dell'immobile, gli abitanti per metro quadro, il numero di servizi igienici a disposizione tendono a correlare con lo stato di salute di chi vi abita.

Un ulteriore fenomeno di iniquità è relativo alla segregazione tra ricchi e poveri. Si è visto come la concentrazione della povertà in alcune aree di residenza sia maggiore quando aumentano le disuguaglianze sociali. Quindi la concentrazione di poveri in un quartiere ci dice qual è la proporzione di persone povere che vive in aree altamente deprivate. La segregazione abitativa fa sì che una persona povera non debba avvicendarsi per sopravvivere solo alla propria condizione, ma anche alle conseguenze delle condizioni altrui, con aumento di tutti i tipi di stress connesse a: la ricerca di un lavoro altrove, il rischio di incidenti stradali e di maggiori ore spese nel traffico, bassi livelli di servizi, esposizione all'inquinamento ambientale [9].

Trasporti e traffico

La disponibilità di trasporti pubblici un servizio fondamentale per il benessere individuale e collettivo. In Italia, i trasporti sono ancora sbilanciati a favore dei veicoli privati. L'utilizzo del mezzo pubblico risente della distribuzione geografica: zone periferiche, con reddito inferiore, hanno servizi inferiori e questo induce all'utilizzo dell'automobile. La promozione di stili di vita più salutari, che stimolino l'abbandono dell'auto a favore della bicicletta o del cammino, dovrebbero tenere in considerazione che chi ha un reddito inferiore abita mediamente più lontano dal luogo di lavoro.

Istruzione

Le persone con livello più alto d'istruzione hanno un reddito più alto, sono maggiormente soddisfatte del loro lavoro e del loro tempo libero, godono di una salute migliore, mostrano una più larga partecipazione al voto per le elezioni politiche.

La performance scolastica dipende non tanto dalla scuola in sé per sé, quanto dalla disparità nel contesto familiare: i bambini migliorano se hanno un posto dove studiare nelle loro case, accesso a libri e giornali, supporto affettivo e se l'istruzione è valorizzata dalla famiglia.

L'abbandono scolastico è maggiore nelle classi sociali più povere, ma anche la presenza di disuguaglianze nel reddito agisce come fattore indipendente, per cui società più eque registrano una maggiore frequenza scolastica. [9]

In uno corposo studio internazionale pubblicato nel 2019 [33] gli autori sostengono che l'istruzione sia un fattore di rischio diretto per la salute, agendo sul cattivo invecchiamento in modo indipendente rispetto ad altri fattori di rischio, come obesità e consumo di alcool. Il livello di istruzione viene quindi proposto come un predittore della salute futura, in età adulta [34].

Lavoro e disoccupazione

"In generale avere un lavoro è meglio per la salute rispetto a non averlo", scrivono Marmoth e Wilkinson in *The Solid Facts*. Continuano però specificando che le condizioni organizzative, manageriali e relazionali hanno un ruolo altrettanto determinante nel modulare lo stress lavoro – correlato, coniando il termine di *Status Syndrome*. Molti studi ormai dimostrano come molti indicatori di salute correlino con la possibilità di mettersi in gioco con le proprie abilità e il livello di potere decisionale dato dalla posizione lavorativa. Ad esempio, nel caso della malattia coronarica, gli aspetti non biologici sono quelli che mostrano un andamento non incoraggiante. Indipendentemente dalle caratteristiche psicosociali, il rischio di infarto aumenta al diminuire del potere decisionale. Anche l'assenza di un giusto riconoscimento per il proprio lavoro (sotto forma di stipendio, avanzamenti di carriera, autostima) ha influenza sul rischio cardiovascolare.

Mentre gli uomini sembrano soffrire per una posizione lavorativa inferiore, pare che posizioni manageriali e accademiche in ambienti con disuguaglianze di genere generino nelle donne fenomeni di stress psicosociale. Vi sono infatti prove di un aumento del rischio di tumore al seno associato a occupazioni di rango elevato, indipendente dall'esposizione estrogenica. Il fatto che le disuguaglianze di genere agiscano come un determinante di

salute più importante di quelle socioeconomiche nel caso del tumore della mammella, richiama l'importanza di considerare l'intersezione delle varie tipologie di disuguaglianze all'interno delle mappe concettuali. Inoltre, l'importanza di leggere i dati epidemiologici alla luce del contesto sociale induce a preferire approcci epidemiologici ecologici [35].

La disoccupazione si associa a un aumento del rischio di morte prematura sia per la deprivazione materiale, sia per gli aspetti psicosociali connessi. Allo stesso modo, il lavoro precario può aumentare il rischio di patologie cardiovascolari e psichiatriche.

Servizi sanitari e sociali

Benché l'accesso al servizio sanitario giochi un ruolo fondamentale nel determinare la salute delle persone, oggi le dimensioni del fenomeno sono in discussione e richiedono una più attenta lettura alla luce delle disuguaglianze sociali. Il peso degli interventi preventivi e delle cure mediche va dal 20 al 50%. Laddove le disuguaglianze sono in aumento, i servizi sanitari dovrebbero offrire di più agli individui maggiormente danneggiati dalle disparità socio-economiche. Mentre invece spesso si afferma il fenomeno della "*Legge dell'assistenza sanitaria inversa*" ("*Inverse Care Low*") descritta dal medico di medicina generale inglese Julian Tudor Hart nel 1971, secondo la quale la qualità dei servizi sanitari è inversamente proporzionale al bisogno della popolazione [36]. Quindi i servizi sanitari hanno una valenza etica importante nel mitigare gli effetti negativi per la salute delle diseguaglianze.

Nel valutare le limitazioni all'accesso dei servizi sanitari è utile considerare, oltre a fattori clinici, epidemiologici ed economici, anche quelli psicosociali e socioculturali. I fattori generatori di disuguaglianze si esplicano a diversi livelli:

- **caratteristiche dell'organizzazione dei servizi**: ostacoli burocratici, prenotazione delle visite, liste di attesa, priorità di accesso, etc.

- **caratteristiche dei professionisti sanitari**: preparazione tecnica e capacità di relazionarsi con i gruppi di popolazione più vulnerabili, atteggiamenti discriminatori in alcuni di loro.

- **caratteristiche del cittadino**: appartenenza a gruppi socialmente ed economicamente più svantaggiati, che possono non avere le capacità per accedere e utilizzare i servizi e le risorse disponibili.

- **caratteristiche dell'interazione tra professionisti e cittadini**: che si articola in diversi momenti ed è caratterizzata da aspettative degli utenti ed eventuali pregiudizi dei professionisti.

- **caratteristiche sociali**: la comunità, le reti sociali formali e informali, etc.

Si possono altresì individuare dei veri e propri ostacoli all'accesso, di tre differenti tipologie:

- **barriere geografiche**, ad esempio relative alla collocazione delle strutture sanitarie in luoghi più o meno facilmente raggiungibili con mezzi pubblici, servite da parcheggi, collocate in modo da fare parte del tessuto cittadino.

- **barriere finanziarie**, non solo relative ai pagamenti diretti per i servizi (tickets), ma anche alla possibilità del lavoratore di assentarsi dal lavoro quando pagato a ore, oppure relative agli orari di apertura che possono non essere adeguati per certe categorie di lavoratori.

- **barriere culturali**, che possono intervenire nella comunicazione tra utente e operatore o anche rispetto alle informazioni fornite dal servizio sanitario, spesso inadeguate e insufficienti. Le persone migranti possono avere anche differenti background culturali alla base di una diversa percezione dello stato di salute psicofisica.

Esistono tre meccanismi che possono favorire lo sviluppo dell'equità nell'accesso ai servizi:

- organizzazione strategica delle politiche pubbliche;

- distribuzione delle risorse in base al bisogno relativo di salute (non solo di assistenza sanitaria) dei territori;

- risposta adeguata ai bisogni di salute dei diversi gruppi sociali, facilitando ad esempio l'accesso ai servizi sanitari. [6]

<u>Il contesto politico, socioeconomico e ambientale</u>

Benché non sia possibile quantificare l'impatto sulla salute degli individui, le caratteristiche funzionali, strutturali e culturali della società hanno una influenza fondamentale sulla distribuzione delle risorse e sulle conseguenze che questo ha per la salute. Questo livello include le politiche macroeconomiche e i processi legati alla globalizzazione, le politiche sociali, di governance, i valori culturali e sociali. Arriva a includere anche i cambiamenti climatici e gli effetti sulle migrazioni e sulla salute delle persone.

Relativamente alla iniqua distribuzione delle risorse si individuano sia una condizione di *povertà assoluta*, caratterizzata da una deprivazione assoluta, sia una di *povertà relativa*, ossia rispetto alla comunità e connessa all'esperienza di disagio nel non potersi permettere gli standard di vita del contesto a cui si fa riferimento.

Mentre è intuitivo che differenze in salute importanti esistano tra gruppi economicamente e socialmente distanti, è stato altrettanto dimostrato un fatto meno ovvio, ma altrettanto netto, cioè che a ogni livello di posizione sociale considerata, chi sta in un gruppo più avvantaggiato ha risultati di salute migliori rispetto a quello più svantaggiato. Ad esempio, gli operai semispecializzati hanno un profilo di salute migliore dei manuali, ma peggiore degli operai specializzati e così via risalendo le classi sociali [24].

"*La giustizia sociale è divenuta una questione di vita o di morte. […] Differenze di questa portata, all'interno e tra i Paesi, semplicemente non dovrebbero esistere"*. Si apre così il rapporto *"Closing the gap in a generation"*, prodotto dalla Commissione sui determinanti sociali di salute indetta dall'*OMS* nel 2005 [37].

La Commissione fornisce delle raccomandazioni incentrate sulla necessità di assumere la salute e l'equità come principi guida di tutte le politiche a livello globale e locale. L'equità deve diventare un parametro di performance governativa, di modo che i governi si responsabilizzino nella ricerca e attuazione di politiche di contrasto alle disuguaglianze. Il processo di responsabilizzazione, però, deve riguardare non solo i governi, ma anche gli organi sovranazionali e le comunità locali. Il Rapporto contiene tre principali raccomandazioni:

– il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione, con particolare riguardo alla salute materno-infantile, alle condizioni lavorative e alla protezione sociale;
– il contrasto alla iniqua distribuzione del potere, del denaro e delle risorse;
– la creazione di un sistema di sorveglianza e misura dell'equità sociale, con valutazione dell'impatto delle strategie di contrasto.

Considerando la salute come bene comune, il rapporto sostiene la necessità di realizzare sistemi sanitari basati sul principio di equità e politiche di prevenzione e promozione della salute. I Paesi dovrebbero garantire una copertura sanitaria universale, sostenuta tramite la tassazione universale e progressiva per reddito. Infine, il Rapporto pone particolare enfasi sulle strategie di *Primary Health Care*, che hanno dato outcome positivi negli Stati che le hanno applicate.

Le disuguaglianze sociali nella salute vanno eliminate perché sono ingiuste ed evitabili, perché hanno effetti su tutti i membri della società e perché gli interventi di contrasto sono costo-efficaci [38].

Il quadro delle disuguaglianze, unito al richiamo al rispetto dei diritti umani, dovrebbe promuovere politiche di sanità pubblica che considerino la salute un fenomeno eminentemente sociale. I governi non dovrebbero soltanto effettuare interventi di "ugualizzazione" che migliorino la salute media della popolazione, ma anche individuare delle priorità di intervento per garantire una maggiore giustizia. Riguardo all'equità sociale nella salute, è necessario intervenire per ridurre il carico di malattia delle classi più svantaggiate e migliorare i livelli di salute globalmente [24].

I professionisti sanitari dovrebbero svolgere un ruolo di primo piano nella lotta alle disuguaglianze, come dichiara il documento *Closing the gap in a generation* e come il *Royal College of Physicians* ha tentato di tradurre nella pratica attraverso il testo di indirizzo *How doctors can close the gap* [39]. Il documento, dopo aver affermato con forza la necessità di maggiore giustizia sociale, non solo definisce strategie concrete, perfettamente calate nel contesto sanitario inglese, ma indica anche gli attori istituzionali responsabili della loro attuazione, individuando nei medici la chiave di volta. Le raccomandazioni seguono tre assi di intervento, promuovendo un cambiamento culturale, strutturale e della formazione.

Il *cambiamento culturale* riguarda il riconsiderare la figura del medico, da "tecnico del corpo umano" a soggetto attivo della promozione e della protezione della salute. In tal senso la collaborazione con altre figure amplia la visione intersettoriale della salute e facilita la creazione di linguaggi e percorsi comuni, metacompetenze e potenzia le attività di contrasto alle disuguaglianze.

Il *cambiamento sistemico* riguarda il ripensamento delle cure primarie in un'ottica di integrazione sanitaria e sociale, promuovendo la capacitazione del singolo e della comunità. Da un punto di vista pratico ciò significa, per il professionista sanitario, individuare i fattori sociali coinvolti nel processo di malattia ed elaborare piani di intervento multiprofessionali sia all'interno che all'esterno del settore sanitario. Il documento esorta i medici a lavorare in maniera innovativa e partecipativa, raccomandando che siano loro fornite adeguate risorse finanziarie e di tempo.

Il *cambiamento della formazione* è il punto cardine del documento, che invita a sviluppare la capacità degli studenti di medicina, il cui curriculum è focalizzato sugli aspetti tecnici della cura, di leggere gli eventi patologici attraverso la lente dei determinanti sociali. Ciò si ottiene combinando l'apprendimento teorico con esperienze sul campo, nelle

comunità e negli ambiti di cura più prossimi alle persone, in modo da osservare e sperimentare le condizioni che influenzano la salute. Il documento esorta al coinvolgimento degli studenti stessi nella costruzione di nuovo percorsi didattici e nella individuazione di docenti preparati e motivati.

In Italia, queste riflessioni e la condivisione del bisogno di uscire dai comodi spazi della biomedicina, hanno portato alla nascita della *RIISG – Rete Italiana per l'Insegnamento della Salute Globale* e di numerose esperienze di formazione su disuguaglianze e strategie di intervento, alcune delle quali si sono tenute a Firenze [40] [41].

1.3 *Primary Health Care*: dai principi generali alla attualità

La *Primary Health Care* viene definita dalla *Dichiarazione di Alma Ata* come "*parte integrante sia del sistema sanitario di un paese, del quale rappresenta la funzione centrale e il punto principale, sia del completo sviluppo sociale ed economico della comunità. Essa rappresenta la prima occasione di contatto degli individui, della famiglia e della comunità con il sistema sanitario nazionale, portando l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro, e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza*".

La Conferenza di Alma Ata, tenuta dall'*OMS* (presieduta dal danese Halfdan T. Mahler) nel settembre del 1978 in Kazakhstan, rappresenta un evento storico poiché per la prima volta i rappresentanti di tutti i Paesi del mondo si riuniscono per elaborare una strategia comune per la tutela della salute. Essa avviene in un momento storico di forte critica politica. Alla fine della seconda guerra mondiale si diffonde la visione di welfare universalistico, che individua nell'istruzione e nella sanità due elementi fondamentali per ridurre le disuguaglianze. Numerose voci, sia interne sia esterne al sistema salute, come Thomas McKeown [42], si levano contro l'idea di una salute esclusivamente determinata dal progresso tecnologico. In maniera ancora più incisiva, il filosofo e pedagogista austriaco Ivan Illich, nel bestseller *Nemesi Medica* [43], asserisce che la tecnologia medica è potenzialmente dannosa, poiché il sistema medico senza altri punti di riferimento espropria il controllo della salute alle persone. Parallelamente, nel campo della Salute Pubblica, vengono criticati i programmi di intervento verticali o *disease-based*, fino ad allora utilizzati soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

Il 2 giugno del 1986 un medico finlandese, Hunnu Vuori, responsabile del settore ricerca e sviluppo dell'*OMS*, presentò al congresso della *World Organization of Family*

Doctors (WONCA) le ragioni della *PHC*, sottolineando la necessità di passare dalla Primary *Medical* Care alla Primary *Health* Care.

La *Primary Health Care* comprende attività essenziali per la salute basate su metodi e tecnologie ritenute scientificamente valide, appropriate e accettabili sul piano sociale, che devono essere rese accessibili a tutti promuovendo un modello di salute partecipato dalla comunità. Essa è il perno del sistema sanitario, rappresenta il primo livello di contatto tra persone e sistema sanitario e costituisce il primo elemento di un processo continuo di presa in cura della salute. L'obiettivo non è solo la cura delle persone, ma anche l'adozione di strategie di prevenzione e promozione della salute, con interventi intersettoriali in modo da ridurre le disuguaglianze.

Dal momento che la *PHC* "*si sviluppa dalle condizioni economiche e dalle caratteristiche socioculturali e politiche di un paese e delle sue comunità*", non può esistere un modello predefinito di *PHC*. Questo deve essere progettato, organizzato e controllato grazie alla partecipazione degli individui e della comunità.

Ponendo particolare attenzione alla lotta ai determinanti delle disuguaglianze, la *PHC* si ispira ai principi di giustizia sociale ed equità in salute.

Il clima di ottimismo in cui nasce la *PHC*, tale da ispirare come motto della conferenza "*Salute per tutti entro l'anno 2000*", è però destinato a svanire. Gli anni Ottanta segnano il passaggio a una nuova era economico-politica, dominata dal pensiero neoliberista anche in campo sanitario. Accanto a ciò i crescenti costi riconducibili a fattori quali l'estensione del diritto di accesso ai servizi, l'invecchiamento della popolazione e l'adozione di nuove tecnologie, impongono tagli alla spesa. In questa fase prevale la credenza di poter dare una spinta all'efficienza del sistema applicando le regole del mercato al campo sanitario, attraverso l'aumento delle privatizzazioni e della competizione.

In questo scenario, mentre da un lato *l'OMS* vede diminuire la sua credibilità, dall'altra si affermano altri soggetti nel campo della salute, come la Banca Mondiale e il Fondo Monetario Internazionale, altre organizzazioni dell'*ONU*, molte organizzazioni no-profit e le grandi multinazionali farmaceutiche. La Banca Mondiale si pone alla guida del movimento di critica alla *PHC*, accusata di essere troppo costosa per i Paesi in via di sviluppo, proponendo un nuovo modello basato su un numero selezionato di interventi (*Selective PHC*). Si afferma quindi un approccio alla salute di tipo riduttivo, centralista e verticale, con la declassazione del ruolo delle cure primarie. Il nuovo modello manageriale degli attori-donatori della comunità internazionale porta all'adozione di programmi di intervento basati su singole malattie, soprattutto nei Paesi in Via di Sviluppo, permettendo investimenti a

breve termine e una rapida valutazione e rendicontabilità [44] [45].

Si vengono quindi a contrapporre due modalità di fare salute, un approccio orizzontale (rinominato *comprehensive*) e l'altro verticale. La valutazione degli *outcome* a distanza di anni ha reso evidente il fallimento dei programmi verticali, che non riescono nell'intento dichiarato di dare una maggiore copertura ai più bisognosi. Anzi essi creano confusione nelle situazioni di multiple comorbilità, essendo impossibile l'integrazione tra programmi con diverse burocrazie. In aggiunta, i programmi finanziati da donatori internazionali tendono ad allontanare il personale sanitario locale dal proprio sistema sanitario (brain-drain).

Gli studi di valutazione dei programmi orizzontali rivelano invece come a una più elevata qualità delle cure primarie corrisponda un maggiore impatto sulla salute. Là dove le disparità di reddito sono più evidenti, le cure primarie hanno un maggiore impatto nel correggere le disuguaglianze in salute. Si è davanti all'evidenza che le disuguaglianze in salute non possono che essere affrontate con un approccio integrato [46].

Gli anni 2000 segnano una nuova inversione di tendenza. Mentre durante gli anni Novanta cure primarie e medici di famiglia erano stati messi sotto pressione dalle necessità di contenimento della spesa, con il nuovo millennio nuovi studi, non più basati sui soli criteri di efficienza e contabilità, rendono evidenti la necessità di un cambiamento di rotta. Gli elementi che spingono al superamento dello *status quo* sono: il cambiamento del ruolo del paziente, che richiede maggiore informazione e coinvolgimento; l'invecchiamento della popolazione e l'aumentare delle patologie croniche, che per essere gestite hanno bisogno di una medicina d'iniziativa; e le persistenti disuguaglianze in salute, non eliminabili se non attraverso la lotta alle iniquità sociali.

Si devono a Barbara Starfield, professoressa di Health Policy and Management alla Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, a Baltimora, gli studi che hanno dimostrato la relazione tra la forza del sistema delle cure primarie e i risultati in termini di salute, equità ed efficienza.

La forza delle cure primarie è misurata secondo alcune caratteristiche:

- **caratteristiche strutturali**

  - il sistema di finaziamento (fiscalità generale o assicurazioni sociali o privato)
  - la distribuzione delle risorse (risorse, a partire dai medici, distribuite o meno secondo i bisogni della popolazione);

- tipologia di medici (prevalenza di medici di medicina generale o specialisti);
- accessibilità (possibilità degli utenti di usare i servizi in caso di bisogno e senza barriere);
- longitudinalità (possibilità di fornire un'assistenza regolare nel tempo di vita delle persone).

- **caratteristiche funzionali**:

- primo contatto (cure primarie come punto di ingresso al SSN);
- coordinamento (garanzia della continuità di cura tra differenti livelli di assistenza);
- globalità (inclusione di servizi preventivi, curativi e riabilitativi);
- orientamento verso la persona, la famiglia e la comunità (assistenza orientata alla persona e non alla malattia, e che avviene nel contesto di vita della persona, prendendo in considerazione i determinanti sociali).

In base alla forza di queste caratteristiche, le cure primarie sono associate a un miglioramento degli indici di mortalità per tutte le cause, mortalità prematura per tutte le cause e mortalità prematura causa-specifica per broncopneumopatie e malattie cardiovascolari. Inoltre, garantiscono una più equa distribuzione della salute nella popolazione e riducono i costi [47] [48].

Nel 2008, a distanza di trent'anni dalla Conferenza di Alma Ata, *l'OMS* intitola il proprio rapporto annuale *"Primary Health Care: Now more than Never"*, che individua tre tendenze contrastanti la *PHC*:

- l'accentramento delle risorse sull'ospedale e sulle attività specialistiche;
- la commercializzazione della salute e la privatizzazione;
- la moltiplicazione dei programmi verticali e la frammentazione delle cure, creando competizione tra servizi, inefficienze, sprechi e l'indebolimento dei servizi territoriali.

Il documento propone come auspicio la correzione di queste distorsioni e il riallineamento con gli obiettivi di Alma Ata: l'equità in salute; accesso universale a un'assistenza centrata sulla persona e sulla popolazione; comunità sane, ovvero promozione della salute e prevenzione [49].

Nel 2018 ad Astana si è tenuta una nuova conferenza sulle cure primarie e inaspettatamente sono stati riaffermati gli impegni a favore della *PHC*, nonostante la

persistenza delle distorsioni precedentemente enunciate [50]. Ancora molto rimane tuttavia da fare per attuare il potenziale della *PHC*.

Di fronte alla privatizzazione e al progressivo definanziamento del *Servizio Sanitario Nazionale* italiano, nel 2018 un gruppo di giovani professionisti delle cure primarie ha dato vita alla campagna *Primary Health Care: Now or Never*, proprio per sottolineare l'urgenza del cambiamento di prospettiva. La spinta al cambiamento nasce dal bisogno di trovare una soluzione ai paradossi della formazione biomedica, caratterizzata da un tecnicismo tale da allontanarla dai contesti di vita delle persone, dimenticando la continua osmosi tra salute individuale e benessere collettivo [51].

Da una recente analisi comparativa sulle cure primarie europee, quelle italiane si collocano in posizione intermedia, con aree di criticità riguardanti la comprensività delle cure, la loro continuità e la valorizzazione delle professionalità impegnate in questo settore [52]. Per garantire l'equità nell'accesso ai servizi primari della salute, in un momento in cui la forbice sociale non fa che aumentare e maggiori sono le disuguaglianze nell'utilizzo delle risorse sanitarie, sarà necessario che le istituzioni, i sindacati e i gestori siano in grado di rispondere al bisogno di cambiamento.

Il modello di cure primarie proposto dai giovani professionisti delle cure primarie viene sviluppato secondo i principi della multiprofessionalità, della comprensività dei servizi, del coinvolgimento della comunità e con rinnovata attenzione ai principi dell'equità. La campagna ha infatti intrapreso un viaggio alla scoperta delle cure primarie italiane, facendo tappa in numerosi territori (Ferrara, Bologna, Trieste, Palermo, Firenze, Cagliari), per osservare sul campo e discutere con i professionisti e le comunità coinvolte, le modalità di attuazione di un modello ancora troppo lontano da alcune realtà. Così facendo la campagna propone un nuovo modello di formazione, fuori dall'ospedale e sul campo, con metodologie di confronto orizzontali per riflettere insieme su quanto sperimentato – così come raccomandato da White e colleghi già nel 1961 in seguito a uno studio sulla formazione medica pubblicato sul *New England Journal of Medicine* [53].

La campagna è autorganizzata e autofinanziata, indipendente da chi abbia interessi commerciali nel campo della salute e aperta al coinvolgimento di chiunque voglia conoscere il modello di *Comprehensive PHC* o vi si riconosca. Inoltre, per aumentare le chiavi di lettura del fenomeno salute ed esercitare i professionisti di diversi settori a lavorare e immaginare insieme una cooperazione possibile, il gruppo dei promotori della campagna è multiprofessionale, vedendo coinvolti non solo medici, ma anche infermieri,

antropologi, assistenti sociali e amministratori locali [51].

La medicina generale, per le sue caratteristiche, dovrebbe porsi a guida del cambiamento. Barbara Starfield così commentava la necessità di rafforzare i sistemi di cure primarie: "*E' 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*." [54]

Capitolo 2. Il modello Casa della Salute per rispondere alla complessità in salute

2.1 Nuove epidemie e servizi antiquati: la sfida della complessità agli operatori sanitari

I servizi sanitari devono confrontarsi con la transizione demografica ed epidemiologica che sta attraversando la nostra società. E' infatti in atto un progressivo invecchiamento della popolazione, con decrescita natalità e aumento della popolazione anziana [55]. A questo si accompagna un aumento dell'incidenza delle patologie croniche, tanto che in Italia si stima che il 92% dei decessi sia attribuibile a malattie non trasmissibili [56].

Nonostante la durata della vita si allunghi, aumentano gli anni di vita passati in condizioni di disabilità. Mentre in un primo momento si è pensato che l'aumento delle malattie croniche andasse di pari passo con la longevità della popolazione, negli ultimi trent'anni si è reso evidente che il loro aumento supera il tasso di crescita della longevità, tanto che negli Stati Uniti siamo in presenza di un arresto dell'aspettativa di vita connesso alle patologie croniche. La piaga dell'obesità, che nel 2015 mostrava una prevalenza del 38,2% negli *USA*, si sta diffondendo anche in Europa (Italia compresa), dove la prevalenza di sovrappeso e di obesità tra i bambini mostra dati preoccupanti, prospettando scenari futuri del tutto simili a quelli statunitensi [57]. In aggiunta a ciò, mentre un tempo si ritenevano le patologie croniche connesse con l'aumento del benessere delle fasce più ricche della popolazione (tanto da parlare di malattie del benessere), oggi si ammalano e muoiono di più le persone appartenenti alle classi meno abbienti e più povere, anche in Italia, dove è presente un chiaro gradiente Nord-Sud.

Occorre anche considerare che l'impoverimento della capacità di accudimento delle reti parentali, legata alla transizione demografica, fa sì che il carico assistenziale delle condizioni di cronicità ricada su nuclei familiari deboli o su singole persone, con un importante consumo di risorse, sia economiche che umane, dando luogo, nelle situazioni di povertà relativa, a un circolo vizioso tra povertà e cattiva salute.

Questi dati portano a riflettere sui limiti dei servizi sanitari attuali, basati sulla cura delle patologie acute. Un sistema di questo genere, basato sulla centralità delle cure ospedaliere, non è più sufficiente a garantire la salute della popolazione.

Il contrasto più efficace alla epidemia di patologie croniche risiede negli interventi di promozione e di prevenzione della salute. Inoltre, le strategie di tipo curativo non possono

limitarsi a intervenire nel momento della riacutizzazione della malattia, ma divenire proattive. Mentre per le patologie acute la persona delega al servizio sanitario la tutela della propria salute, affinché venga ripristinato il livello di salute precedente, per le patologie croniche lo stesso approccio non è concepibile: dal momento che la *restitutio ad integrum* non è possibile, occorre lavorare sulla capacità di gestione della malattia, sull'aderenza terapeutica e sulla prevenzione della disabilità. Questo genere di impegno deve essere necessariamente svolto coinvolgendo il paziente nella dinamica di cura e capacitando il contesto di vita della persona. Per queste ragioni i servizi devono essere centrati sulla persona e non sulla malattia e sviluppati orizzontalmente in collaborazione con le altre figure della società, famiglie dei pazienti e comunità.

Per quanto concerne le attività di promozione della salute queste dovranno essere rivolte a tutti, considerando i bisogni di salute reali e percepiti, nonché la soggettività della persona nel vivere un comportamento come un fattore di rischio. In particolar modo, i giovani devono essere i destinatari di attività di promozione della salute e di attività di prevenzione primaria. Con l'aumentare dell'età dovranno intensificarsi le attività di prevenzione verso fattori specifici e di prevenzione secondaria. Con lo sviluppo delle condizioni di cronicità gli interventi di cura dovranno essere mirati al controllo della malattia e si dovranno attuare strategie di prevenzione della perdita di autonomia.

Il nuovo modello di assistenza al cronico trova il suo più grande ostacolo nella biomedicina, ossia l'esclusiva attenzione alla dimensione biologica delle malattie, inevitabile dal momento che il sistema formativo delle figure sanitarie avviene nell'ospedale, lontano dai contesti di vita delle persone e distante dai determinanti sociali della salute.

Una formazione più prossima faciliterebbe lo sviluppo di un sistema di cura tale per cui la rete di credenze, bisogni, desideri e valori delle persone rappresenti un punto di forza e non una interferenza da eliminare. In tal senso il modello di cura "dovrebbe sviluppare un livello di complessità comprensivo ("*comprehensive*" nella terminologia anglosassone) delle dimensioni simboliche e culturali del vissuto delle persone, delle dimensioni soggettiva e sociale della malattia, nonché dei fattori sociali ed economici, che intervengono nel determinare la condizione di salute delle persone e delle comunità" [58].

A tal proposito, l'autrice di un libro pubblicato di recente (*La cronicità: come prendersene cura, come viverla*), afferma provocatoriamente che le risposte veloci e di univoca interpretazione, proprie della medicina per acuti, sono tutto il contrario di ciò che avviene per la cronicità, che "esaurisce e, ciò che è peggio, annoia". Ancora, prosegue: "di

fronte alla cronicità, i sogni di essere un salvatore efficace inevitabilmente si frantumano" [59], ricordando un recente articolo di Atul Gawande, intitolato *Il medico che ti salva la vita* [60]. Nel testo, il famoso chirurgo e scrittore statunitense sostiene, contrariamente alle attese di veder riconosciuto nel chirurgo d'urgenza o nel medico di emergenza-urgenza questa figura, che il profilo del medico dotato di tale potere è il medico di famiglia. Questi, con la sua scarsa tecnologia e i suoi pochi, ma potenti strumenti – all'interno di un team di cura ben organizzato – garantisce meglio di altri la continuità delle cure nelle condizioni di cronicità, imparando (con le parole di Tudor Hart) a trarre soddisfazione professionale e a considerare più eccitanti tutti quegli eventi che non sono accaduti, che sono stati evitati [61].

La tendenza riduzionista del modello biomedico deve quindi lasciare il posto allo sviluppo di un pensiero complesso.

Nella definizione di Trisha Greenhalgh, docente di cure primarie della *UCL*, un sistema complesso è: "*un insieme di individui con la capacità di agire liberamente in modi non sempre prevedibili, e le cui azioni influenzano il contesto in cui gli altri agiscono. Gli esempi includono una colonia di termiti, il sistema finanziario, e qualunque aggregazione di esseri umani come la famiglia o un team di cure primarie*" [62].

Pensare di affrontare da soli la complessità derivante dalle attuali dimensioni della salute e dei servizi sanitari può essere molto frustrante. Il ruolo del medico cambia così come quello dei pazienti. Di fronte alla complessità della salute egli non può più essere l'"unico" gestore della cura, bensì deve lavorare in un team multiprofessionale, che elabori un piano di assistenza tenendo conto dei molteplici bisogni in salute dei pazienti e della necessità della continuità dell'assistenza [63]. Le cure primarie sono state una risposta a parte del problema della complessità in salute, ma ancora manca una leadership fatta di alleanze con un più ampio ventaglio di figure professionali e con gli assistiti stessi, e la capacità di rendere conto dei risultati del proprio lavoro (*accountability*).

2.2 L'assistenza alle patologie croniche tra incertezze e innovazione

E' possibile rilevare tre modelli concettuali di *PHC* e di assistenza alle patologie croniche: la "patient oriented primary care", il "chronic care model" e la "community oriented primary care".

La *patient-oriented primary care* si focalizza sul rapporto tra paziente e operatore sanitario. La corrente nasce nel 1998 durante un incontro a Salisburgo sul tema, a cui parteciparono varie figure professionali e della società civile, le cui conclusioni furono

racchiuse nel motto "*Nothing about me without me*", con l'intento di promuovere un maggiore coinvolgimento dell'assistito all'interno del processo di cura, soprattutto attraverso lo strumento dell'informazione. Vicine a questa corrente sono i concetti di *patient empowerment* (nato negli Stati Uniti) e di *expert patient* (Regno Unito) [64], che vedono nel paziente il migliore esperto della propria malattia e pertanto partner imprescindibile del progetto terapeutico.

Nel 2005 il Commonwealth Fund pubblica un documento intitolato "*A 2020 Vision for a patient-centered primary care"*, indicando alcuni elementi indispensabili per promuovere questo tipo di approccio: la facilitazione nell'accesso ai servizi tramite l'utilizzo delle nuove possibilità telecomunicative; strumenti di informazione, counselling e supporto all'autocura; sistemi informativi che documentino i risultati e le qualità degli interventi sanitari; sistemi di *follow-up* e *reminding*; il coordinamento delle cure tra professionisti e la continuità dell'assistenza tra livelli organizzativi (territorio-ospedale).

Trisha Greenhalgh ha proposto una critica al sistema di *PHC* centrato sul paziente, affermando che, nonostante sia un programma diffuso, deboli sono le evidenze di una reale efficacia. Propone poi di muovere oltre, abbracciando un modello di cure primarie più olistico che consideri anche la famiglia e il contesto sociale e politico e che aiuti le persone ad affrontare i problemi della vita, anziché quelli limitati all'ambito clinico (illustrazione 6). Di fronte alle situazioni di maggiore disuguaglianza, più incisivi e comprensivi devono essere i programmi di cambiamento e maggiore deve essere lo sviluppo di una coscienza critica capace di osservare le radici socio-politiche degli scarsi risultati di salute dei gruppi di popolazione più oppressi [62].

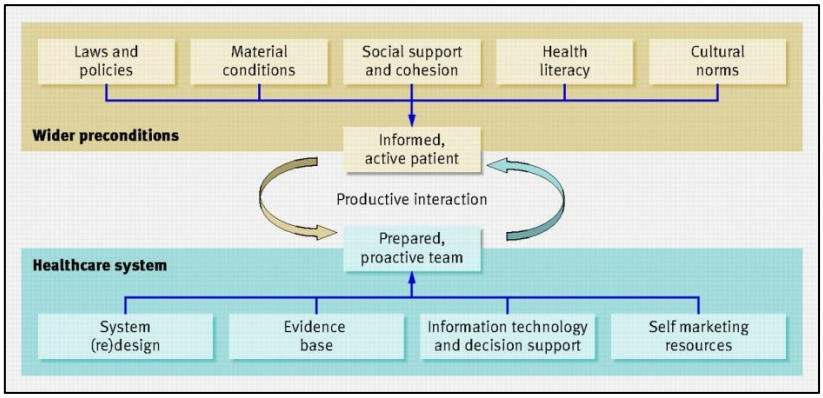


***Illustrazione 6*. Modello ecologico per il supporto all'auto-cura nelle malattie croniche (adattato)**

Il *Chronic Care Model (CCM)*, elaborato nel 1998 dal Prof. Wagner e dal *MacColl Institute for Healthcare Innovation*, negli Stati Uniti, a partire da un'ampia revisione della letteratura internazionale sulla gestione delle patologie croniche, consiste nel mettere in atto strategie assistenziali differenti in base alla gravità delle condizioni di salute e ai rispettivi bisogni di salute (Illustrazione 7).

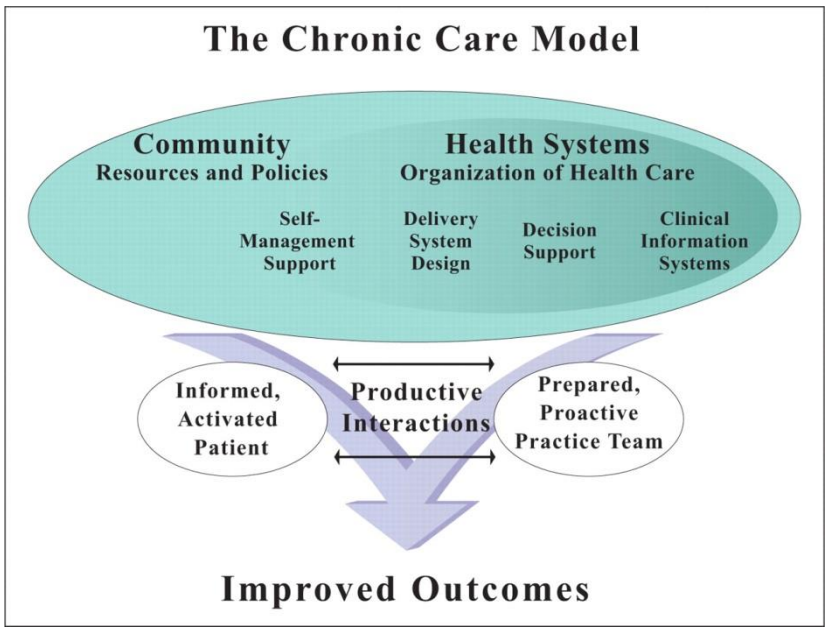


Illustrazione 7. Chronic Care Model

Il modello si basa su sei elementi chiave interdipendenti tra loro, indispensabili per garantire una corretta gestione della cronicità in salute:

1. la valorizzazione e la collaborazione con le **risorse della comunità**, come gruppi di auto-aiuto, associazioni di volontariato, centri per anziani, *etc*;
2. il sostegno delle **organizzazioni sanitarie** da parte del decisore politico per introdurre un nuovo modello di assistenza al cronico e garantire la qualità delle cure;
3. il **supporto all'auto-cura** per incrementare le abilità e la fiducia del paziente e della famiglia nella gestione della malattia cronica e valutare regolarmente i risultati;
4. una diversa **organizzazione del team** di lavoro con individuazione di compiti specifici, in cui il personale medico interviene nelle acuzie, nei casi cronici complessi e difficili e nella formazione del team. Il personale non medico è dedicato a supportare l'auto-cura, svolgere specifiche funzioni e garantire il *follow-up* dei pazienti con visite programmate;

5. il **supporto alle decisioni** tramite l'adozione di linee guida basate sull'evidenza e la formazione e l'aggiornamento continuo del team di cura;
6. l'adozione di **sistemi informativi** computerizzati e dei registri di patologia.

L'obiettivo finale del *CCM* è lo stabilirsi di una relazione positiva e costruttiva tra un paziente informato e un team di cura preparato e proattivo, allo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione. Il modello funziona perché costituisce una soluzione complessa e sistematica a problemi di salute complessi, come ha affermato Wagner: "Il modello di assistenza alle patologie croniche non è una panacea, ma una soluzione multidimensionale per un problema complesso" [65].

Infine, la *community-oriented primary care*, o *Expanded Chronic Care Model*, unisce agli aspetti clinici quelli della sanità pubblica, quali prevenzione collettiva primaria e attenzione ai determinanti sociali di salute, come strategia per raggiungere un'assistenza equa (illustrazione 8) [66].

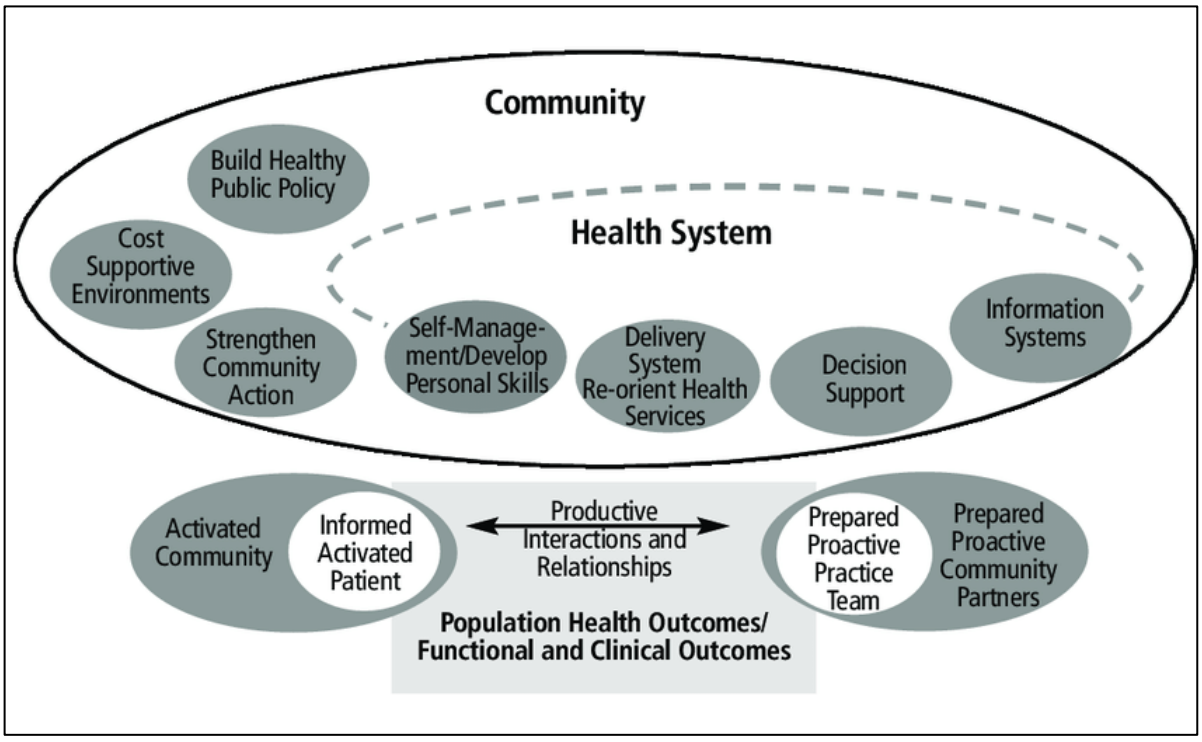


Illustrazione 8. Expanded Chronic Care Model

Il grafico introduce all'idea di una permeabilità di idee, risorse e persone tra servizio sanitario e comunità, allargando la prospettiva alle risorse formali e informali di quest'ultima. Le strategie di promozione della salute devono rimuovere le barriere che

impediscono di migliorare la salute degli individui e delle comunità attraverso adeguate policy, il rafforzamento dell'azione delle comunità e lo sviluppo di ambienti supportivi (ad esempio con politiche abitative più accessibili). Allo stesso tempo, la promozione della salute è volta a rafforzare le abilità di auto-gestione e di *coping*, riorientare i servizi verso una maggiore attenzione alla prevenzione. Anche nel modello *expanded* sono centrali i team interdisciplinari di cui fanno però parte non solo gli operatori socio-sanitari ma anche i rappresentanti della comunità e di cui si sottolinea il ruolo di *advocacy* nel promuovere azioni risolutive i problemi socio-economici alla base dei problemi di salute.

Kaiser Permanente, un consorzio che assomiglia a una cassa mutua privata non profit, con nove milioni di iscritti e all'attivo ottimi risultati in termini di riduzione dei costi e dei ricoveri ospedalieri, ha integrato il modello di Ed Wagner con una maggiore attenzione alla stratificazione del rischio e a una differenziazione delle strategie di intervento (illustrazione 9).

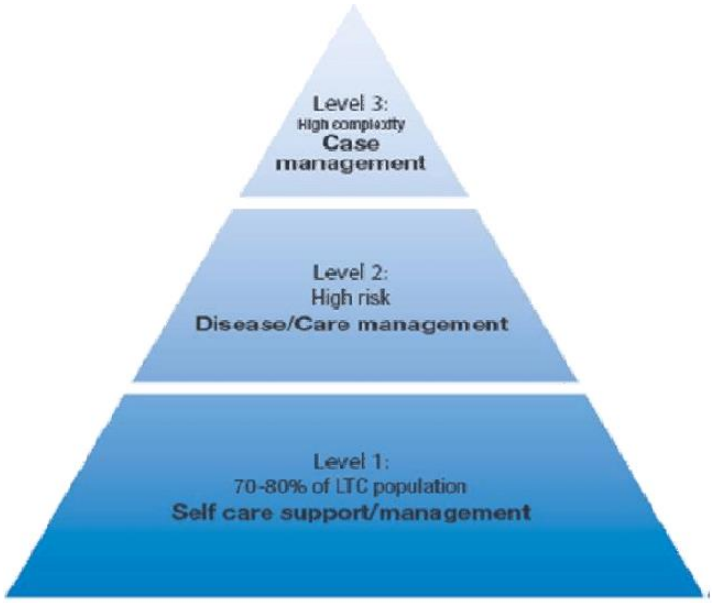


Illustrazione 9*. Modello di stratificazione del rischio di *Kaiser Permanente

I tre livelli di gravità individuati sono:

- Livello 1: *self care support*. Riguarda la stragrande maggioranza dei pazienti con malattie croniche, i quali, avendo un buon controllo della propria malattia, adeguatamente supportati possono mantenere buoni livelli di salute.
- Livello 2: *disease management*. Comprende pazienti ad alto rischio di scompenso, che devono essere assistiti in maniera proattiva da un team multidisciplinare.

- Livello 3: *case management*. Riguarda persone con più patologie croniche e ad alto consumo di risorse, per i quali è indispensabile una figura che coordini il percorso di cura lungo la filiera assistenziale.

Elementi centrali alle tre visioni di *PHC*, complementari tra loro, sono: i team multiprofessionali e multidisciplinari, capaci di garantire prestazioni cliniche di qualità elevata e interventi preventivi e promotivi; strutture edilizie e infrastrutture tecnologiche adeguate agli scopi di medicina preventiva e capaci di contenere team numericamente consistenti; una sanità pubblica in grado di presidiare l'organizzazione delle cure primarie attraverso spazi e strumenti di partecipazione, per valutare i bisogni, individuare le priorità, programmare, monitorare e valutare gli interventi [67].

In Italia il *Piano Nazionale Cronicità* del 2016 ha recepito la filosofia e gli elementi chiave del *CCM*. Esso esprime la necessità di una assistenza integrata, proattiva e continuativa per il paziente con malattie croniche, troppo spesso oggetto di interventi frammentati e talvolta contraddittori da parte di singoli professionisti, con aumento della spesa e riduzione della partecipazione del paziente al piano di cura. Fa inoltre suoi le indicazioni all'empowerment del paziente, alla promozione della salute e alla prevenzione, nonché l'importanza di un approccio multidimensionale e di team in cui siano meglio caratterizzate le funzioni delle varie figure professionali, individuando nell'assistenza primaria "*il punto centrale (hub) dei processi assistenziali, con forti collegamenti con il resto del sistema e un ruolo cardine svolto dal distretto*". Infine, il *PNC* sottolinea la particolare importanza dell'equità nelle cure, per cui ogni Regione deve intervenire per eliminare le barriere nell'accesso ai servizi sanitari [68].

2.3 La sanità centrata sulla persona e orientata alla comunità: le Case della Salute

In Italia, principi della *PHC* sono confluiti nel modello "*Casa della Salute*". L'idea viene introdotta da Bruno Benigni, il quale parlò di una casa comune che potesse riunire la frammentarietà che aveva investito l'opera del distretto e dei medici di medicina generale, ricucire la separazione tra settore sanitario e sociale e riportare la prevenzione da un limbo operativo al centro di un percorso assistenziale orizzontale. Lontana dall'essere soltanto una struttura edilizia all'interno della quale gli operatori socio-sanitari continuino a lavorare separatamente seppur sotto lo stesso tetto, la *Casa della Salute* dovrebbe essere un

luogo aggregante e creativo, i cui scopi sono la promozione della salute e del benessere sociale.

Le caratteristiche della *Casa della Salute* vengono così delineate:

- **Centralità del cittadino**, per cui i percorsi devono essere modellati intorno alla persona e ai suoi bisogni;
- **Riconoscibilità**, in modo che sia un punto di riferimento per la cittadinanza, che sa di poter trovare al suo interno una appropriata risposta ai bisogni di presa in carico e continuità assistenziale;
- **Accessibilità**, tale che non vi siano barriere architettoniche e la struttura sia facilmente raggiungibile, nonché vi si possano reperire immediatamente nel punto di accoglienza informazioni, orientamento ai servizi e prenotazione delle prestazioni;
- **Unitarietà**, di servizi e ambiti professionali altrimenti separati e frammentati;
- **Integrazione**, in modo da realizzare percorsi co-costruiti tra professionisti sanitari e sociali;
- **Semplificazione**, tramite integrazione dei servizi e facilitazione dell'accesso, in modo tale da deburocratizzare i percorsi socio-assistenziali;
- **Appropriatezza**, a partire da una corretta presa in carico, definizione di obiettivi comuni e specifici di ogni figura professionale all'interno di un progetto cucito addosso alla persona;
- **Efficacia**, tale da riuscire a prendere in carico la maggior parte dei bisogni espressi dall'utenza;
- **Punto di riferimento della rete**, accentrando i servizi e creando un coordinamento partecipato, per cui i vari attori della rete dei servizi possano facilmente interagire e coordinare piani di intervento innovativi;
- **Autorevolezza e affidabilità**. Le caratteristiche della *Casa della Salute* concorrono a renderla un servizio degno della fiducia dei cittadini, tale da reggere il confronto con l'ospedale.

Dopo un periodo di diffusione delle idee e di incontri sul tema, nel 2007 la legge finanziaria prevede lo stanziamento di un fondo per la sperimentazione delle *Case della Salute.* Nonostante varie regioni abbiano promulgato delle delibere per la realizzazione della sperimentazione, il modello si è sviluppato solo in Toscana ed Emilia Romagna.

Nel 2008 la Regione Toscana approva un progetto pilota di sperimentazione del "modello assistenziale *Case della Salute*" in alcune *ASL*. Successivamente i principi del modello vengono ribaditi dalla giunta regionale, affermando che esso concorre a dare una visione unitaria del fenomeno salute sia come diritto dell'individuo sia come interesse della comunità, tanto da portare nel 2012 a prevedere una *CDS* per ogni *AFT*. La concomitante proposta di estendere la sanità di iniziativa toscana secondo il modello dell'*Expanded – CCM* all'80% della popolazione entro il 2015 (a partire dal 40% del 2012) individua nei presidi territoriali che possano ospitare i professionisti in forma integrata, quali *UCCP* / *Case della Salute* / *Distretto Socio – Sanitario Integrato*, il centro da cui sviluppare il progetto.

Nel 2015 vengono emanate dalla Regione Toscana le *Linee di indirizzo alle aziende sanitarie sulle Case della Salute*, contenenti standard e requisiti secondo tre tipologie di *CDS* individuate dal *MES* grazie a una mappatura delle realtà esistenti nel 2014. I clusters individuati sono: una *CDS* base, contenente oltre agli ambulatori di medicina generale e ai servizi infermieristici, anche il *CUP* e i servizi amministrativi di accettazione e accoglienza; un modello standard, con ampliamento dell'offerta a *sanità d'iniziativa*, assistenza sociale, specialistica ambulatoriale, punto prelievi e servizi ostetrici, pediatrici e di continuità assistenziale; infine un modello complesso, in cui possono mancare alcuni servizi del cluster precedente, quali ambulatorio ostetrico, pediatrico e di Continuità Assistenziale, ma in cui sono integrati il *Punto Insieme*, l'unità di valutazione multidisciplinare e il coordinamento dell'assistenza domiciliare [69].

Recentemente il progetto *Case della Salute* è stato oggetto di rinnovata attenzione, grazie alla *Legge Regionale del 4 Giugno 2019, n° 29*, che va a modificare la l.r 40/2005. Questa afferma la necessità di superare la fase di avvio del progetto, disciplinando a livello legislativo la presenza di una struttura polivalente nell'ambito della zona distretto, quale parte integrante del Servizio Sanitario Regionale. Le CDS vengono descritte come *punto di accesso* alla rete dei servizi, *luogo di integrazione* grazie alla contiguità spaziale e alla multidisciplinarietà degli interventi e *strumento di valorizzazione del ruolo delle comunità locali* ai fini della individuazione di specifiche progettualità nell'ambito della promozione e della prevenzione della salute. Gli obiettivi individuati sono:

- **l'equità** nell'accesso ai servizi socio-sanitari, attraverso la facilitazione e la semplificazione dei percorsi assistenziali;

- l’organizzazione delle risposte al cittadino privilegiando la **domiciliarità** e il **contesto sociale** delle persone e valorizzando la **progettualità della comunità locale**;
- l’integrazione professionale e istituzionale dei servizi;
- la valorizzazione dell’**attività interdisciplinare** tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri, terapisti e integrazione operativa fra prestazioni sanitarie e sociali per la piena realizzazione delle politiche sulla cronicità e di sanità di iniziativa;
- la **partecipazione attiva** degli operatori dell’assistenza sociale, dell’educazione sanitaria e della prevenzione, finalizzata a integrare le attività sanitarie con quelle socio-assistenziali e di educazione ai corretti stili di vita.

La legge stabilisce inoltre la **partecipazione dei cittadini** alla valutazione dei bisogni, alla definizione della progettualità, alla valutazione di impatto delle iniziative della casa della salute rispetto agli obiettivi individuati.

La necessità di una reale attuazione del modello *Case della Salute* e dei principi di “*Comprehensive Primary Health Care”* che ne sono alle fondamenta, è oggi più necessaria che mai, per contrastare le crescenti disuguaglianze in salute che si registrano sul territorio. E’ proprio dalle necessità di un gruppo di medici di medicina generale e di studenti in formazione in medicina generale sul territorio fiorentino che nasce il bisogno di studiare la realtà di un fenomeno territoriale complesso allo scopo di facilitare la riorganizzazione dei servizi socio-sanitari, richiamandoli alla loro mission di rappresentanti della salute dei cittadini. Il capitolo successivo è il racconto di questo processo e dei risultati fino ad oggi ottenuti.

Capitolo 3. Lo studio: Le Piagge, dall'analisi dei bisogni di salute alla presa in carico

3.1 Le mappe geografiche, storiche e sociali del quartiere

La descrizione delle caratteristiche socio-storio-grafiche del quartiere si affida prevalentemente a un libro inchiesta pubblicato nel 2007 e scritto dalla giornalista Francesca Manuelli, con una introduzione di Paul Ginsborg, dal titolo evocativo: "*Le Piagge: storia di un quartiere senza storia*" [70]. A questo si accompagnano le considerazioni che è possibile desumere dalle pubblicazioni della rivista on line L'*Altracittà Le Piagge*[3], nonché le riflessioni del famoso scrittore Antonio Tabucchi, che ha dedicato a *Le Piagge* una potente descrizione dei fenomeni di marginalità nel libro *Gli Zingari e il Rinascimento: Vivere da Rom a Firenze* [71].

Come ribadiscono sia Paul Ginsborg che Antonio Tabucchi, può capitare che attraversando *Le Piagge* distrattamente, col Monte Morello sullo sfondo, queste possano essere facilmente confuse con una qualsiasi periferia italiana, caratterizzata da brutture urbanistiche, ma "senza nulla di straordinario, nel bene e nel male". Invece, *Le Piagge* sono descritte come il frutto di una amministrazione comunale particolarmente trascurante e lo "spaesamento" che provocano e il senso di abbandono e solitudine che vi si respirano, dimostrano la loro condizione di "creatura indesiderata" e che Firenze "non le vuole" [71].

Le Piagge si collocano nella periferia ovest della città di Firenze, sviluppate su un terreno dalla forma rettangolare, per 3,5 chilometri di lunghezza e 350 metri di larghezza, allungato tra il Ponte all'Indiano a est e l'autostrada A1 a ovest e stretto tra la trafficata Via Pistoiese a nord e la ferrovia della linea Firenze – Pisa – Livorno, che costeggia l'Arno a sud.

Fino al 1929 il territorio, a carattere fluviale, faceva parte del territorio del Comune di Brozzi. Durante il *boom* edilizio degli anni Cinquanta e Sessanta, il Comune di Firenze utilizza il terreno per l'estrazione di materiali inerti da destinare alla costruzione di lontani quartieri della città. Successivamente, con la crisi abitativa degli anni Settanta, la zona, caratterizzata da montagnole e avvallamenti e nonostante l'elevato rischio di esondazione dichiarato nei documenti del Comune stesso, viene adibita alla costruzione di alloggi. La massiccia edificazione che investe il territorio contribuisce all'isolamento e alla

[3] www.altracitta.org

depauperazione del valore degli insediamenti di Brozzi e Quaracchi, che da antica realtà paesana di campagna, un tempo facente Comune a sé, vengono fagocitate nella periferia di Firenze in allargamento.

A contribuire alla dequalificazione del territorio intervengono la costruzione dell'inceneritore (attivo da metà anni Settanta fino al 1986, quando è stato chiuso a seguito della rilevazione di microinquinanti nel terreno e nelle abitazioni circostanti), lo sviluppo del polo industriale dell'Osmannoro e il potenziamento dell'aeroporto di Peretola (gli aerei, prima dell'atterraggio si abbassano proprio su Piagge e Quaracchi).

L'inceneritore

Le Piagge si possono suddividere in quattro zone, denominate secondo l'ordine di realizzazione.

Le *Piagge 1*, all'estremità est, nella zona di Peretola, costruita sul finire degli anni Settanta. Negli anni Ottanta vengono edificate *Le Piagge 2*, all'estremità opposta e vicino ad autostrada A1 e inceneritore. Queste due zone, a edilizia mista, sia pubblica che di cooperative, mantiene una certa continuità spaziale e sociale con gli antichi insediamenti circostanti.

Nonostante la parte centrale compresa tra i primi due comparti abitativi fosse stata inizialmente destinata alla realizzazione di servizi pubblici, a metà degli anni Ottanta, vengono costruiti nuovi impianti residenziali, *Le Piagge 3*, costituiti da 618 alloggi popolari per circa tremila abitanti e destinati a giovani coppie, senza casa e sfrattati. La qualità strutturale delle otto unità abitative, note come "navi" per la loro particolare forma, è compromessa dall'impiego di materiali scadenti e costi di costruzione molto bassi, tanto che già pochi anni dopo sono necessari interventi di riparazione agli impianti.

Le "navi"

A fine anni Ottanta inizia la costruzione degli appartamenti in Via dell'Osteria (Le *Piagge 4*), con tecniche e materiali migliori, dando vita a quattro blocchi multipiano (a poche centinaia di metri da un'impresa di produzione di materiale edile). La strada di accesso e uscita da Via dell'Osteria è unica e si affaccia direttamente sulla trafficatissima Via Pistoiese, contribuendo all'isolamento della zona. Gli assegnatari delle abitazioni sono persone anziane, spesso sole.

La *Casa della Salute* è stata costruita presso *Le Piagge 4*, in Via dell'Osteria, nel 1999, in un luogo che, per i motivi descritti, non si trova in continuità spaziale o sociale con il resto della zona.

La Casa della Salute Le Piagge

La progettualità meramente funzionalista de *Le Piagge*, che non si cura di fornire servizi di urbanizzazione secondaria, si manifesta nell'assenza di una piazza, quale spazio di incontro cittadino per eccellenza. In luogo di questa vengono realizzati parcheggi e prati non ombreggiati. Negli anni 2000 inizia la costruzione di piastre monofunzionali di servizi, ciascuna con la propria funzione (sanitaria, abitativa, commerciale, scolastica), non sufficiente a farle entrare in rapporto con l'ambiente antropico.

L'ambiente de *Le Piagge* si è sin da subito configurato come una sacca di marginalità sociale, dal momento che vi sono stati fatti convergere persone e famiglie con

emergenze economiche, sociali e abitative fino ad allora sparse su tutto il territorio cittadino. Vi confluiscono anche gli abitanti abusivi delle case in Via de Bosis, che già manifestavano gravi problemi di inserimento. Il disagio è fortemente concentrato, se si pensa che in ciascuna "nave" abitano centocinquanta famiglie, composte di una media di 2,68 membri e per un numero complessivo di 1844 abitanti (dati demografici risalenti al 2002).

Antonio Tabucchi, nel suo feroce reportage, descrive le condizioni di vita di tre famiglie Rom, che, sulla sponda dell'Arno che è parte de *Le Piagge*, avevano trovato la possibilità di sostare, anche se privi di tutto, in baracche senza acqua e gas. Lo scrittore li paragona ai "dannati della terra" di Frantz Fanon e scrive ironicamente che, a confronto, i Rom dell'Olmatello e del Poderaccio[4] erano la "borghesia" degli Zingari.

All'isolamento di questa scomoda realtà contribuiscono la chiusura di Brozzi e Quaracchi in se stessi e verso un territorio che, pur essendo geograficamente contiguo, è percepito come estraneo e pericoloso. Inoltre, l'assenza di una cura amministrativa per gli spazi comuni alimenta l'indifferenza per lo "spazio di tutti".
Il luogo privilegiato per gli incontri della popolazione, adulta e giovanile, soprattutto delle "navi", è il centro commerciale coop aperto nel 2000. Alcuni condominii organizzano ritrovi nelle terrazze di palazzi, ma tutti questi fenomeni mostrano come l'incontro pubblico è relegato ad ambienti privati.

Il centro commerciale

La periferia della città de *Le Piagge* esprime in maniera amplificata l'essenza delle città metropolitane contemporanee, che da luoghi di incontro, con memoria e radici profonde nel territorio, sono divenute spazi di solitudini, caratterizzati da fenomeni di familismo, privatismo e apatia sociale. L'estraniamento ambientale che si viene così a

[4] Altri due campi nomadi nel territorio fiorentino

produrre e l'accumularsi di problematiche socio-economiche, contribuiscono al malessere delle periferie. Presso *Le Piagge* si configurano infatti fenomeni di povertà assoluta e povertà relativa, questa definibile soltanto in rapporto al contesto sociale ed economico e caratterizzata non solo dalla limitatezza di mezzi materiali, ma anche dalle ridotte possibilità di vita (come descritto nei capitoli teorici della tesi). Questo fenomeno sembra poter essere contrastabile soltanto a partire da un processo inclusivo, dalla partecipazione degli abitanti alla definizione dei loro bisogni e dal riappropriarsi di un immaginario comune degli spazi, per poter incidere significativamente sulla loro trasformazione.

Il cambiamento deve avvenire a partire dall'incontro di un movimento dal basso, nelle relazioni quotidiane dell'ambiente urbano, con il livello politico – amministrativo, che deve lasciarsi contaminare dalle proposte della società civile.

Il movimento dal basso, potrebbe avvalersi dalla collaborazione tra servizi formali, come quelli socio-sanitari presenti nella *Casa della Salute*, semi-formali, come le attività di volontariato e di associazionismo presenti a *Le Piagge*, e reti informali, quali quelle spontanee tra cittadini.

3.2 I mutamenti del servizio sanitario locale come determinante di salute

Nel corso degli ultimi venti anni l'architettura del servizio sanitario locale in Toscana è andata incontro a profondi mutamenti, che ne hanno segnato la capacità di intervenire efficacemente e in maniera integrata sui bisogni di salute della popolazione. La difficile integrazione tra servizi socio-sanitari de *Le Piagge* e la comunità cittadina risente di questa frammentazione e concorre al sussistere delle diseguali condizioni di salute.

Il distretto *Le Piagge* in Via dell'Osteria viene aperto nei primi anni Novanta, sotto la direzione generale del Dott. Rizzu (nominato nel 1995), in un periodo di investimenti nella sanità locale. Mentre venivano chiuse o riconvertite quattro strutture di matrice ospedaliera, come S. Antonino a Fiesole (che diviene prima un presidio ASL, poi un RSA e infine una sede dell'occupazione somala), Villa Basileschi, l'ospedale oftalmico e Camerata (che viene convertito in presidio *ASL*), si fanno investimenti per la realizzazione di altre strutture, come il presidio di Viale Morgagni, di Viale Europa e di Via dell'Osteria. Con la fine del mandato dell'allora direttore generale, tuttavia, i progetti relativi a Viale Europa, Villa Basileschi e Camerata vengono aboliti. Il presidio de *Le Piagge* sopravvive e viene denominato *Casa della Salute*. I mutamenti descritti sono dovuti a un vento di cambiamento che ha investito tutto il Paese e che viene di seguito descritta.

La riforma della sanità toscana avviene all'interno di un mutato panorama nazionale, come definito dalla *legge costituzionale n. 3* del 2001 (riforma del Titolo V *Le Regioni, le Province, i Comuni*), con la quale le Regioni acquisiscono maggiore autonomia e potere di tipo organizzativo e legislativo sui propri sistemi sanitari, mentre lo Stato si riserva di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

In precedenza, il *D.Lgs n.502* del 1992, aveva stabilito un forte governo della Regione sulla sanità locale. Con il "riordino" del sistema sanitario italiano i Comuni perdono il ruolo di gestione delle *USL* (precedentemente garantito dalla *Legge 833* del 1978), mantenendo però una funzione di indirizzo e controllo sulla programmazione sanitaria tramite la Conferenza dei sindaci. Le *USL* si costituiscono aziende (*ASL*), la cui gestione è riservata al *direttore generale*, nominato dalla giunta regionale. Nella nuova organizzazione dei servizi delineata dal decreto, l'assistenza primaria viene erogata da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, in collaborazione con infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, ecc. a livello di Distretto (di dimensioni non inferiori a 60000 abitanti).

Il *Piano Sanitario Regionale (PSR) 2002-2004*, approvato nel Giungo 2002, avvalendosi della maggiore autonomia assegnata alle regioni, introduce tre importanti elementi di riforma della sanità toscana [72]:

1. La creazione delle Aree Vaste (Centro, Nord-Ovest e Sud-Est), comprendenti sia le *ASL* che le Aziende Ospedaliere, che preludono all'unificazione *ASL* più recente. Ciò fa sì che la programmazione ospedaliera e la definizione delle risorse dei vari ospedali sia definito a livello di area vasta.

2. La introduzione di strutture amministrative che gestiscono una serie di funzioni amministrativo-logistiche (ad esempio la gestione del personale), scorporate dalle *ASL*. Questo prelude al più recente accorpamento delle *ASL*, con un'unica struttura regionale che gestisce tutto (acquisti, appalti, gestione stipendi, informatica), basato sull'ipotesi, da verificare, che strutture centralizzate riducono i costi per questioni legate all'economia di scala.

3. La creazione delle *Società della Salute*, una nuova entità con caratteristiche di integrazione socio-sanitaria. Così vengono descritte nel *PSR*:

“Le società della salute svolgono il ruolo di *gestore ed erogatore* delle cure primarie, delle attività socio-sanitarie e di quelle specialistiche di base che vengono prodotte direttamente o acquistate da produttori esterni. Le società della salute definiscono i propri ruoli, compiti, finanziamenti tramite accordi tra le aziende sanitarie locali ed i comuni a livello di zona-distretto, con il coordinamento e il controllo aziendale della Regione”.

Le *Società della Salute* (*SdS*) vengono finanziate dalla *ASL*, con la parte corrispondente alla quota capitaria che riguarda i servizi territoriali, e dal Comune, con i fondi corrispondenti ai servizi sociali (assistenza agli anziani non autosufficienti, salute mentale, tossicodipendenze, disabilità ecc.).

Si delinea quindi l’immagine di una entità di diritto pubblico autonoma rispetto alla *ASL*, un consorzio tra Comuni e *ASL*, i cui i maggiori azionisti sono i Comuni, che sembrano tornare, dopo la débacle delle norme di “riordino”, a riprendere il controllo sulla gestione della sanità. Viene altresì introdotta l’idea che i Comuni si impegnino con la Regione a mantenere un equilibrio di bilancio, per evitare il verificarsi di spese incontrollate come avvenuto in precedenza (la responsabilità finanziaria diretta non era prevista dalla *Legge 833*).

Il *PSR* propone quindi una sperimentazione del modello della *Società della Salute*, da definire secondo atto di indirizzo regionale entro 90 giorni dall’approvazione. Tuttavia, la sperimentazione viene disciplinata soltanto dopo un anno e mezzo e nella delibera, riguardo alle responsabilità della *Società della Salute*, non si parla più di “*gestione ed erogazione*”, ma di “*programmazione e governo*”.

La *legge regionale n°40* del 2015 (così tutt’oggi denominata nonostante successive modifiche), che regola il servizio sanitario regionale, nell’articolo riguardante le *SdS* (169) ne rammenta le funzioni [73]:

- indirizzo e programmazione strategica delle attività ricomprese nel livello essenziale di assistenza territoriale previsto dal *Piano Sanitario e Sociale Integrato* (recentemente approvato il *Piano 2018-2020*);

- programmazione operativa e attuativa annuale, inclusi la regolazione e il governo della domanda mediante accordi con le aziende sanitarie in riferimento ai presidi ospedalieri e con i medici prescrittori che afferiscono alla rete di cure primarie;

- organizzazione e gestione delle attività di assistenza sociale;

- organizzazione e gestione delle attività socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria e delle altre prestazioni sanitarie a rilevanza sociale individuate dal *PSR*.

Quindi alle *SdS* si riconosce, oltre a una prevalente funzione di indirizzo, anche una funzione di programmazione e gestione, ma lasciando alle società la scelta dell'ambito in cui svolgere tale compito (quello più diffuso è ad oggi quello dell'assistenza ai non autosufficienti, come certe forme di assistenza domiciliare, e degli *RSA*).

Aderiscono alla sperimentazione 19 zone della Toscana, per un periodo di tempo superiore (5-6 anni) ai tre anni previsti dal *PSR*. Il progetto nasce con una debolezza insita all'origine: un organo di sola programmazione è pressoché inutile, poiché la sanità è essenzialmente gestione, quasi quotidiana, delle attività e delle problematiche della filiera di assistenza sanitaria.

La *SdS* si compone di un consiglio di amministrazione che comprende i sindaci e il direttore generale *ASL*, che nomina il direttore tecnico della *SdS* (art 943, *Legge n°40*, 2005). Nel corso del tempo il direttore tecnico si è identificato col direttore della zona distretto, così da creare una connessione tra livello programmazione e livello gestione. Si è tuttavia creata una situazione di ambiguità dal momento in cui, essendosi la SdS ritagliata un ruolo di azione prevalentemente sul sociale, i direttori della zona distretto nominati hanno un curriculum prevalentemente focalizzato nell'ambito amministrativo o sociale e non in quello dei servizi sanitari.

A limitare fortemente il ruolo strategico delle *SdS* è l'adesione volontaria dei Comuni al progetto, per cui in Toscana in alcune realtà ci sono *SdS*, ma non in altre, dove il livello di integrazione con i servizi sociali avviene tramite convenzioni tra *ASL* e Comuni (associati o singoli). Per la creazione della *SdS* è necessaria l'adesione di non meno del 75% dei comuni dell'ambito territoriale oppure la rappresentanza di almeno il 75% della popolazione. Gli enti locali di una determinata zona distretto che non aderiscono alla SdS assicurano comunque la partecipazione senza diritto di voto all'assemblea, per garantire che le attività socio-sanitarie siano fatte in coerenza con la progettualità dell'amministrazione locale.

Per quanto attiene alla programmazione, la *legge n°40*, nella parte riguardante i *piani integrati di salute* (art 21), specifica le attività che sono specifico compito delle Zone Distretto e *SdS*:

“Il *piano integrato di salute (PIS)*, in coerenza con le disposizioni del piano sanitario e sociale integrato regionale, del piano di area vasta e del piano attuativo locale, è lo strumento di programmazione integrata delle politiche sanitarie e sociali a livello zonale.

E’ compito del *PIS*:

- definire gli obiettivi di salute e benessere ed i relativi standard quantitativi e qualitativi in linea con gli indirizzi regionali, tenendo conto del profilo di salute e dei bisogni sanitari e sociali delle comunità locali;

- individuare efficaci azioni di contrasto nei confronti delle disuguaglianze nella salute e nell’assistenza sanitaria;

- adottare strategie per rendere più facili i progetti individuali di cambiamento degli stili di vita;

- individuare sulla base degli obiettivi di salute, la priorità di allocazione delle risorse provenienti dal fondo sanitario regionale e di quelle dei comuni;

- promuovere l’integrazione delle cure primarie con il livello specialistico attraverso reti cliniche integrate e strutturate.

- individuare gli strumenti di valutazione di risultato relativo agli obiettivi specifici di zona.”

Per le indagini epidemiologiche le *SdS* si possono avvalere di strutture come l’*Agenzia Regionale di Sanità (ARS).*

La modifica più recente nell’ambito della sanità territoriale toscana riguarda le *Case della Salute*, tramite *legge regionale n° 29* del 4 giugno 2019 [73], i cui elementi essenziali sono stati inseriti nella *legge 40*.

Le *Case della Salute* vengono promosse come punto di riferimento per la presa in carico dei bisogni, grazie non solo alla contiguità spaziale dei servizi, ma anche alla multidisciplinarietà degli interventi, alla integrazione dei livelli assistenziali delle prestazioni sanitarie e sociali e alla sinergia con le istituzioni locali e gli attori sociali del territorio. Inoltre, si propongono le *CdS* come punto unitario di accesso alla rete dei servizi che garantisca una presa in carico complessiva delle persone e come spazio utile a favorire la valorizzazione del ruolo delle comunità locali ai fini della prevenzione e promozione della salute.

Gli obiettivi della *CdS* sono:

- l'equità nell'accesso;

- l'organizzazione e il coordinamento delle risposte da dare al cittadino privilegiando domiciliarità, contesto sociale e progettualità della comunità locale;

- l'integrazione dei servizi;

- la valorizzazione dell'attività inter-disciplinare tra medici di medicina generale, specialisti, infermieri, terapisti e dell'integrazione operativa a livello socio-sanitario per la piena attuazione delle politiche sulla cronicità e di sanità di iniziativa;

- la partecipazione attiva di operatori dell'assistenza sociale, dell'educazione sanitaria e della prevenzione finalizzata a integrare le attività sanitarie con quelle di educazione ai corretti stili di vita.

Attualmente si è in attesa che l'assessorato alla salute pubblichi un documento attuativo per la messa in pratica dei principi di equità, multidisciplinarietà, integrazione e prossimità contenuti nella legge.

Dal percorso storico-normativo evidenziato si osserva come il federalismo sanitario abbia comportato una disomogenea attuazione dei *LEA* e dei principi delle *CP* sul territorio nazionale e come a livello regionale toscano la situazione politico-amministrativa, caratterizzata da frammentazione dei compiti socio-sanitari, accentramento delle responsabilità e distanza comunicativa tra il livello dirigenziale e gli operatori di salute e le comunità, determini una difficoltà a recepire e attuare gli indirizzi normativi nazionali e a rispondere alle problematiche della filiera assistenziale.

La normativa nazionale e i piani di salute regionali sono però chiari nell'indicare obiettivi chiave quali equità e contrasto alle disuguaglianze attraverso la prossimità dei servizi alle comunità, la presa in carico globale della persona, l'integrazione dei servizi socio-sanitari e la multi e inter-disciplinarietà operativa.

Le *Case della Salute*, qualora siano messe nelle condizioni di attuare i principi della "*Comprehensive Primary Health Care"*, possono giocare un ruolo di grande innovazione nel panorama socio-sanitario attuale.

Recentemente, in Toscana, l'apertura istituzionale a una progettualità con questo orientamento, può farsi garante e facilitatore di iniziative locali che stanno sorgendo sulla scia culturale della campagna italiana di promozione delle cure primarie *"Now or Never"*.

Il progetto di ricerca oggetto della tesi si colloca in questo panorama e richiama le istituzioni al loro impegno nei confronti dell'irrobustimento dei servizi socio-sanitari, a partire dai luoghi in cui vi è maggiore necessità, come *Le Piagge*.

3.3 Le testimonianze di una realtà sanitaria complessa

Le vicende da me raccolte e riportate all'interno di questo paragrafo hanno la funzione di una testimonianza diretta della complessità che il medico di medicina generale si trova ad affrontare nella quotidianità lavorativa de *Le Piagge*. Sono anche raccontate le impressioni ricavate dalla visita alla Comunità di Base. Tali elementi costituiscono una parte fondamentale della ricerca qualitativa, che fa delle osservazioni dirette e delle impressioni del ricercatore un elemento imprescindibile, anziché di confondimento e imparzialità, per orientare le domande di ricerca.

Il mio contatto con *Le Piagge* inizia grazie a una informale esperienza di affiancamento di una medica di medicina generale, *C*. Questa ha da poco firmato la convenzione e ha deciso di aprire l'ambulatorio nella Casa della Salute di zona, consapevole delle difficoltà e delle sfide poste dalle condizioni di vita e salute degli abitanti del quartiere. *C*., come me, fa parte del movimento di formazione e promozione delle cure primarie di tipo "*comprehensive*" (*Primary Health Care - Now or Never*) e ha alle spalle una lunga esperienza nel mondo della cooperazione internazionale e con *Medici Senza Frontiere*.

Quando raggiungo *C*. per il primo giorno di affiancamento in ambulatorio, è la prima volta che mi avventuro oltre Via Baracca. I primi elementi a colpire la mia immaginazione sono il traffico di Via Pistoiese, le brutture dei palazzi che si intravedono nelle strade collaterali e, una volta arrivata alla *Casa della Salute* (non senza difficoltà, data l'assenza di indicazioni), il campo di fango che la circonda su un lato, tanto che, quando scendo dalla macchina devo fare attenzione a non scivolare. I cassonetti davanti l'edificio sono stracolmi di immondizia e un divano e alcune assi vi sono state abbandonate accanto. Sopra di me sento il rombo di un aereo e lo vedo passare sopra il palazzo vicino. All'ingresso trovo alcune persone davanti al banco informazioni, di cui mi colpisce la scarsa ospitalità verso tutti, me compresa, che chiedo dell'ambulatorio. Questo si trova in fondo a un lungo corridoio, senza elementi di riconoscimento al di fuori e con due sedie di plastica di fronte alla porta. A questo punto, la mia idea delle *Case della Salute*, di cui

leggo da anni su articoli scientifici in varie lingue e di cui a lungo ho discusso con i miei coetanei, si scontra con la realtà.

Un aereo sorvola le Piagge prima di atterrare a Peretola. Foto di *Simone Luca Pierotti*

Finalmente mi raggiunge *C.*, la quale ha appena lasciato le figlie a scuola, e mi immerge nelle storie dei pazienti che visiteremo in mattinata. Il suo calore e la condivisione dei dubbi con me circa svariati aspetti della cura, dalla appropriatezza delle terapie insuliniche in pazienti con una difficile gestione dei presidi alle difficoltà di trovare un supporto nella gestione domiciliare di pazienti in passaggio dalle cure attive alle cure palliative, mi riportano subito al cuore della professione, facendomi intuire che le difficoltà che sto solo iniziando a osservare sono una sfida a lavorare con quello che c'è e a trasformare ciò che non va.

Dopo qualche tempo, ho sostituito *C.*, ritrovandomi da sola a gestire una serie di situazioni che mi hanno messo alla prova. Incontro *S.*, un uomo anziano appartenente alla comunità *Sikh*, con un passato da guaritore tradizionale nel suo paese. Egli vive da alcuni anni a *Le Piagge*, in una casa che profuma di spezie esotiche con la moglie, la figlia, il nipote e altri parenti. Mi chiede, in un italiano stentato, di prescrivergli le medicine. Decido di visitarlo. Diabetico noto, oltre a numerosi fattori di rischio cardiovascolari, ha valori di glicemia elevati (come leggo dagli esami che mi mostra) e una ipertensione non controllata. Nel cercare di capire se e come assume le numerose medicine (insulina compresa) e che stile di vita abbia, mi rendo conto che la barriera linguistica si frappone tra noi.

La cura di *S*. richiederà a me, ma soprattutto alla titolare e ad altre figure professionali coinvolte nel percorso, molte energie con pochi risultati, fin quando *C*. decide di avvalersi della figura di un mediatore culturale (pagandolo di tasca propria poiché non disponibile nei percorsi di cura accessibili ai medici di medicina generale) per intendersi bene con *S*. Quella sarà la svolta nella cura, dal momento che, come si scopre, *S*. non aveva capito granché di tutto quello che era stato messo in ponte e di come dovesse assumere le medicine o cucinare. Il suo maggiore coinvolgimento nel processo permetterà di prendere in carico anche la moglie (con barriera linguistica totale), che fino ad allora non c'era stato modo di coinvolgere.

Un altro incontro, durante la sostituzione estiva, mi ha messo alla prova. *A*. è una anziana donna armena, alcolista, frequente utilizzatrice del servizio. Ad ogni accesso presso l'ambulatorio, che è il suo unico punto di riferimento presso il servizio, lamenta un sintomo nuovo, ma presto capisco che questi sono poco più che pretesti per vedermi e coinvolgermi nel suo mondo: una volta mi porta un libro di ricette che ha scritto in passato, un'altra mi racconta di quando svolgeva l'attività di psicologa; mi chiede di aiutarla a comporre messaggi al cellulare; in un'occasione mi fa addirittura vedere una lettera destinata al Presidente della Repubblica. Se le nego l'attenzione che chiede, magari perché fuori appuntamento, i sintomi fisici si aggravano, così come le manifestazioni di rabbia. Il mio compito, d'accordo con la titolare, è cercare di familiarizzare *A*., che vive sola e ha cattivi rapporti con l'unica figlia, con la possibilità di avvalersi dei servizi sociali, che lei rifiuta. Cerchiamo per lei delle attività, come un gruppo di lettura presente nel quartiere, ma purtroppo i nostri sforzi e quelli dei servizi sociali cadono nel vuoto quando la paziente decide di cambiare medico.

Un'altra sfida è stata posta da una coppia di anziani residente nelle case popolari. Lei, *D*., con una BPCO in fase avanzata di malattia e lui, *F*., alcolista con problematiche psichiatriche. I due si sono sempre rifiutati di coinvolgere i figli nell'assistenza per la presenza di conflitti familiari. La titolare sta cercando di capire con *D*. come organizzarsi per la gestione delle riacutizzazioni di malattia, in modo da evitare che si trovi nella situazione di non sapere a chi rivolgersi in caso di crisi respiratoria, non sottoporla a procedure inutili e invasive e permetterle di morire dignitosamente. *D*. inizialmente non si mostra consapevole della gravità rappresentata dal sintomo della dispnea, ma grazie al franco colloquio con la medica di medicina generale, *D*. finalmente viene informata della sua condizione, nonché accolta nei suoi bisogni umani oltre che clinici, tanto che arriva a

dirsi ben disposta verso il potenziamento delle cure domiciliari, che vengono costruite coinvolgendo gli assistenti sociali. Dopo la stabilizzazione dell'assistenza di *D*., *F*. inizia a fare accessi ambulatoriali in cui si mostra confuso e agitato. Durante una visita viene scoperta una cicatrice sull'addome di circa 20 cm che *F*. si è procurato con un trincetto. Ci vogliono alcuni interventi per fargli accettare un colloquio con lo psichiatra e discutendo della situazione con assistenti sociali e psichiatri si riesce a gestire la situazione, tanto che, quando *D*. muore, in hospice, serena, il contenimento di *F*. riesce.

Questi tre casi mostrano la complessità delle situazioni che il medico di medicina generale si trova ad affrontare e l'utilità, ai fini di una migliore cura della salute, del prendere in considerazione la persona e il suo contesto di vita. Emergono svariati elementi come il ruolo della cultura e delle dinamiche familiari, il peso della solitudine, la relazione tra disagio sociale e malattia psichiatrica, il tarlo della dipendenza…ed è evidente come questi elementi concorrono ad alimentare la separazione tra persone e servizi, allorquando i servizi rimangono in attesa che le persone si attivino per se stesse, mentre queste non hanno le competenze o le risorse necessarie per farlo con efficacia.

Le abilità del medico di medicina generale di operare al confine tra salute e sistema sociale permettono di promuovere l'integrazione delle cure, supportare le persone che hanno bisogno e raggiungere un utilizzo appropriato e utile dei servizi.

Elemento fondamentale è la possibilità di collaborare con altre figure professionali, creando terreni di confronto, linguaggi comuni e obiettivi condivisi.

Nell'esplorazione del contesto offerto da *Le Piagge*, ho incontrato, insieme con *C*. e *G*., uno studente di medicina, Don Santoro, parroco che presta la sua opera nella Comunità di Base de *Le Piagge* da molti anni e che, grazie ai vari progetti che alimenta e difende, conosce bene le dinamiche del quartiere e dei suoi ultimi. Don Santoro ci ha raccontato la storia del posto, testimoniando alcune situazioni di disagio; ma quello che mi ha colpito, di questo incontro, è stata la sua richiesta di non operare, nella nostra ricerca, come osservatori esterni e distanti, ma di collaborare con la comunità, di lavorare in maniera orizzontale, senza offrire aiuti calati dall'alto. Volendo accogliere questa richiesta, ci si è ripromesso di svolgere il progetto di ricerca sul miglioramento della presa in carico dei bisogni in maniera quanto più prossima possibile alla comunità.

3.4 I bisogni di salute della popolazione

I bisogni di salute della popolazione che abita a *Le Piagge* sono stati indagati attraverso uno studio epidemiologico e un focus group è stato condotto per contestualizzare i risultati insieme a molteplici figure professionali, molte delle quali che lavorano presso *Le Piagge*.

- **Lo studio epidemiologico**
  - ***Materiali e metodi***

Lo studio si è avvalso della banca dati della *Agenzia Regionale di Sanità* (*ARS*), in particolare di quelli relativi a uno studio condotto nel 2016 e aggiornato al 2018 sulle disuguaglianze di salute in Toscana [22], realizzato con lo scopo di sopperire alla mancanza di rilevazioni sistematiche nazionali sulle disuguaglianze della popolazione e la loro influenza sullo stato di salute. Per la misura dello svantaggio *ARS* ha messo a punto un *Indice di Deprivazione*, ossia un indicatore composito costruito a partire dai dati del Censimento di popolazione (2001 e 2011), sintetizzati per sezione di censimento e riguardanti la struttura socio-demografica, la composizione abitativa e familiare. Gli indici utilizzati sono la percentuale di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare, di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione, di abitazioni in affitto, di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi e la densità abitativa. L'indice, così calcolato per ogni sezione di censimento Toscana, rappresenta lo scarto rispetto alla media regionale delle caratteristiche di deprivazione in studio. Per mezzo di un algoritmo di normalizzazione degli indirizzi di residenza, presenti all'anagrafe degli assistiti toscani, e la conseguente distribuzione degli stessi nelle sezioni di censimento di appartenenza, è possibile attribuire ai singoli individui - ad uso *proxy* - l'indice di deprivazione corrispondente.

Alle informazioni di tipo socio-economico lo studio ha associato i dati derivanti dai flussi informativi del Sistema Sanitario della Regione Toscana (mortalità, accessi al pronto soccorso, ospedalizzazioni, prestazioni ambulatoriali e farmaceutiche).

Il report dello studio, disponibile on-line, mostra i risultati relativi all'intera popolazione toscana. Ai fini della presente ricerca, *ARS* ha estratto i dati epidemiologici relativi alla popolazione da noi individuata e ci ha fornito le informazioni sugli indicatori che abbiamo ritenuto potessero darci informazioni utili per capire in che grado la popolazione residente a *Le Piagge* è più svantaggiata rispetto a Firenze e se ha risultati di salute peggiori.

Per definire le disuguaglianze all'interno del contesto cittadino, abbiamo utilizzato la popolazione residente totale di Firenze, la popolazione di Quartiere 5 (illustrazione 9)[5] e la popolazione dell'area nota come *Le Piagge*.

***Illustrazione 9*. Il Quartiere 5 di Firenze**

Per l'individuazione dell'area delle *Le Piagge* ci siamo avvalsi delle descrizioni relative alla costruzione della zona, che sin da subito ha avuto dei limiti ben definiti rispetto all'ambiente circostante. Ciò ci ha permesso di individuare le sezioni di censimento (illustrazione 10) da cui estrarre i dati.

[5] Fanno parte del Quartiere 5 le zone di Castello (Firenze) con la sua piana, Le Panche, Le Piagge, via Pistoiese, Il Poggetto, il rione Lippi-Tre Pietre, Firenze Nova, Novoli, Careggi, Piazza Leopoldo, Rifredi, piazza Dalmazia, il viale Giovanni Battista Morgagni, il rione Romito, Statuto, Piazza della Vittoria e i borghi storici di Brozzi e Peretola.

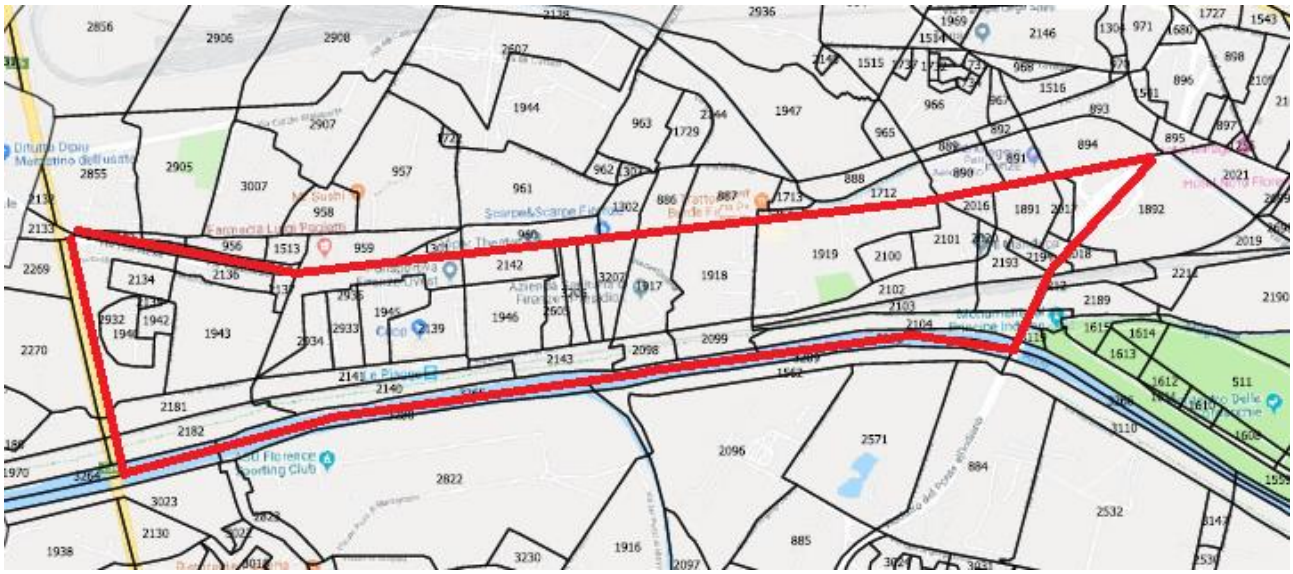


***Illustrazione 10*. Sezioni di censimento appartenenti all'area de Le Piagge (delimitata in rosso)**

L'indice di deprivazione, classificato in quintili, con valori da 1 a 5 (dal meno al più deprivato), è stato calcolato per tutte e tre le popolazioni individuate (Firenze, Quartiere 5 e *Piagge*).

Procedendo nell'inquadramento demografico, le popolazioni sono state analizzate per classe di età, sesso e provenienza.

Gli indicatori utilizzati per descrivere lo stato di salute sono stati la mortalità generale, le ospedalizzazioni e gli accessi in pronto soccorso.
Per dare consistenza ai risultati ottenuti, i fenomeni di mortalità, di ospedalizzazione e di accesso in pronto soccorso sono stati analizzati per un periodo temporale di 5 anni, partendo dall'analisi dei flussi informativi regionali (registro mortalità per causa, schede di dimissione ospedaliera *SDO* e flusso del pronto soccorso).

La popolazione di riferimento per il calcolo della mortalità è quella al 01/01/2011. Rispetto alla popolazione totale, il livello di copertura è dell'84%. La scelta della popolazione non è stata casuale, ma sono state tenute in considerazione le informazioni disponibili dal registro di mortalità per causa (l'ultimo aggiornamento disponibile è del 2015) e la consistenza delle stime, soprattutto per quanto riguarda il segmento di popolazione più piccolo (*Piagge*). Il fenomeno è stato quindi considerato nell'arco temporale 2011-2015.

Per quanto riguarda gli altri due flussi (*SDO* e pronto soccorso), la popolazione di riferimento è quella al 01/01/2013. In questo caso il dato dei rispettivi flussi era disponibile

anche per anni successivi al 2015 e perciò abbiamo considerato il periodo 2013-2017. Il livello di copertura della popolazione in questione, rispetto alla popolazione totale, è in questo caso del 94%.

I dati, per tutti i tre flussi, vengono presentati in due modi: tasso standardizzato diretto o tasso standardizzato indiretto (e le rispettive stime degli intervalli di confidenza).

Questo tipo di indicatori ci permette un confronto tra popolazioni, al netto di differenze di struttura per età.

Il tasso standardizzato diretto implica il confronto dei tassi ottenuti sulle singole popolazioni (Firenze, Quartiere 5 e *Le Piagge*) applicate ad una popolazione "terza", che nel caso specifico è stata la popolazione della Toscana 2001. Tutti i tassi vengono presentati moltiplicati per 100.000.

Il fenomeno è stato ritenuto statisticamente diverso quando gli intervalli di confidenza non hanno mostrato punti in comune.

In alcuni casi, però, l'utilizzo del tasso di standardizzazione diretto non è applicabile a causa di una casistica ridotta, che renderebbe le stime poco attendibili. Per risolvere questa problematica, è stato deciso di utilizzare la standardizzazione di tipo indiretto. La standardizzazione di tipo indiretto consiste nel calcolare i tassi specifici per età nella popolazione di confronto (solitamente la più numerosa) ed applicarla alla popolazione di interesse. Dopo aver svolto questo primo step, si calcola un rapporto tra i valori realmente osservati nella popolazione di interesse rispetto ad i valori attesi ottenuti nel primo step. Il tasso, solitamente, viene presentato moltiplicato per 100. Valori inferiori a 100 indicano che il fenomeno nella popolazione di interesse è meno frequente rispetto alla popolazione di riferimento e viceversa per valori superiori a 100. La differenza è stata definita statisticamente significativa, quando il valore 100 non è contenuto all'interno dell'intervallo di confidenza calcolato.

- ***Risultati***

Descrizione della popolazione

Presso Le Piagge la popolazione residente nel 2011 è pari a 5.486 persone. I residenti di Firenze sono 311.332, di cui 89.283 abitano nel Quartiere 5.

La popolazione de *Le Piagge* è composta per il 54% da donne e per il 46% da uomini (grafico 1). La distribuzione tra maschi e femmine è sostanzialmente sovrapponibile tra *Piagge*, Quartiere 5 e Firenze.

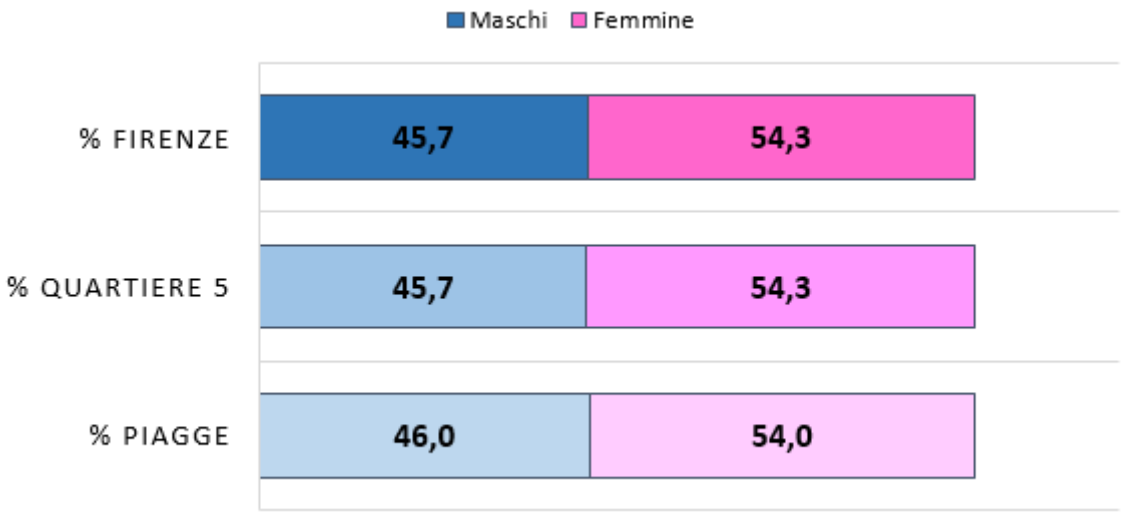


***Grafico 1*. Distribuzione della popolazione per sesso**

La distribuzione per fasce d'età (grafico 2) è sovrapponibile tra le tre popolazioni, con un 35% circa di persone con età compresa tra i 40 e i 64 anni.

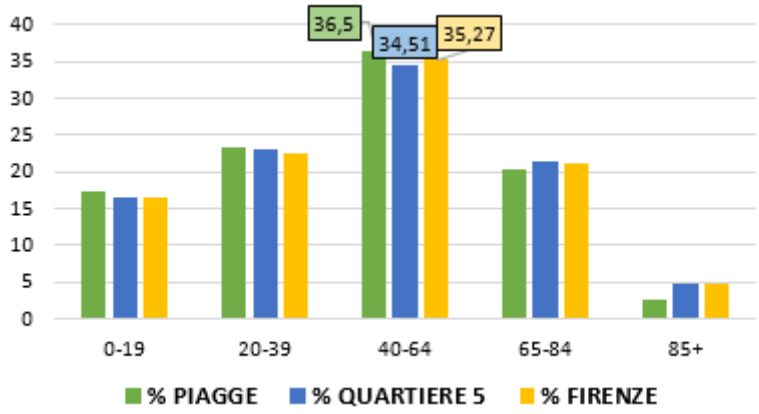


***Grafico 2*. Distribuzione della popolazione per fasce d'età**

La distribuzione non è del tutto analoga per quanto attiene alle persone con più di 85 anni di età, di cui si registra una maggior presenza a Firenze e nel Quartiere 5 (grafico 3).

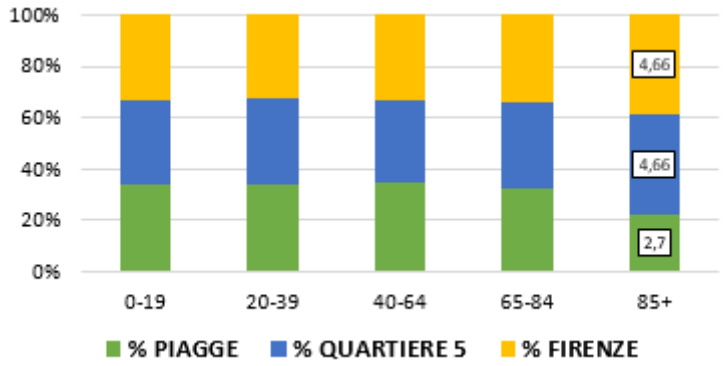


***Grafico 3*. Distribuzione della popolazione residente per area e per età x 100 abitanti**

Per quanto concerne la provenienza, si osserva una omogeneità nella distribuzione della popolazione italiana e straniera tra le tre aree, con l'84% della popolazione di origine italiana e il 14.5% di popolazione straniera presso *Le Piagge* (grafico 4). La popolazione straniera residente alle *Piagge* è superiore alla media italiana (8,5% al 1° Gennaio 2018) e toscana (10,9% al 1° Gennaio 2018).

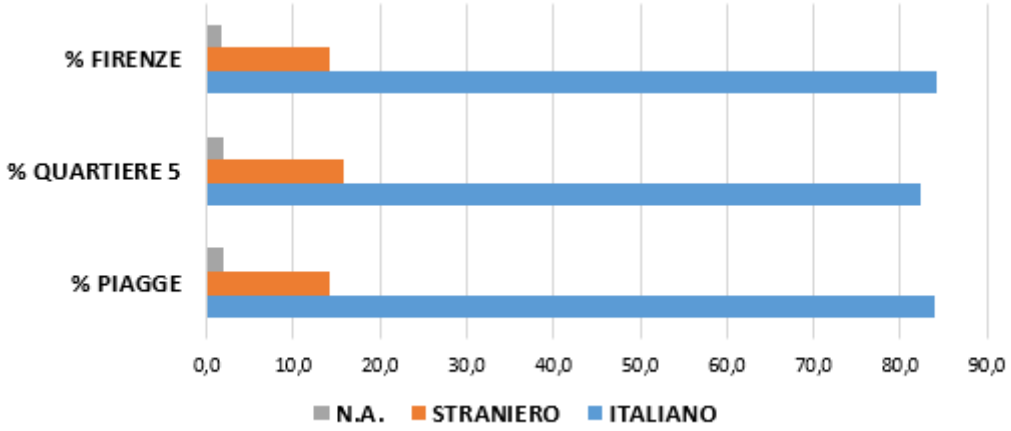


***Grafico 4*. Distribuzione della popolazione per cittadinanza**

Infine, abbiamo ottenuto la distribuzione della popolazione secondo l'indice di deprivazione (grafico 5). Ciò che si osserva è che presso *Le Piagge* c'è una più alta concentrazione di popolazione povera (barra rossa nel grafico), infatti vi troviamo quasi il doppio della popolazione più altamente deprivata (47% vs 25% a Firenze vs 27% nel Quartiere 5).

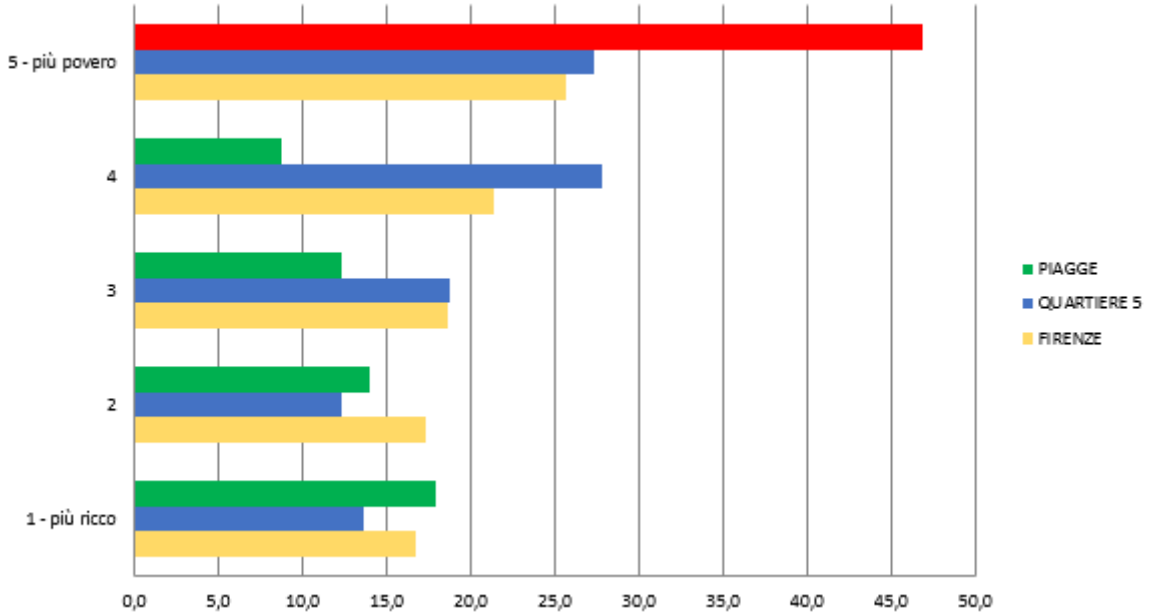


***Grafico 5*. Distribuzione della popolazione in quintili di deprivazione (1-più ricco e 5-più povero)**

La forbice sociale è molto più ampia per Le Piagge che per le altre zone; anzi, Firenze e Quartiere 5 hanno visto una ulteriore diminuzione del divario socio-economico nel periodo che va dal 2013 al 2017.

Mortalità generale

I primi e più importanti effetti delle documentate disuguaglianze economiche è l'aumento della mortalità a carico de *Le Piagge* (grafico 6). In particolare, muoiono di più le donne più altamente deprivate.

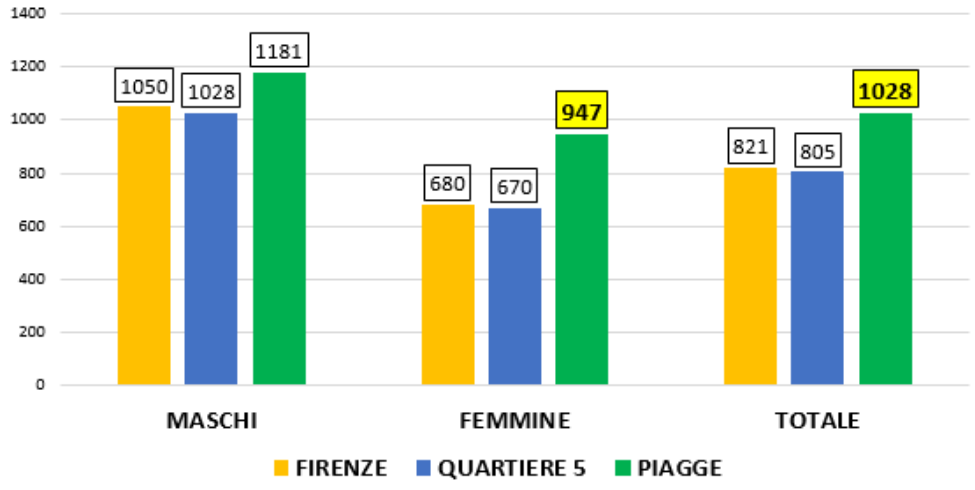


***Grafico 6*. Mortalità (tassi x 100.000)**

L’eccesso di mortalità totale è a carico della popolazione più deprivata (grafico 7). Essa è sostenuta dalla mortalità femminile, infatti, muoiono di più le donne più altamente deprivate (1074*100.000 vs 718*100.000 a Firenze vs 714*100.000 nel Quartiere 5).

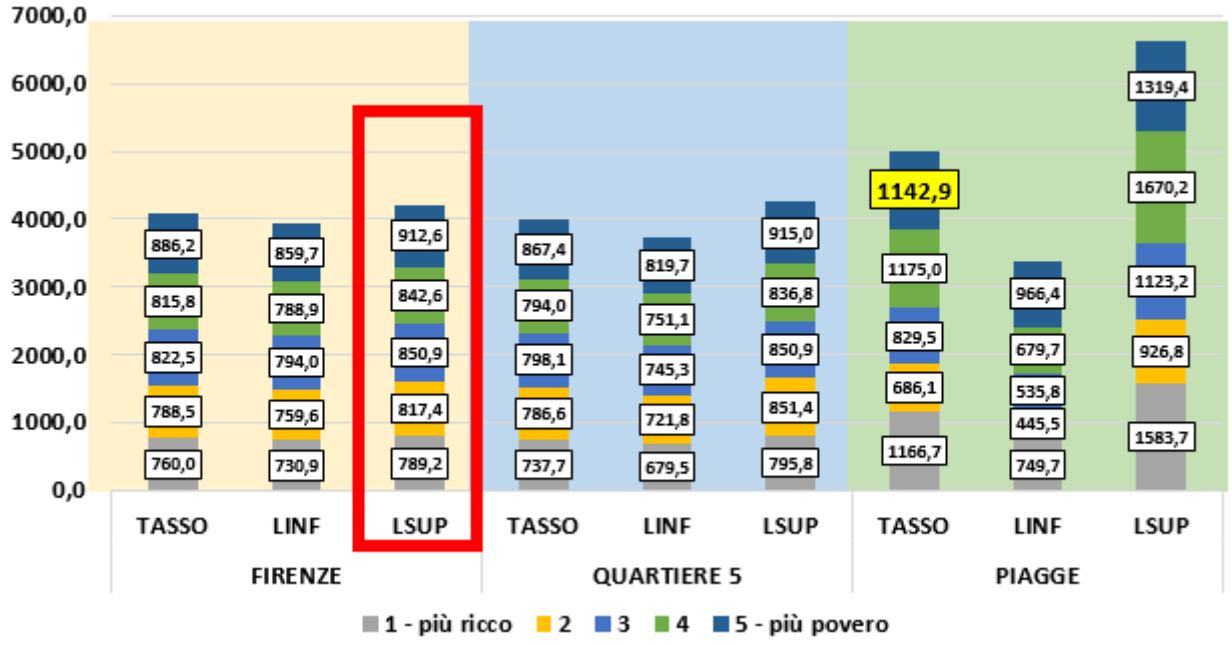


Grafico 7. **Mortalità totale per livello di deprivazione (tassi x 100.000)**

Se si vanno ad analizzare i tassi indiretti di mortalità per causa nel sesso femminile (grafico 8) e maschile (grafico 9), si osserva che le donne residenti a *Le Piagge* muoiono di più a causa di malattie respiratorie e del sistema nervoso (oltre il doppio dei decessi rispetto a Firenze e Quartiere 5).

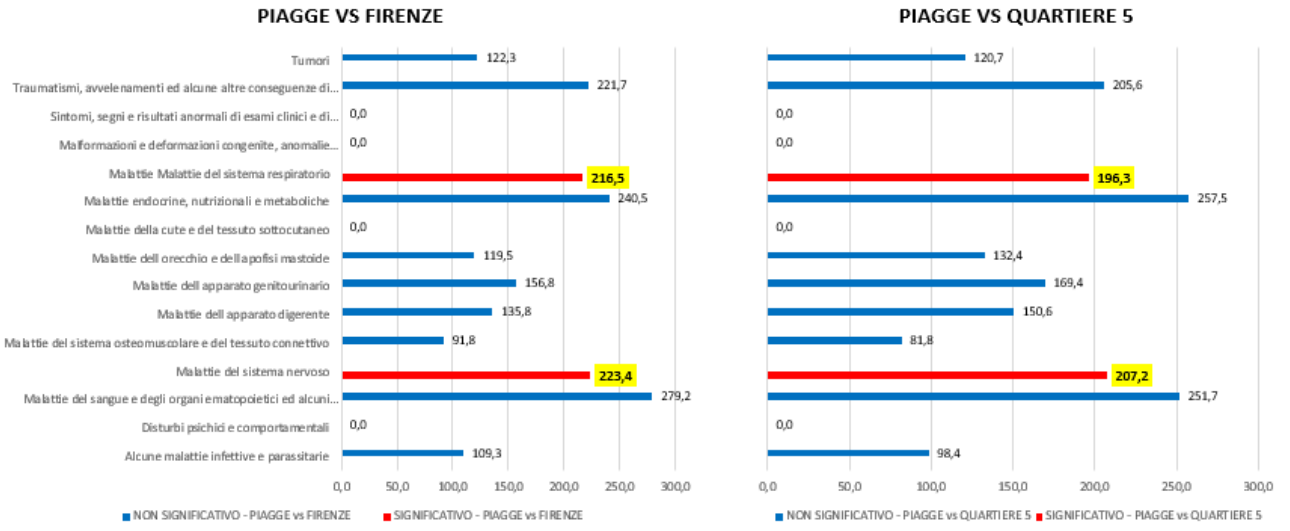


Grafico 8. **Tassi indiretti di mortalità per causa nel sesso femminile**

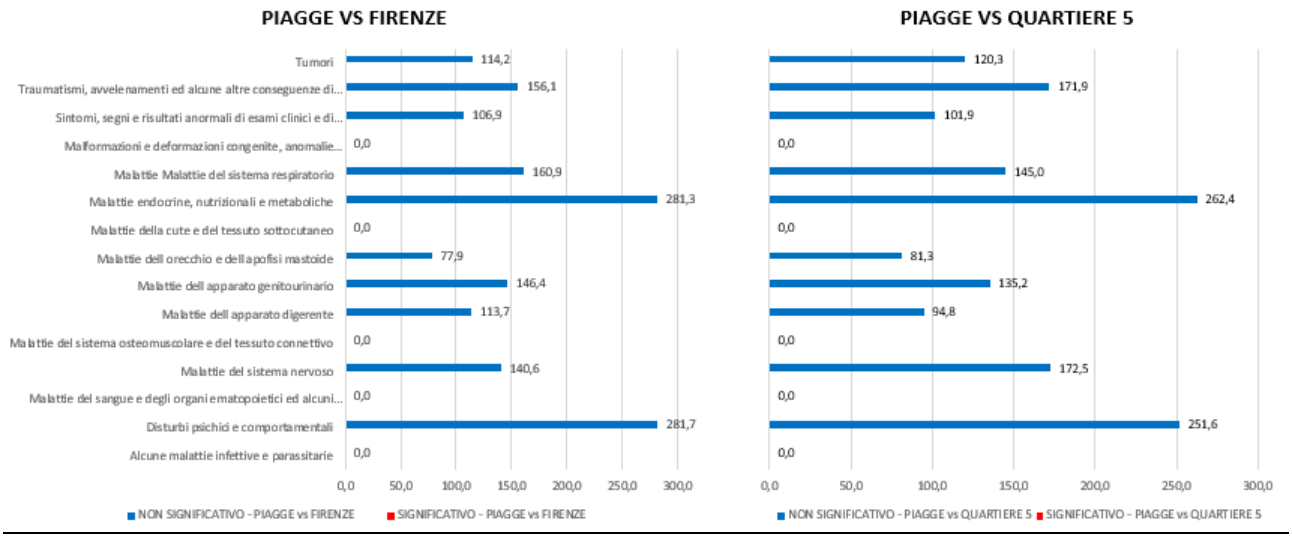


***Grafico 9*. Tassi indiretti di mortalità per causa nel sesso maschile**

Tra le cause di mortalità risultate significativamente in eccesso nella popolazione totale delle *Piagge* vi sono, oltre alle malattie respiratorie e del sistema nervoso, anche le malattie metaboliche e dovute a traumatismi e avvelenamenti (grafico 10).

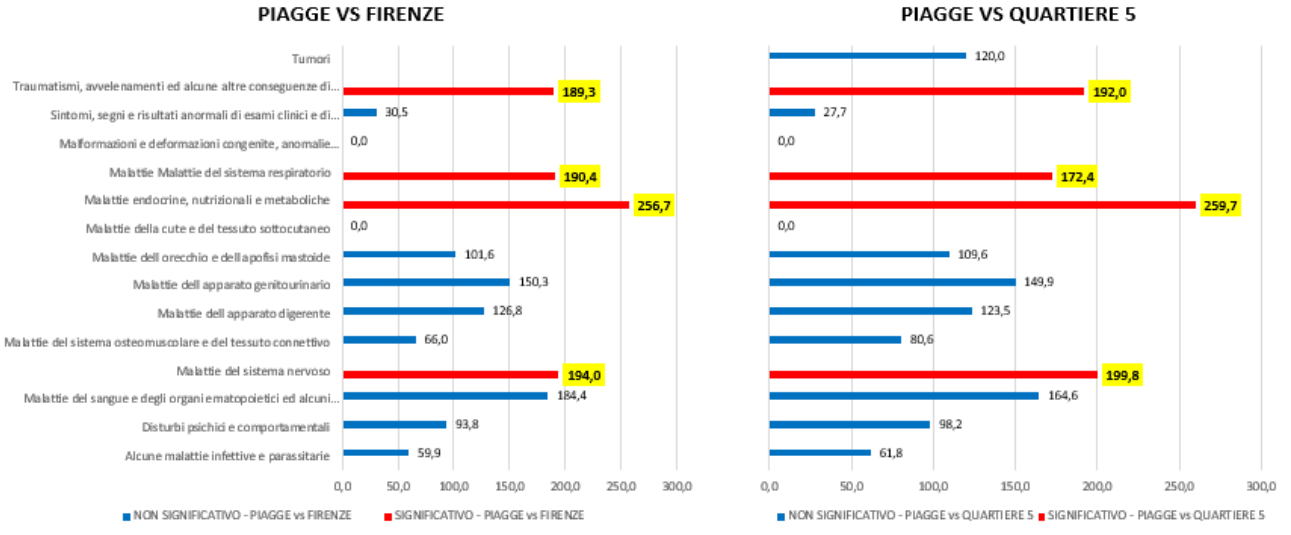


***Grafico 10*. Tassi indiretti di mortalità per causa nella popolazione totale**

Ospedalizzazioni

Le ospedalizzazioni sono state calcolate nel periodo che va dal 2013 al 2017. Per la popolazione delle *Piagge* vi è un alto tasso di ospedalizzazioni rispetto al Quartiere 5 e a Firenze (grafico 9).

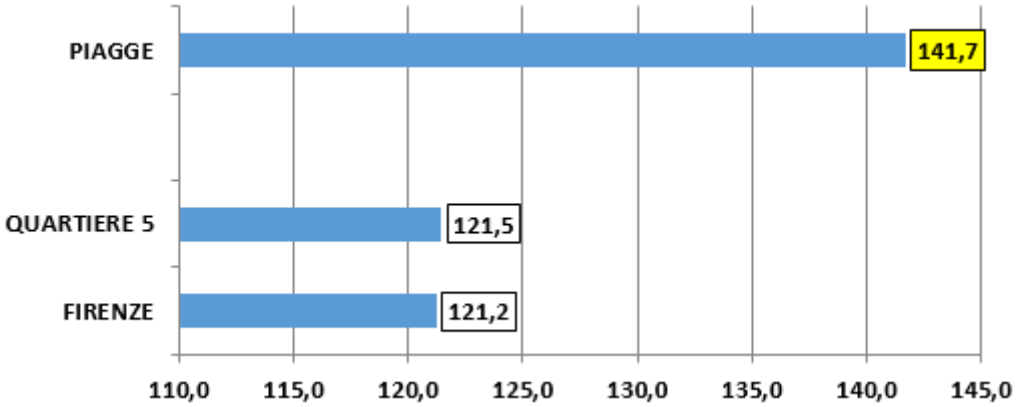


***Grafico 9*. Totale ospedalizzazioni (tassi x 1.000): confronto tra Piagge, Firenze e Quartiere 5**

Sia uomini che donne de *Le Piagge* subiscono un maggior quantitativo di ospedalizzazioni in maniera statisticamente significativa (145 x 1.000 donne, 142.7 x 1.000 uomini).

La distribuzione delle ospedalizzazioni in base alla classe di età mostra che tendenzialmente, a partire dai 45 anni, queste aumentano con il crescere dell'età in tutte le aree osservate, ma alle *Piagge* esse sono significativamente in eccesso rispetto a Firenze e al Quartiere 5 nelle fasce di età giovanile (dai 5 ai 19 anni), nell'età adulta (40-44 e 50-54 anni) e anziana ultrasettantacinquenne (grafico 15). L'eccesso di ospedalizzazioni è sostenuto in particolare dalle femmine, che vengono ricoverate in misura maggiore, con l'avanzare dell'età (grafico 16).

		TASSI PER CLASSE DI ETA' (x 1.000)								
		FIRENZE			QUARTIERE 5			PIAGGE		
SESSO	CLASSE_ETA	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP
TOTALE	0-4	40.8	39.2	42.3	41.1	38.2	43.9	48.9	36.0	61.8
	5-9	66.8	64.9	68.7	72.4	68.7	76.1	104.6	85.4	123.8
	10-14	73.8	71.7	75.8	81.5	77.5	85.4	100.7	84.2	117.2
	15-19	76.5	74.4	78.6	78.5	74.5	82.6	124.8	104.9	144.7
	20-24	64.9	63.0	66.7	64.5	61.0	68.0	73.3	59.2	87.5
	25-29	74.5	72.6	76.4	76.5	73.0	80.0	86.9	72.4	101.3
	30-34	90.2	88.3	92.1	95.7	92.2	99.3	91.4	77.0	105.8
	35-39	88.7	87.1	90.4	95.2	92.0	98.3	97.4	84.0	110.7
	40-44	76.4	75.0	77.9	79.2	76.5	82.0	101.9	88.3	115.5
	45-49	75.9	74.4	77.3	77.4	74.7	80.1	76.8	65.6	88.1
	50-54	97.9	96.2	99.7	100.3	97.0	103.6	119.9	105.2	134.6
	55-59	115.9	113.9	117.9	119.5	115.7	123.4	131.8	116.8	146.9
	60-64	129.5	127.4	131.7	133.6	129.5	137.7	137.7	123.0	152.5
	65-69	177.9	175.4	180.4	174.7	170.1	179.4	195.4	177.6	213.1
	70-74	205.7	203.0	208.5	198.7	193.7	203.6	219.8	199.1	240.5
	75-79	275.1	271.7	278.6	271.5	265.1	277.8	330.8	301.1	360.5
	80-84	307.9	304.0	311.8	287.5	280.4	294.5	394.7	354.5	434.8
	85+	392.3	388.1	396.5	351.4	344.0	358.8	455.4	409.5	501.3

***Grafico 15*. Ospedalizzazioni totali per classi di età (tassi x 1.000)**

		TASSI PER CLASSE DI ETA' (x 1.000)								
		FIRENZE			QUARTIERE 5			PIAGGE		
SESSO	CLASSE_ETA	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP
MASCHI	0-4	48.4	46.1	50.7	47.9	43.6	52.2	46.7	29.4	64.0
	5-9	78.8	75.9	81.6	82.9	77.5	88.4	112.7	84.7	140.8
	10-14	85.9	82.8	89.0	95.0	88.9	101.1	97.1	73.6	120.5
	15-19	80.2	77.1	83.2	77.8	72.2	83.5	164.3	130.7	197.9
	20-24	56.2	53.7	58.7	53.5	49.0	58.0	63.9	45.7	82.2
	25-29	44.4	42.2	46.5	44.0	40.2	47.8	49.0	33.4	64.6
	30-34	40.0	38.2	41.8	40.1	36.8	43.3	43.6	29.9	57.3
	35-39	44.2	42.5	45.9	51.5	48.1	54.9	76.1	59.8	92.5
	40-44	52.6	50.9	54.3	52.6	49.4	55.8	54.3	39.8	68.7
	45-49	68.4	66.4	70.3	64.7	61.1	68.2	66.1	51.1	81.0
	50-54	96.8	94.2	99.3	97.0	92.2	101.8	144.0	120.1	168.0
	55-59	128.5	125.3	131.6	130.0	124.0	135.9	129.5	107.8	151.3
	60-64	151.8	148.4	155.3	153.0	146.5	159.6	162.9	138.4	187.3
	65-69	207.0	202.9	211.0	200.7	193.2	208.2	210.3	182.8	237.8
	70-74	249.0	244.4	253.6	243.1	234.7	251.4	233.3	201.2	265.4
	75-79	339.5	333.6	345.5	338.8	327.7	349.9	381.4	333.7	429.1
	80-84	379.2	372.2	386.3	348.5	336.0	361.0	464.0	395.1	532.9
	85+	495.3	486.6	504.1	449.4	433.8	465.0	556.1	454.0	658.2

***Grafico 16*. Ospedalizzazioni per il sesso maschile e per classi di età (tassi x 1.000)**

		TASSI PER CLASSE DI ETA' (x 1.000)								
		FIRENZE			QUARTIERE 5			PIAGGE		
SESSO	CLASSE_ETA	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP
FEMMINE	0-4	32.5	30.5	34.5	34.2	30.5	37.9	51.4	32.0	70.8
	5-9	54.1	51.6	56.5	60.7	55.8	65.6	96.3	70.1	122.5
	10-14	61.0	58.3	63.6	67.9	62.7	73.0	104.1	80.8	127.3
	15-19	72.7	69.8	75.7	79.3	73.5	85.0	90.8	67.6	113.9
	20-24	73.6	70.7	76.4	75.8	70.4	81.2	83.6	61.7	105.5
	25-29	102.0	98.9	105.1	106.2	100.5	111.8	122.4	98.5	146.3
	30-34	138.0	134.8	141.3	147.0	141.0	153.1	145.0	118.6	171.4
	35-39	129.7	126.9	132.5	135.5	130.2	140.8	120.4	98.9	141.9
	40-44	98.2	95.9	100.5	104.0	99.6	108.3	144.0	121.8	166.2
	45-49	82.8	80.8	84.9	89.4	85.3	93.4	87.0	70.3	103.8
	50-54	99.0	96.6	101.4	103.3	98.6	107.9	100.0	81.9	118.1
	55-59	105.2	102.6	107.8	110.7	105.7	115.8	133.9	113.1	154.6
	60-64	111.3	108.6	114.0	117.7	112.4	122.9	118.5	100.3	136.7
	65-69	154.5	151.4	157.7	154.0	148.2	159.9	183.1	159.9	206.4
	70-74	173.2	169.9	176.5	165.1	159.1	171.1	209.1	182.1	236.1
	75-79	231.0	226.9	235.1	226.2	218.7	233.7	290.0	252.7	327.3
	80-84	263.9	259.3	268.5	250.0	241.7	258.3	348.7	300.0	397.4
	85+	350.3	345.6	355.0	311.6	303.4	319.9	422.4	371.4	473.4

***Grafico 17*. Ospedalizzazioni per il sesso femminile e per classi di età (tassi x 1.000)**

Un importante fattore che influenza il tasso di ospedalizzazione per i residenti de *Le Piagge* è la deprivazione (grafico 10). I più poveri si ospedalizzano, come minimo (*LINF* 158.1), in un numero molto più alto di quelli massimi di Firenze (*LSUP* 127.0).

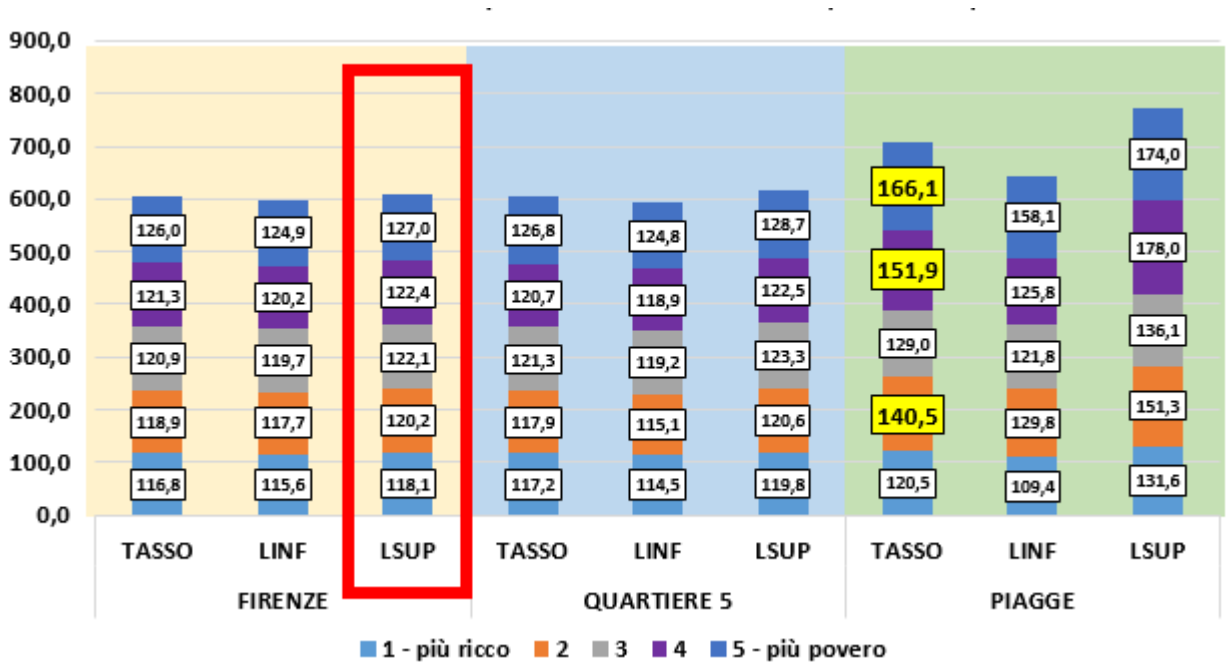


***Grafico 10*. Ospedalizzazioni totali per livello di deprivazione (tassi x 1.000)**

Andando a osservare le cause delle ospedalizzazioni (nel presente studio limitate alla prima causa) e facendo un confronto *Piagge* vs Firenze, si rileva un eccesso di

ospedalizzazioni totali (grafico 11) per le seguenti cause: tumori (+18% circa), malattie infettive e parassitarie (+39%), malattie del metabolismo (+43%), malattie dell'apparato respiratorio (+32%). Valori simili (eccetto che le malattie metaboliche) si osservano anche nel confronto *Piagge* vs Quartiere 5. Particolarmente rilevante è il dato sull'eccesso di disturbi psichici a *Le Piagge*: + 30% nelle donne rispetto a Firenze e ben il doppio negli uomini sia rispetto a Firenze che al Quartiere 5 (grafico 12).

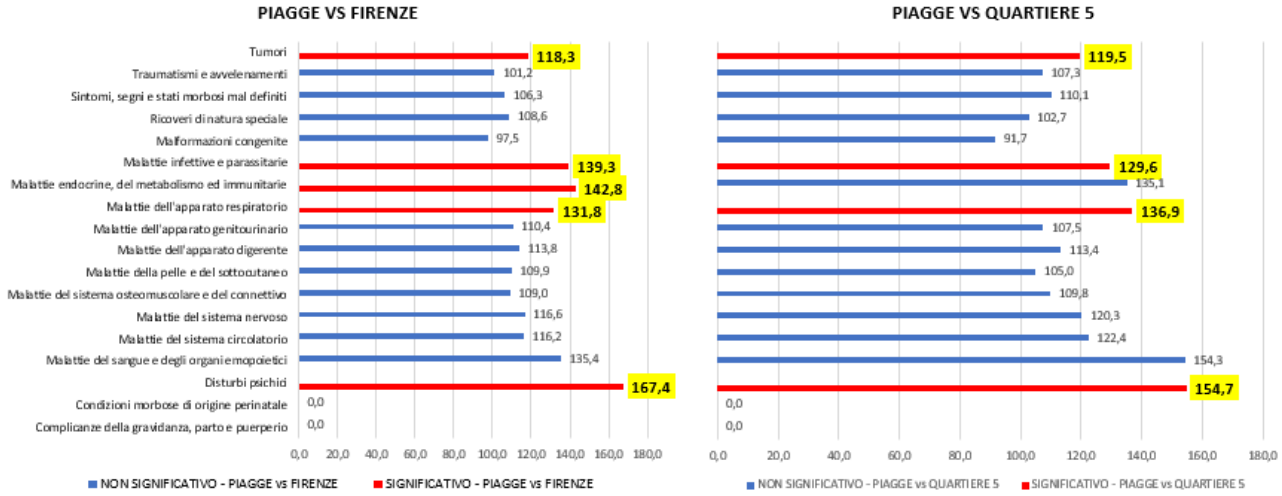


***Grafico 11*. Ospedalizzazioni totali 2013-2017 per causa (tassi indiretti)**

Inoltre, è possibile osservare che le donne de *Le Piagge* si ammalano di più di malattie dell'apparato digerente (+30% rispetto a Firenze e +27% rispetto al Quartiere 5), del sistema nervoso (+27% vs Firenze e +29% vs Quartiere 5) e del sistema circolatorio (+31% vs Firenze e +41% vs Quartiere 5). Presentano anche il 13% in più di disturbi della gravidanza e del puerperio rispetto alle donne di Firenze (grafico 13).

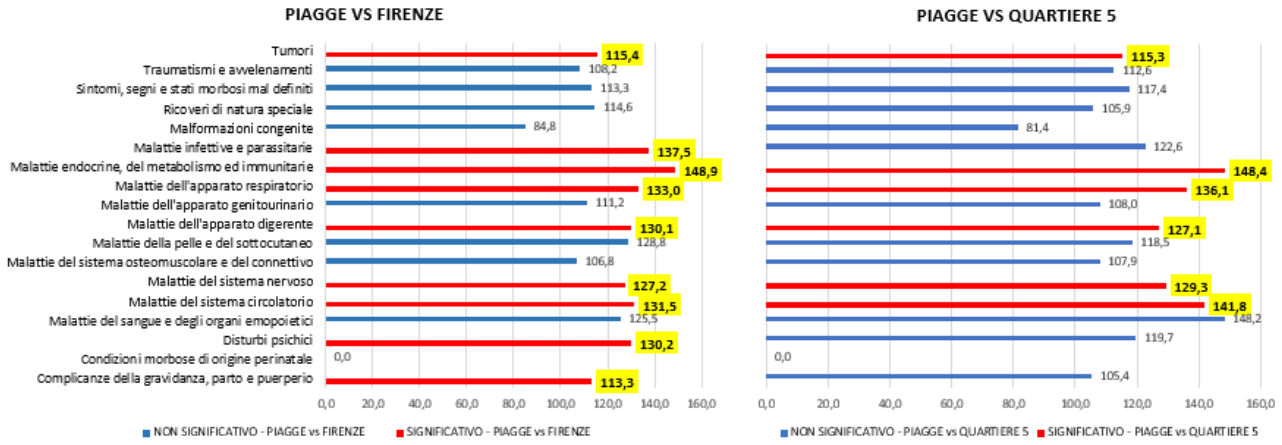


***Grafico 12*. Ospedalizzazioni nel sesso femminile 2013-2017 per causa (tassi indiretti)**

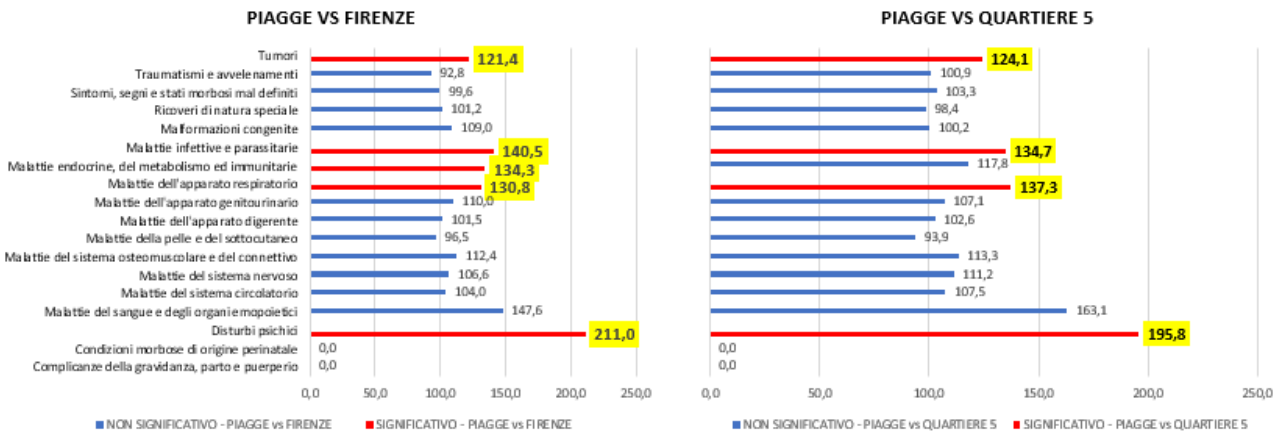


***Grafico 13*. Ospedalizzazioni nel sesso maschile 2013-2017 per causa (tassi indiretti)**

Prendendo in esame le ospedalizzazioni per patologie alcool-correlate (soltanto prima causa) della popolazione de *Le Piagge*, si osserva un preoccupante aumento statisticamente significativo a carico del sesso femminile: quasi il triplo rispetto a Firenze e più del triplo rispetto al Quartiere 5 (grafico 14).

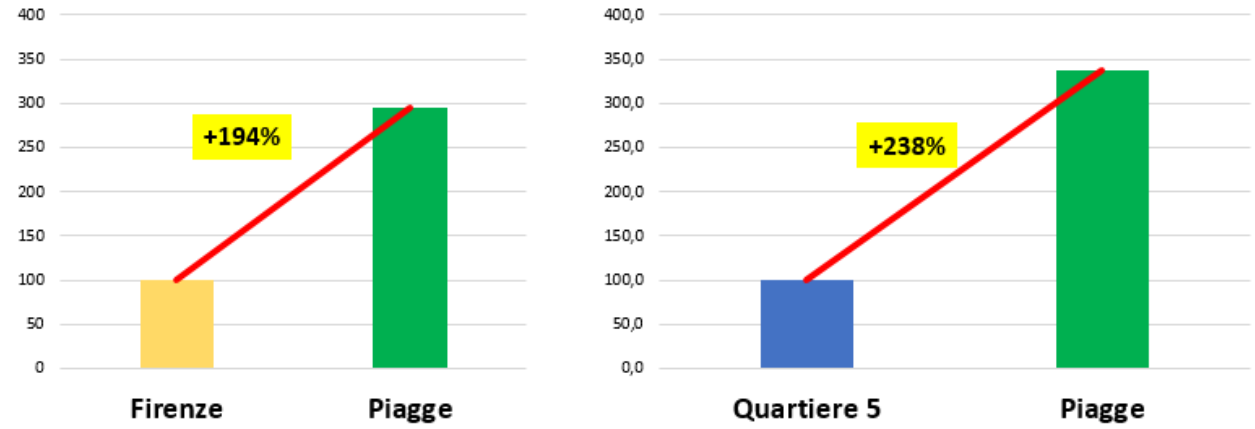


***Grafico 14*. Ospedalizzazioni per patologie alcool correlate nel sesso femminile (tassi indiretti)**

Riassumendo, le persone più altamente deprivate vanno incontro a un maggior numero di ricoveri, per la maggior difficoltà a gestire a domicilio la persona. E' ragionevole supporre che le malattie psichiatriche costituiscano un ulteriore elemento di difficoltà nel curare a casa una persona.

Per quanto concerne la degenza media (grafico 18) i maschi delle *Piagge* e del Quartiere 5 mostrano un aumento dei tempi di ricovero. Al contrario, le femmine delle stesse aree mostrano di poter usufruire di un numero di giorni di degenza mediamente inferiore rispetto alle donne di Firenze.

In generale, è interessante notare la brevità dei giorni di ricovero, per le donne sui 4,5 giorni, in totale sui 5 giorni.

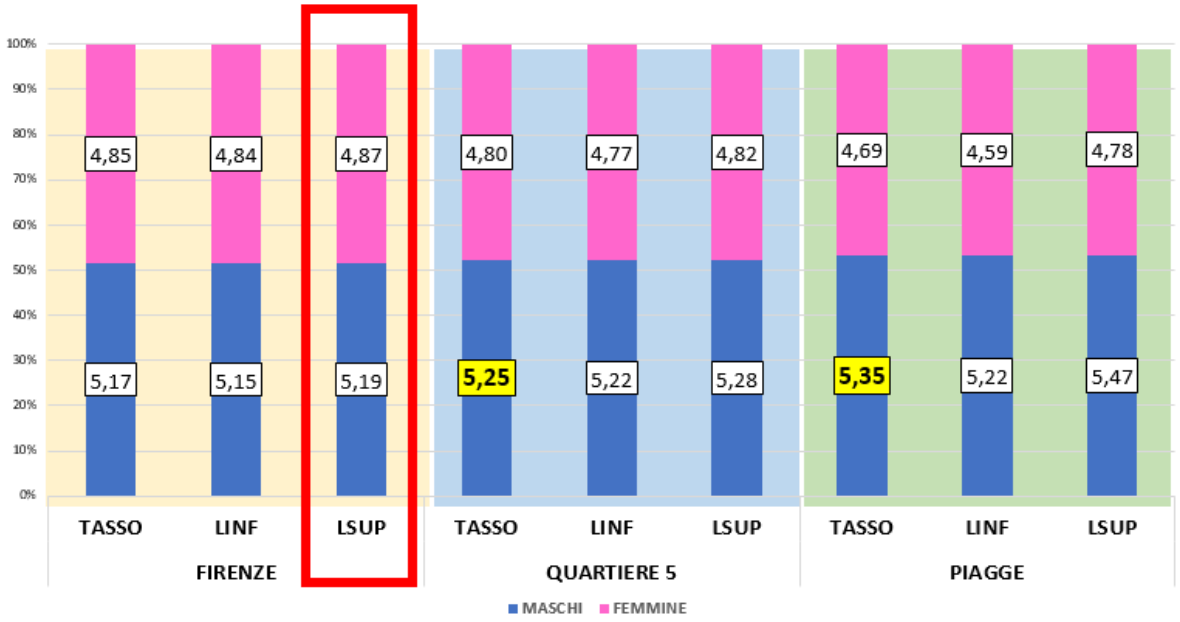


***Grafico 18*. Degenza media**

Utilizzo del pronto soccorso

E' stato valutato l'utilizzo del pronto soccorso negli ospedali del territorio fiorentino (Careggi, Torregalli, *OSMA* e *SMN*) nel periodo compreso tra il 2013 e il 2017. Gli accessi in pronto soccorso risultano significativamente maggiori per la popolazione de *Le Piagge*, sia per i maschi che per le femmine (grafico 19).

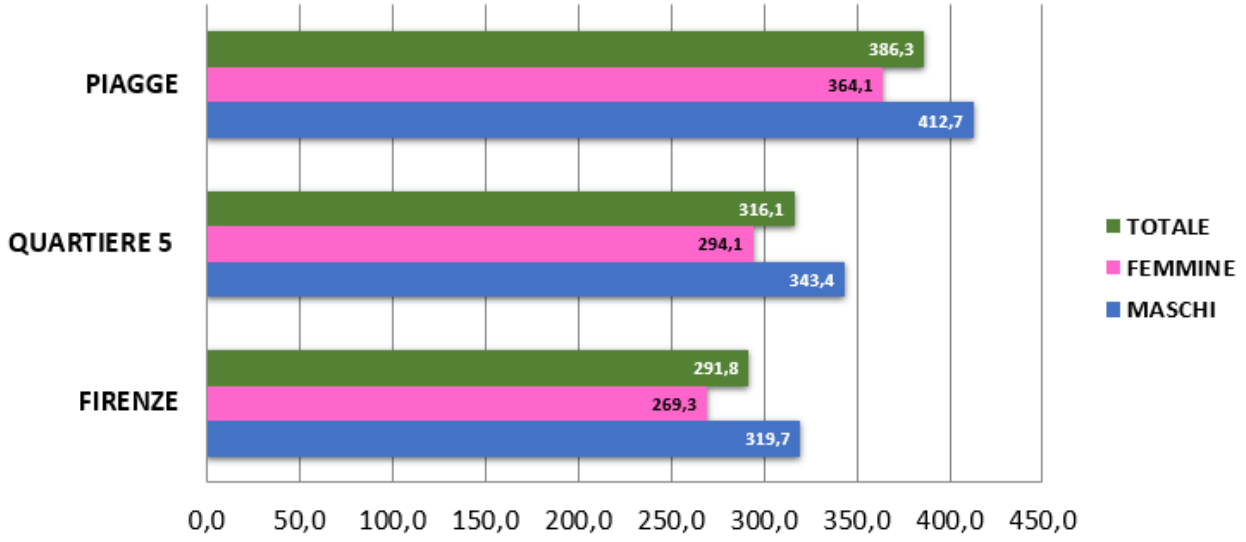


***Grafico 19*. Accessi in Pronto Soccorso di maschi, femmine e popolazione totale (tassi x 1.000)**

Tutte le fasce di età della popolazione residente alle *Piagge* accedono in *PS* con una maggiore frequenza rispetto a Firenze (grafico 20). In particolare, vi è una grande differenza nel numero di accessi che coinvolgono la popolazione anziana ultraottantacinquenne (a *Le Piagge* vi sono un minimo di 1008 accessi contro un massimo di 786 accessi a Firenze).

		TASSI PER CLASSE DI ETA' (x 1.000)								
		FIRENZE			QUARTIERE 5			PIAGGE		
SESSO	CLASSE_ETA	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP	TASSO	LINF	LSUP
TOTALE	0-4	211.8	208.3	215.3	231.3	224.5	238.0	254.2	224.8	283.7
	5-9	303.4	299.4	307.5	348.2	340.1	356.3	403.7	366.0	441.4
	10-14	324.7	320.4	328.9	364.3	355.9	372.8	366.2	334.7	397.7
	15-19	293.2	289.1	297.3	314.3	306.3	322.4	371.9	337.5	406.3
	20-24	268.7	264.8	272.5	295.4	287.8	302.9	337.4	307.0	367.7
	25-29	241.4	237.9	244.8	245.5	239.3	251.8	348.1	319.2	377.0
	30-34	218.6	215.7	221.5	243.1	237.5	248.7	306.8	280.4	333.2
	35-39	211.5	208.9	214.0	228.3	223.4	233.2	308.8	285.0	332.6
	40-44	231.4	228.8	233.9	250.3	245.4	255.2	357.5	332.1	383.0
	45-49	241.6	239.0	244.1	260.8	255.9	265.8	279.4	257.9	300.9
	50-54	270.8	267.8	273.7	296.7	290.9	302.4	355.5	330.2	380.8
	55-59	274.9	271.8	278.0	300.5	294.4	306.7	330.1	306.3	353.8
	60-64	259.8	256.7	262.8	289.6	283.5	295.6	317.5	295.1	340.0
	65-69	295.4	292.2	298.7	317.6	311.3	323.9	349.5	325.7	373.2
	70-74	320.9	317.5	324.3	338.5	332.0	344.9	414.7	386.3	443.2
	75-79	458.3	453.9	462.7	498.8	490.2	507.3	621.5	580.8	662.1
	80-84	558.0	552.7	563.2	608.6	598.4	618.9	891.5	831.1	951.8
	85+	780.2	774.3	786.1	805.9	794.7	817.1	1079.5	1008.8	1150.2

***Grafico 20*. Tassi di accesso in pronto soccorso per classe di età nella popolazione totale**

Correlando gli accessi in *PS* con il livello di deprivazione, si osserva un eccesso di accessi per la popolazione delle *Piagge* per tutti i livelli, con un trend in aumento all'aumentare della povertà (grafico 21).

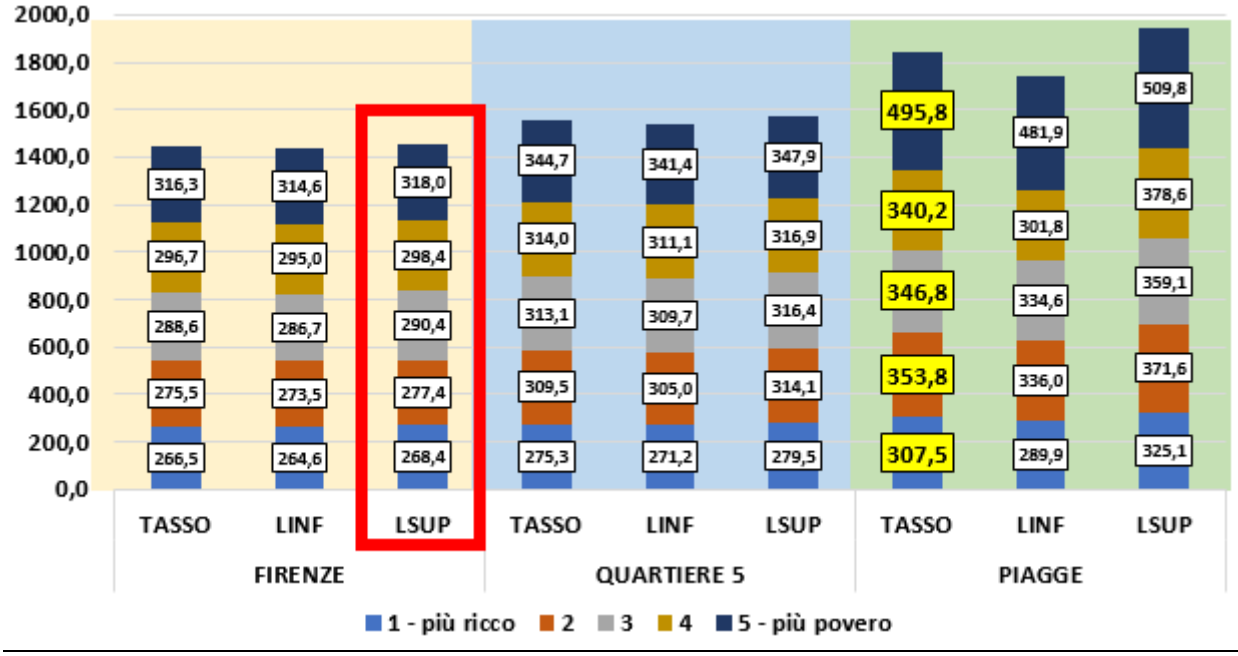


Grafico 21. Accessi in pronto soccorso per livello di deprivazione (tassi x 1000)

Per quel che riguarda le cause di accesso in pronto soccorso, troviamo un vasto numero di condizioni che sono maggiori alle *Piagge* rispetto a Firenze e al Quartiere 5 (grafico 22). Colpiscono tra queste l'eccesso di accessi per disturbi psichici (+79% rispetto al Quartiere 5 e prevalentemente a carico della popolazione maschile) e per malattia tumorale (+50% rispetto al Quartiere 5).

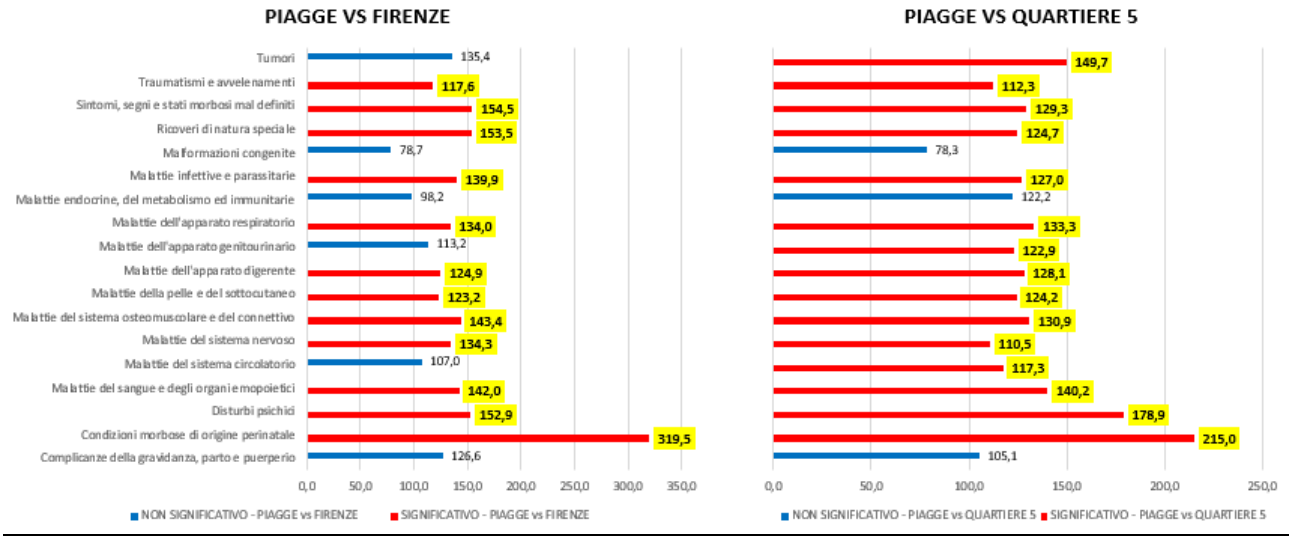


Grafico 22. Tassi indiretti di accessi in pronto soccorso per causa nella popolazione totale

E' stata fatta una valutazione della gravità clinica delle condizioni che arrivano in pronto soccorso (*PS*). Come sappiamo, la classificazione del codice di accesso al *PS* per

colore è una procedura standardizzata che attribuisce al paziente in immediato pericolo di vita il colore rosso; al paziente in potenziale pericolo di vita il colore giallo; alla persona con un problema acuto ma non critico il colore verde; alla persona con un colore acuto di scarsa rilevanza clinica il colore azzurro e, infine, laddove è presente un problema non acuto di minima rilevanza, il colore bianco.

Pur sapendo che le persone più deprivate accedono di più in *PS*, la gravità delle loro condizioni di salute non è maggiore. Indipendentemente dal livello di deprivazione la maggior parte degli accessi sono acuti, ma non critici e quindi differibili (grafico 23).

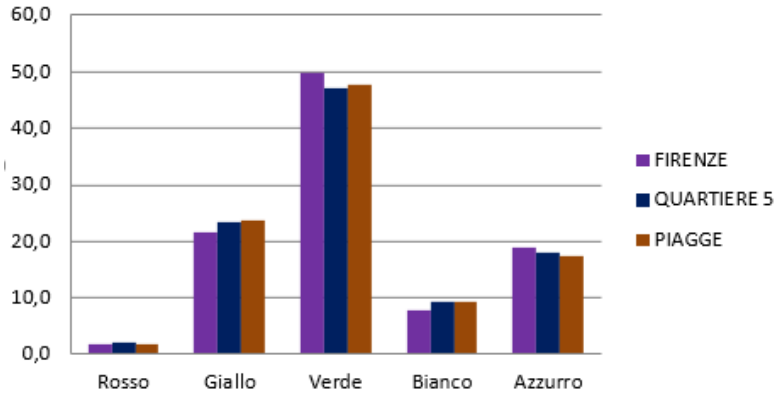


Grafico 23. Accessi in PS per codice colore

- **Focus Group**

Allo scopo di interpretare i risultati emersi dallo studio e individuare più accuratamente i bisogni di salute degli abitanti de *Le Piagge*, è stato organizzato un *focus group* con 12 partecipanti, scelti sulla base dell'interesse per i risultati dello studio e per la prossimità con il territorio oggetto di indagine. I partecipanti sono stati: quattro medici di medicina generale (tre dei quali lavorano o andranno a lavorare presso la *Casa della Salute* di Via dell'Osteria), due operatrici sociali che si occupano della domiciliarità presso *Le Piagge*, due mediche in formazione in medicina generale, uno studente di medicina, un medico igienista e due mediche specializzande di igiene.

La prima impressione condivisa nel *focus group*, dopo la presentazione dei risultati, è stata che questi in parte erano attesi e in parte no. Atteso è il fatto che a condizioni di svantaggio sociale si associno disuguaglianze in salute, tuttavia la descrizione macroscopica che solitamente caratterizza gli studi epidemiologici (come quello di *ARS* del 2016 sulla popolazione toscana o lo studio longitudinale toscano) non fa emergere situazioni come quella de *Le Piagge*, che invece meritano una particolare attenzione. La

progettualità delle cure primarie dovrebbe essere basata su una approfondita conoscenza del proprio territorio e, nel focus group, è stato condiviso che questo studio suggerisce che l'epidemiologia da sviluppare in futuro è quella cosiddetta "di prossimità" (che si avvale di teorici quali Nancy Krieger, Michael Oakes[6] e fonti di ispirazione come Milton Santos[7]).

A proposito della descrizione generale della popolazione de *Le Piagge* è stato osservato che non è infrequente per i medici di medicina generale visitare persone straniere senza la residenza, ma che abitano nella zona. Queste, per quanto siano una minoranza, costituiscono un carico assistenziale non indifferente, date le problematiche socio-economiche che contribuiscono alla complessità di gestione clinico-assistenziale. Come precedentemente ricordato, lo studio epidemiologico non comprende le persone non residenti.

Viene anche osservato, da parte dei medici di medicina generale, che in una realtà con una percentuale di popolazione straniera residente superiore alla media nazionale e toscana, sono necessarie competenze cliniche, comunicative e relazionali differenti. In particolare, si denuncia la mancanza di un servizio di mediazione culturale nella *Casa della Salute*, di cui i medici di famiglia possano avvalersi.

Una prima evidenza oggetto di discussione è stata l'aumentata mortalità a carico delle donne. A spiegare il risultato concorrono una serie di osservazioni emerse dai diversi partecipanti. Sia i medici di medicina generale che le assistenti sociali hanno condiviso la loro esperienza a contatto con famiglie in cui le donne rappresentano la figura *care giver* principale, sia del marito che dei figli, occupazione spesso gravosa che si somma all'occupazione, quando presente, e le assorbe in maniera importante.

I medici di medicina generale hanno anche riportato l'esperienza di aver prescritto degli esami diagnostici ad alcune donne, madri di famiglia, che non li hanno eseguiti: un esempio riguarda la prescrizione di una spirometria globale che la persona avrebbe dovuto fare all'*IOT* di Firenze (dall'altra parte della città rispetto a *Le Piagge*), facendo supporre che la lontananza dei presidi e la indisponibilità di patente di guida o autoveicolo per gli spostamenti (che si sommano a una agenda già affollata di impegni familiari) costituiscano un ostacolo.

[6] Autori di pregiati testi, tra cui rispettivamente: "Epidemiology and the peoples's health. Theory and context" (2011) e "Methods in social epidemiology" (2006)

[7] Pensatore brasiliano, padre della geografia critica, la cui eredità è stata raccolta in "Milton Santos: a pioneer in critical geography from the global south", pubblicato da Springer International Publishing nel 2017

Una medica specializzanda in igiene ha riportato le sue conoscenze di precedenti studi, che documentano una ridotta disposizione alla cura di sé nel genere femminile. Anche il livello di istruzione è positivamente correlato con un minor accesso ai servizi sanitari.

Sono stati infine condivisi i risultati di una ricerca qualitativa svolta nel 2000 dalla Dott.ssa Manuelli (già citata precedentemente nella tesi). Questa ha svolto una ricerca campionaria su 52 famiglie (40 nuclei residenti in case popolari e 12 in case private) e delle interviste che hanno mostrato dei dati interessanti sul significato dell'essere madre e donna a *Le Piagge*. Alcuni numeri significativi dicono che il 30% delle madri che abitano in case popolari fa la casalinga, mentre altri lavori diffusi sono per il 16% nelle pulizie (in imprese o a domicilio), impiegata (11%), bidella, operaia e artigiana (5%). I lavori di pulizia nelle case sono spesso a nero o nelle imprese a tempo determinato. Dai questionari è emerso che nessuna donna che abita in case popolari fa lavori autonomi e le necessità economiche, anziché elementi di autorealizzazione, dettano gli sforzi lavorativi. La difficile gestione delle dinamiche familiari, che nell'esperienza dei partecipanti al focus group è conflittuale, spiega facilmente lo scivolamento verso la depressione e il diffondersi dell'etilismo, che spesso rimane una problematica celata dentro le mura domestiche.

Per quanto attiene agli accessi in *PS*, la medica di medicina generale che lavora alle *Piagge* da più tempo ha condiviso l'impressione che gli accessi ambulatoriali per acuzie siano troppo pochi, per cui abbiamo ipotizzato che le persone, abituate così o per una difficoltà a recarsi in ambulatorio in orario diurno, si rivolgano direttamente al pronto soccorso. La copertura dell'intera giornata non è ancora possibile da realizzare poiché alla *Casa della Salute* non vi sono sufficienti medici. E' apparso inoltre necessario lavorare affinché la *Casa della Salute* diventi un punto di riferimento noto e facilmente accessibile, la cui risolutività permetta di sostituirsi al pronto soccorso per tutti i bisogni gestibili a livello di cure primarie.

In merito alle ospedalizzazioni è stata condivisa la necessità di rafforzare la sanità di iniziativa e la proattività delle cure socio-sanitarie. Essendo la realtà de *Le Piagge* dominata da una chiusura verso l'esterno e da situazioni di familismo (come descritto nel primo paragrafo del terzo capitolo), sarebbe importante riuscire a penetrare nel tessuto familiare e comunitario per essere più incisivi nel coinvolgere le persone nella cura di sé e nella condivisione delle scelte riguardanti la progettualità comunitaria in salute. A questo proposito sono stati significativi gli interventi delle operatrici sociali, il cui lavoro è

caratterizzato da una costante prossimità con gli assistiti e con le famiglie nei loro ambienti di vita. Dalla descrizione dei loro compiti è emersa l'utilità di una figura che conosca la realtà delle zone del quartiere e dei condominii, che conosca le persone, in modo da sapere a chi fare riferimento nella rete informale (oltre che formale) in caso di necessità, che sappia rilevare, o avere notizie rapidamente circa eventuali modifiche nello stato di salute delle persone, in modo da intervenire prima che la situazione diventi ingestibile.

Degli esempi di situazioni in cui una conoscenza di rete avrebbe evitato una escalation, li porta una medica di medicina generale, che racconta che poco tempo prima, nello stesso giorno, si era trovata ad affrontare due situazioni estreme. Prima, vedendo che una paziente non si era presentata all'appuntamento e colta da uno strano presentimento, la medica aveva chiamato a casa, senza ricevere risposta. Recatasi poi sul posto ha trovato la donna riversa in una pozza di vomito, incosciente per la quantità di pillole che aveva deglutito a scopo suicidario. Successivamente aveva dovuto gestire un paziente con disturbo psichiatrico noto, che minacciava di buttarsi dalla finestra dello stabile sanitario. In queste situazioni, se una persona, al corrente dell'aggravarsi delle condizioni psico-fisiche di un assistito, avesse avuto un punto di riferimento, una figura o un servizio, presso cui recarsi per attivare gli aiuti, ciò avrebbe potuto fare la differenza. In tal senso, è emersa la necessità, da parte dei medici presenti, di conoscere le realtà di volontariato presenti in zona, in modo da creare, o rafforzare, le connessioni con i servizi formali e creare una rete di sicurezza intorno alle persone più fragili.

E' stata anche suggerita l'utilità di uno spazio di riflessione tra più figure professionali coinvolte nell'assistenza primaria, con cui ripercorrere i vari passaggi dell'assistenza a una persona allo scopo di individuare cosa non ha funzionato e sviluppare competenze e trovare soluzioni creative per migliorare.

Per quanto riguarda le patologie per cui le persone si rivolgono più frequentemente al pronto soccorso e vengono ospedalizzate, la diffusione dei disturbi psichici ha sorpreso tutti tranne i medici di medicina generale. Questi hanno condiviso, in particolare, la difficoltà di gestione degli ultrasessantacinquenni con disagio psichico, comparso ex novo o più frequentemente cronicizzato, i quali non sono seguiti dal *Centro di Salute Mentale*, poiché questo non prevede l'assistenza all'anziano.

Un tema correlato emerso dal gruppo è l'esposizione della popolazione più fragile al gioco d'azzardo, che nella realtà de *Le Piagge* è molto diffuso. Accanto alla principale farmacia di zona, porta a porta con gli ambulatori medici, vi è un esteso spazio dedicato alle *slot machine*, con i vetri oscurati.

Sala slot in Via Pistoiese. Foto di *Simone Luca Pierotti*.

Circa la diffusione di malattie croniche, è emerso il carico assistenziale che grava sui medici di medicina generale che iniziano a lavorare nel quartiere e ricevono persone con situazioni di salute non precedentemente inquadrate o con terapie vetuste e da modificare. Una medica ha condiviso che spesso deve prestare attenzione a non fare diagnosi di troppe malattie in una volta sola, per evitare che la persona "entri sana in ambulatorio ed esca malata"; ciò chiaramente richiede di rivedere la persona, di seguirla nel tempo, progressivamente inquadrandola e se necessario facendo accertamenti. Di recente, questa stessa medica ha raccontato di essere stata richiamata poiché ha avuto un eccesso di spesa rispetto al resto della *AFT*, che è associata a quella di Porta Romana (un quartiere benestante). Ha espresso la sua perplessità circa le modalità con cui si valuta la spesa e ha chiesto se questa venga correlata ai bisogni degli assistiti. I medici igienisti hanno confermato che così non è, dato che attualmente i riferimenti per la spesa sono gli stessi per tutte le AFT, a prescindere dai bisogni e dal carico di malattia degli assistiti.

L'ultima parte del *focus group* è stata dedicata alle modalità con cui sviluppare la ricerca ed è stata condivisa la necessità di approfondire i risultati emersi, in particolare quello riguardante l'aumentata mortalità femminile. Sulle modalità di ricerca, è stata ritenuto utile sviluppare metodiche qualitative, che vadano a esplorare le relazioni tra le persone e i servizi di cure primarie, che si celano dietro ai numeri e che possano aiutare non solo a creare progettualità, ma a far sentire la popolazione più partecipe del

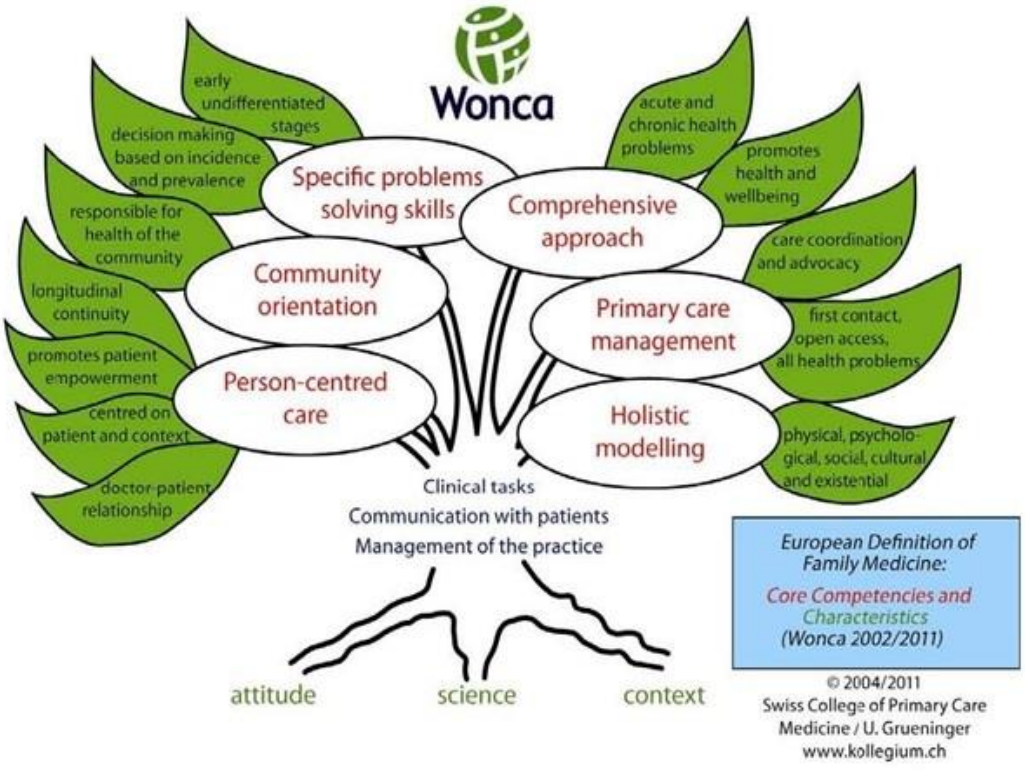
modellamento dei percorsi di cura sui propri bisogni. Ciò potrebbe aiutare l'adesione ai progetti e la fiducia nei servizi, che è tutta da conquistare.

E' inoltre emersa la richiesta di sviluppare un sistema di monitoraggio delle progettualità che verranno sviluppate nella *Casa della Salute*, in modo da verificarne l'efficacia. Ancora a proposito di valutazione dei risultati, i medici di medicina generale hanno espresso il desiderio di essere valutati non solo sulla spesa, ma sulla effettiva risposta ai bisogni, e di creare un percorso di approfondimento dei criteri di valutazione della performance della *AFT* e della allocazione delle risorse in base ai bisogni di salute degli assistiti.

3.5 Il ruolo della Medicina Generale nel contrasto alle disuguaglianze in salute: verso nuovi scenari di cura

Secondo la definizione europea della medicina generale proposta da *WONCA* [75], si nota come la conoscenza del contesto, insieme con quella scientifica e attitudinale, sia alle radici della professione, così come l'approccio "*comprehensive*", il coordinamento delle cure e *l'advocacy* in favore dei propri pazienti, sono caratteristiche nucleari della medicina generale. Laddove esistono disuguaglianze in salute è compito dei medici di medicina generale attivarsi affinché si elaborino delle soluzioni, dal livello istituzionale fino

a quello delle prassi quotidiane.



L'ALBERO WONCA
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie
(riveduto nel 2011)

Per promuovere una cultura delle cure primarie e l'innovazione dell'organizzazione e della produzione assistenziale, è prima necessario un posizionamento etico nei confronti dei grandi temi e delle profonde trasformazioni che attraversano la società odierna. A seconda della posizione assunta discendono infatti modelli di *Casa della Salute* (CdS) differenti e diversi tipi di funzionamento delle pratiche di lavoro al suo interno.

Se si afferma di voler fare riferimento ai valori etici espressi dalla *Dichiarazione di Alma Ata* e della *Carta di Ottawa*, a ciò devono seguire un impegno e azioni di cambiamento coerenti. Esiste un'abbondante letteratura, citata nel presente lavoro di tesi, che può orientare i cambiamenti più urgenti e basilari per l'adeguamento dei nostri servizi agli standard di riferimento; tuttavia, una quota parte dell'impegno riguarda l'adattamento del modello al contesto, nel senso che le *CdS* devono lasciarsi penetrare dalle istanze delle persone e delle comunità a cui si rivolgono. Di più, esse devono ripartire dalle "zone grigie", dalle situazioni di marginalità, esplorare bisogni, valorizzare i punti di vista e

stimolare la creatività che abita questi luoghi [76]. Permettersi questo non è facile, poiché va contro la cultura dell'individualismo che permea le nostre società, come ha ampiamente descritto il filosofo Zygmunt Bauman [77]. Occorre forse ripartire dalla possibilità di immaginare nuove forme di lavoro, di dare voce alla propria creatività per andare oltre i modelli in cui ci si è formati e sviluppare le abilità di connettere e conciliare.

Ciò premesso, segue la descrizione di un modello di *CdS* ispirata ai principi della "*Comprehensive Primary Health Care"*, corredata da una serie di proposte che nascono dalle riflessioni e dagli incontri promossi dalla campagna *Primary Health Care: Now or Never*.

La *CdS* dovrebbe rappresentare un *hub* di comunità, cioè un luogo di connessione e di rete, capace di mettere insieme servizi sanitari e sociali, le risorse della comunità e il terzo settore, i servizi specialistici e gli ospedali, di produrre conoscenze sui bisogni di salute della comunità e sulla produzione di flussi assistenziali e di monitorare e valutare le proprie prassi. Per riuscirvi essa deve sviluppare alcune caratteristiche [78].

Accoglienza

L'accoglienza è un elemento fondamentale. Si può infatti accogliere e rispondere al bisogno di un utente, oppure essere imparziali e dare risposte burocratiche. Essa deve potersi realizzare ogni volta che la persona si rivolge al servizio e deve concretizzarsi in un luogo e soprattutto in una serie di funzioni. Essa è rappresentata fisicamente dal punto di accoglienza, che non coincide con il banco informazioni né con la segreteria, ma che deve essere all'ingresso, ben visibile e ben riconoscibile, dove si realizzi la lettura e *decodifica dei bisogni* a partire dalla domanda spontanea non precedentemente pianificata. Le persone che si rivolgono alle cure primarie, infatti, portano frequentemente problemi che vengono definiti come aspecifici da Barbara Starfield, in cui coesistono aspetti che possono essere connessi all'età, alla cultura, alle condizioni socio-economiche o alla migrazione, a questioni normative o burocratiche. Solitamente le persone devono adattare la richiesta ai servizi, la cui compartimentalizzazione seleziona la richiesta, cosicché alcuni bisogni possono non emergere. Accogliere invece significa ascoltare il problema, comprenderne la natura con la persona, disegnare un percorso adeguato e *accettabile*, attivare le risorse di cui si ha conoscenza e se necessario riferire la persona ai servizi. Nelle immediate vicinanze del luogo di accoglienza dovrebbe esserci uno spazio raccolto e appartato, in cui chi abbia necessità possa trovare l'intimità necessaria a parlare di

problemi emotivamente coinvolgenti. Per chi si occupa dell'accoglienza servono competenze relazionali, di negoziazione e mediazione, una prospettiva rivolta alla promozione della salute e la approfondita conoscenza delle risorse della comunità e dei servizi della rete, acquisibili attraverso l'esperienza sul posto. Possono essere coinvolte figure come assistenti sociali o infermieri, così come il volontariato. Si può addirittura prevedere una turnazione delle diverse figure professionali (compresi i medici) nel luogo di accoglienza, in modo da sviluppare una prospettiva sul sistema e le capacità di decodifica dei bisogni.

Accessibilità e accettabilità

Le cure devono essere accessibili e accettabili per le persone. Alcuni gruppi sociali tendono a essere più distanti dal servizio sanitario (nel nostro studio, le donne, per la presenza di fattori sociali e culturali), altri invece tendono a esserne esclusi per la presenza di barriere linguistiche e culturali. La barriera culturale potrebbe essere affrontata attraversandola, andando a raccogliere le storie delle persone e imparando da loro come poter ridurre le distanze. Alcuni servizi di documentata utilità potrebbero essere sviluppati, come quello di mediazione culturale nelle cure primarie.

In Italia è stata sperimentato l'utilizzo di cliniche mobili per raggiungere alcuni gruppi *hard to reach*, come le persone "senza fissa dimora", difficilmente raggiungibili dal servizio che deve pertanto organizzarsi in maniera ancora più proattiva di quanto già non dovrebbe fare con tutti [79].

Un'altra iniziativa sperimentata per il coinvolgimento delle persone emarginate, come ad esempio presso la Casa della carità di Milano, è stata quella di una equipe di operatori della salute mentale e operai specializzati in ristrutturazione di appartamenti, che entra nelle case di persone vulnerabili, rispondendo a domande concrete di manutenzione. Al contempo si accresce la fiducia della persona nelle relazioni e la possibilità di accettare proposte culturali, ricreative o curative presso la Casa della carità [80].

Prendendo ad esempio una iniziativa della Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con l'agenzia regionale di sanità, potrebbe essere individuata una figura (denominata educatore di comunità) che si occupi di individuare strategie per l'abbattimento delle barriere d'accesso, in particolare nel caso dell'adesione a programmi di screening da parte degli utenti target (donne immigrate, disabili, persone con malattia psichiatrica…).

Presa in carico e risolutività

La presa in carico può essere definita come l'accoglienza delle necessità di salute, come protezione della vita e riduzione della sofferenza. Tale ampiezza di concezione implica molteplici dimensioni, quali quella assistenziale, clinica, sociale, linguistica e culturale. Le cure primarie dovrebbero risolvere l'85% circa dei bisogni assistenziali delle persone. Per fare questo occorre avere una prospettiva ampia sulla salute, che permetta di comprendere e alimentare simultaneamente attività di promozione della salute, di prevenzione e di cura. Ciò non può che riflettersi in un lavoro di equipe interdisciplinare, coordinato, integrato, appropriato e sostenibile, che è ben diverso dal solitario svolgimento del proprio lavoro pur stando tutti sotto lo stesso tetto. Occorrono nuove metodologie nel lavoro in salute, che liberino gli operatori da protocolli troppo stringenti e favoriscano la creatività, la flessibilità, la capacità di risolvere problemi.

Responsabilità

La responsabilità nei confronti dell'accoglienza e della risolutività deve diventare una competenza del sistema. Spesso, invece, le difficoltà dei pazienti nell'accedere a un servizio, nel comprendere una diagnosi o nell'aderire a una terapia sono sottovalutate.

Mentre i professionisti della cura sono molto ben preparati nel fare diagnosi, prescrivere terapie e produrre interventi, spesso trascurano il monitoraggio attivo per effettivamente realizzare quanto programmato e impostato. Si devono quindi investire specifiche risorse, sia umane sia materiali, per colmare una lacuna che è propria del sistema e che va a detrimento delle persone con minori capacità simboliche e materiali.

Reti assistenziali integrate

I servizi devono superare la frammentazione orizzontale (tra servizi delle cure primarie, ad esempio sanitari e sociali), verticale (tra cure primarie, secondarie e terziarie) e trasversale (organizzazione per patologie, gruppi target) che li affligge.

Si possono favorire due modalità per sviluppare l'integrazione. Entrambe prevedono la possibilità di apprendere dall'esperienza.

Può essere designata una figura di coordinamento dei percorsi assistenziali, che seguendo casi reali, faccia emergere le criticità e sviluppi possibili connessioni in modo da superare le difficoltà.

Oppure si possono promuovere dei gruppi di lavoro inter-settoriali (medici di medicina generale, infermieri, assistenti sociali, specialisti e operatori dei servizi di salute mentale e sanità pubblica) per la discussione di casi complessi. Discutere l'evoluzione del percorso assistenziale di una persona e della sua famiglia permette l'emersione dei punti di difficoltà comunicativa e inter-organizzativa e l'attivazione di ciascun professionista per andare oltre quelle che sono considerate le sue mansioni e ipotizzare soluzioni creative ai problemi). Ciò sviluppa anche la comprensione delle prassi di funzionamento e di organizzazione di ogni categoria professionale e lo sviluppo di meta-competenze, saperi e linguaggi comuni tra professionisti. In questa prospettiva, i fallimenti nella presa in carico, grandi o piccoli che siano, diventano occasioni di miglioramento. Perché ciò sia favorito, occorre individuare delle figure che facilitino la discussione e operino come dei mediatori tra differenti culture della cura. Ai cosiddetti "tavoli della complessità", esistenti in qualche realtà, si può addirittura prevedere la partecipazione del paziente coinvolto o della famiglia. Solo un sistema complesso può rispondere a bisogni complessi.

La possibilità di lavorare in maniera integrata fa sì che, qualunque sia il punto di accesso della persona al sistema di cure primarie (attraverso i servizi sociali, l'ambulatorio medico o il *Centro di Salute Mentale*, ad esempio), questo attivi le connessioni tra servizi in modo da garantire una presa in carico globale.

Il fatto che i vari professionisti della cura appartengano a istituzioni diverse (sociali, sanitarie, libero-professionisti), può comportare orari di lavoro differenti e incompatibili. Il medico di medicina generale, libero professionista convenzionato, può avere anche difficoltà a mettere in campo risorse economiche e assistenziali non sempre presenti. E' evidente che per favorire la reale collaborazione tra figure professionali diverse, si dovrà coltivare una riflessione su possibili soluzioni.

Anche il rapporto tra ospedale e territorio deve essere reso oggetto di una maggiore integrazione. Le dimissioni, in particolare, dovrebbero essere concordate e discusse insieme con il medico di medicina generale e l'assistente sociale.

Tutto ciò che avviene a un livello secondario di cure dovrebbe essere sviluppato in maniera integrata con il primo livello, in modo da accompagnare il paziente e la sua famiglia, aumentare l'appropriatezza ed evitare la ipermedicalizzazione.

Equipe trans-disciplinari e multiprofessionali

La risolutività delle cure primarie si fonda sul superamento della compartimentalizzazione dei saperi e del separativismo professionale. Per rispondere alla complessità in salute è ragionevole pensare che una persona non possa avere tutte le competenze e le caratteristiche necessarie per essere risolutiva. Si osserva invece che la capacità di risolvere i problemi migliora all'aumentare delle riunioni di equipe. Queste possono essere svolte settimanalmente per il gruppo ristretto (medico – infermiere – segretario clinico) e ogni due settimane con il gruppo allargato alle altre figure del team.

Non solo, si può anche immaginare di dedicare una nuova attenzione alle persone in condizioni di cronicità, prevedendo delle visite periodiche (ad esempio una volta l'anno) a cui partecipano sia il medico sia l'infermiere, i quali, nel corso dell'anno, hanno interagito con la persona secondo compiti specifici e obiettivi comuni. Un momento di confronto insieme con la persona può favorire l'ulteriore integrazione dei percorsi, permettere la riformulazione degli obiettivi, concordandoli con il paziente, e migliorare la fiducia delle persone nell'intera equipe. Queste modalità di lavoro richiedono un tempo che va a beneficio della qualità del lavoro e delle relazioni sul luogo di lavoro e che si riflette sulla presa in carico dei bisogni, con conseguente soddisfazione dell'equipe.

Abitare sotto lo stesso tetto sotto lo stesso tetto (o comunque coltivare un confronto transdisciplinare nelle proprie realtà) consente più facilmente degli scambi tra professionisti sui propri assistiti. Ad esempio, nel caso, non infrequente, di persone con disagio psichico, il medico di medicina generale può trovarsi nella situazione di accogliere la persona e i suoi bisogni, spiegare la situazione e contrastare lo stigma che la malattia mentale porta con sé ancora oggi. Nel caso il medico ravveda la necessità di una presa in carico psicologica o psichiatrica, avere la possibilità facilitata di svolgere uno o più incontri in maniera congiunta con il collega e il paziente, può familiarizzare il proprio assistito con uno specialista sconosciuto e generalmente poco accettabile, in un ambiente familiare e neutro come quello della *CdS*. Le visite congiunte richiedono tempo per entrambi i professionisti, ma aiutano a sviluppare meta-competenze e permettono di contenere situazioni spesso soverchianti (da un punto di vista emotivo e perché le persone con un disagio psichico non prese in carico diventano frequenti utilizzatori del servizio).

Coordinamento

Il coordinamento delle attività della *CdS* dovrebbe essere affidato a una cabina di regia composta da referenti dei diversi servizi che vi operano. Lo scopo dovrebbe essere la mediazione istituzionale necessaria a trasformare le pratiche assistenziali in essere. E'

importante che il gruppo abbia una figura responsabile di promuovere gli incontri, fare emergere i temi di discussione, mediare tra i servizi e dare seguito alle decisioni prese.

Al gruppo di coordinamento potrebbero essere fatti partecipare dei delegati dei cittadini, in modo da garantire anche a livello istituzionale la rappresentatività della comunità all'interno della *CdS*.

La normativa toscana[8] individua nel Direttore della SdS – Zona Distretto il responsabile dei percorsi assistenziali e della operatività dei servizi (mentre i Dipartimenti aziendali hanno la competenza della standardizzazione dell'offerta, della formazione e della qualità professionale degli operatori). Ciò significa che in una *Casa della Salute* un delegato del Direttore della SdS – Zona Distretto, parte del gruppo di coordinamento, assuma il ruolo di garante dell'organizzazione dei percorsi assistenziali e della continuità delle cure, come, ad esempio, il coinvolgimento del settore specialistico, diagnostico e del servizio sociale, il coinvolgimento con le strutture ospedaliere.

Prossimità

In molti paesi le *CdS* sono responsabili di un territorio ben delineato. *Le Piagge* si prestano a sperimentare avanzate attività di prossimità. Una di queste è rappresentata da figure di prossimità, "agenti di salute" che operano una connessione tra i servizi e gli individui e le loro famiglie. Queste possono essere persone di riferimento della comunità o persone formate sul posto alle quali si richiedono conoscenza del territorio e competenze relazionali. Esse hanno la funzione di mappare i territori, rilevare i determinanti di salute e le risorse, raccogliere informazioni sui bisogni di salute delle persone, individuare temi fondamentali per lo sviluppo dell'empowerment di comunità e stimolare la partecipazione della cittadinanza. Ad esempio, nel caso non infrequente di anziani che vivono soli e che tendono all'isolamento, un agente di salute del condominio o della strada può essere il riferimento di quanti, all'interno della comunità, si sono resi conto che l'anziana persona non si è vista e sanno a chi rivolgersi per chiedere aiuto.

Conoscendo bene il territorio e chi vi abita, l'agente di salute può segnalare alla pubblica amministrazione eventuali problemi, anche architettonici, come la mancanza di un attraversamento pedonale vicino alla casa di una persona disabile.

[8] DGR. 260 del 4.3.2019 ("*Governance delle reti territoriali*")

La prossimità alla comunità è una caratteristica da sviluppare in sinergia con le associazioni e con le altre istituzioni del territorio, secondo il principio della salute in tutte le politiche. Ad esempio, in sinergia con la scuola, per favorire la promozione della salute sin dall'età scolastica dei ragazzi e delle ragazze, esplorare i loro bisogni in un mondo in rapida trasformazione (si pensi ad esempio alle problematiche di salute connesse alle nuove tecnologie), intervenire in maniera sistemica laddove si verifichino fenomeni di bullismo o emarginazione, come nel caso di fenomeni di razzismo verso le seconde generazioni di famiglie migranti.

Partecipazione

Le comunità possono essere coinvolte in una alleanza con medici e operatori della salute per migliorare l'estensione dei servizi e trasformare le cure sanitarie in una forma di produzione di salute e benessere condivisa tra team di cure primarie e popolazione. La partecipazione comunitaria facilita l'attuazione di un welfare partecipato, riconosce pienamente i diritti dei cittadini e permette di esprimere i doveri di solidarietà dei cittadini. Le persone devono però arrivare a sentire che il servizio è loro per potervi partecipare, nonché per continuare a sceglierlo, nonostante la privatizzazione strisciante. Il senso di appartenenza a una comunità, la qualità dei rapporti sociali, la compagnia e la possibilità di chiedere e trovare aiuto sono fattori che influenzano positivamente la salute. Per queste ragioni stimolare la partecipazione comunitaria dovrebbe essere una priorità per i servizi territoriali. Laddove la coesione sociale è stata rafforzata, ad esempio nelle microaree di Trieste, sono migliorati alcuni indicatori di salute, in particolare sono diminuiti i ricoveri urgenti a favore di quelli programmati per persone con malattia psichiatrica [81].

Formazione basata sul contesto

Tutti i futuri professionisti della salute dovrebbero conoscere non solo cosa sia la malattia, un concetto astratto che quando si incarna nel corpo fisico e sociale delle persone assume contorni di discreta complessità, ma soprattutto cosa significa "salute". Col dilagare delle malattie croniche, infatti, non ci si può più limitare al curare le malattie, ma occorre imparare a promuovere la salute. Perché ciò sia possibile, come sostiene il Lancet, gli studenti di medicina dovrebbero formarsi nel territorio, in prossimità con la comunità, ossia in *CdS* o loro equivalenti [82]. Qui essi hanno la possibilità di fare esperienza della interdisciplinarietà. Ciò deve essere fatto precocemente, durante i primi

anni del percorso universitario, prima della formazione all'interno dell'ospedale. E' altresì indispensabile che il corso di laurea in medicina preveda un curriculum in medicina generale e cure primarie, fino ad oggi grande assente della formazione, in modo che attraverso di esso i futuri medici possano imparare le caratteristiche utili per tutti e tipiche della medicina generale, come la longitudinalità delle cure e il rapporto basato sulla relazione.

Valutazione come strategia di empowerment e ricerca

I professionisti che operano nelle *CdS* dovrebbero individuare delle modalità di educazione continua, che si possano svolgere nella struttura o nella comunità. Già i cosiddetti "tavoli della complessità" rappresentano occasioni di formazione, ma altre attività potrebbero essere individuate, come ad esempio riunioni per l'approfondimento di alcune situazioni cliniche con specialisti territoriali o ospedalieri, in modo da acquisire nuove competenze, ridurre invii evitabili, sviluppare percorsi di cura territoriali e aumentare le capacità della rete.

L'attività di ricerca in cure primarie dovrebbe diventare una prassi. La prossimità col territorio e la possibilità di sistematizzare conoscenze sulla popolazione di riferimento sono elementi chiave per la creazione di circoli positivi in cui la pratica clinica e le attività di ricerca si compenetrano. Inoltre, attività di monitoraggio e valutazione, attraverso strumenti e metodologie di ricerca qualitative, possono rappresentare delle occasioni per riflettere e apprendere dalla propria pratica di lavoro multidisciplinare quotidiana. Queste attività della *CdS*, da disegnare, coordinare e sviluppare, costituiscono ulteriori modalità di educazione continua.

Non è facile realizzare una trasformazione di servizi che lavorano secondo un certo modello da molti anni. Il cambiamento che è stato descritto non può avvenire in maniera prescrittiva. Tutti gli operatori di salute sono infatti caratterizzati da una ampia autonomia nelle proprie prassi di lavoro e la loro soggettività e creatività devono essere considerate nei processi di cambiamento. Ispirandosi ai processi trasformativi realizzati con successo in altri paesi, come ad esempio in Portogallo, si può parlare di "riforma apprendente", ossia di un cambiamento che parta dalla riflessione costante sulle proprie pratiche in modo da valorizzare la dimensione cognitiva e soggettiva degli operatori.

Inoltre, mentre esiste già un'ampia letteratura sui modelli più efficaci per migliorare la presa in carico dei bisogni di salute nelle cure primarie, flessibilità deve essere garantita e sistematizzata affinché l'applicazione del modello tenga conto delle peculiarità del territorio. Ad esempio, è evidente come nelle zone rurali, per migliorare l'accessibilità dei servizi, gli ambulatori medici dovranno essere in parte dislocati al di fuori della *CdS*.

I medici di medicina generale, in un sistema di cure primarie debole come quello italiano, sono sempre più schiacciati tra burocrazia e l'intrecciarsi di problemi sanitari e sociali; tuttavia essi ancora conservano un rapporto fiduciario con le persone, di cui osservano le crescenti difficoltà sociali e di salute. Non può che partire dai medici di medicina generale e con il loro sostegno un urgente disegno di rafforzamento delle cure primarie nell'ordine dell'equità e a protezione della salute quale diritto fondamentale. In una nuova organizzazione delle cure primarie la medicina generale potrà ritrovare respiro e svilupparsi ulteriormente, attraverso attività di interdisciplinarietà, coordinamento delle cure, automonitoraggio, *empowerment* e ricerca. Solo così sarà possibile affrontare la complessità e coltivare la soddisfazione per il proprio operato.

Conclusioni

Lo studio svolto mostra gravi livelli di iniquità, che interessano le periferie della città e i gruppi di popolazione più emarginati. I risultati di salute sono scadenti, soprattutto per tutte quelle condizioni, come le malattie croniche, per cui esiste una prevenzione e possibilità di intervento precoce, longitudinale e proattivo. La situazione descritta mostra l'inadeguatezza dei servizi nel prendere in carico la salute nelle sue numerose dimensioni. Anzi, laddove vi sarebbe più bisogno, per un carico maggiore di malattia e disuguaglianze, vi sono servizi più deboli e frammentati. Nella *Casa della Salute* de *Le Piagge* sono infatti pochi i medici di medicina generale e i servizi lavorano in maniera scarsamente integrata. Si realizza quello che Tudor Hart aveva descritto come la legge dell'assistenza inversa, per cui la qualità dei servizi varia in maniera inversamente proporzionale ai bisogni della popolazione.

Questo stato delle cose è perdurato sino ad oggi, ma di fronte alle crescenti disuguaglianze sociali ed economiche, gli iniqui risultati di salute non sono più sostenibili né accettabili. L'assistenza sanitaria necessita di un profondo cambiamento che parta proprio dallo studio dei contesti di cura, rilevando bisogni e allocando le risorse in maniera proporzionale. Inoltre, l'evidente interdipendenza tra contesti di vita e salute necessita di reti integrate di assistenza, in cui ogni nodo della rete sia valorizzato. In campo sanitario, il modello che meglio recepisce queste istanze, proprie della "*Comprehensive Primary Health Care*", è quello delle *Case della Salute*. Tuttavia, le dinamiche virtuose al loro interno devono essere sviluppate e sostenute con forza, altrimenti il rischio è quello di continuare a perseguire il modello di cura per acuti in uno scenario completamente diverso e infinitamente più complesso. Occorre promuovere una presa in carico globale, proattiva e risolutiva, che sostituisca il modello di intervento per singole prestazioni, che va invece a svantaggio delle persone più fragili. C'è anche necessità di una integrazione creativa e conciliante tra diversi servizi e diverse professionalità. Infine, la comunità deve essere coinvolta nei processi decisionali che la riguardano, in modo da garantire che vi sia un effettivo incontro tra bisogno e offerta.

Il sistema di cure primarie comprensivo nasce con la *Dichiarazione di Alma Ata* nel 1978 e si sviluppa con la *Carta di Ottawa* del 1986. A seguito dei fenomeni globali che negli anni Ottanta investono gli stati del mondo e i loro modelli sanitari, portando a un indebolimento dei servizi di cure primarie, nel 2008 l'*OMS* lancia la campagna *Primary Health Care Now More Than Ever* per contrastare le crescenti disuguaglianze in salute.

In Italia, a distanza di dieci anni, un nutrito numero di giovani medici in formazione in medicina generale, che di Alma Ata hanno soltanto letto nei libri, dà vita a una campagna italiana (*2018 Primary Health Care: Now or Never*) per la promozione delle cure primarie di tipo "*comprehensive*", promuovendo incontri e formazione sul campo (Ferrara, Firenze, Bologna, Trieste, Cagliari), tanto che oggi partecipano alle attività molteplici professionalità secondo metodologie di confronto e apprendimento orizzontali.

Tra i medici che hanno fondato la compagna italiana vi sono quelli che operano nel territorio de *Le Piagge* e che hanno ideato il progetto di ricerca. Sensibili alle tematiche delle disuguaglianze e mossi dal principio dell'equità, hanno deciso di lavorare in una realtà scomoda e provare a modificare il reale. Durante lo svolgimento della ricerca, nonché delle riflessioni circa il modello di cure primarie comprensivo che diversi medici di medicina generale vorrebbero realizzare nella propria realtà di intervento, altri medici si sono appassionati al lavoro da svolgere a *Le Piagge* e alle trasformazioni da alimentare e promuovere grazie alle proprie competenze professionali e qualità creative. Si è quindi accresciuto il gruppo di medici che promuove e al tempo stesso recepisce i risultati della ricerca, permettendo di elaborare una proposta di cambiamento per la *Casa della Salute* de *Le Piagge*. Il fenomeno dimostra come il lavoro in rete appassioni e permetta di coinvolgere i giovani medici in un processo di empowerment e trasformazione.

Di fronte alle pressioni finanziarie e alle dinamiche macro-economiche che assillano la sanità, minacciando la sostenibilità del sistema e facendo già intravedere le conseguenze dello strisciante fenomeno di indebolimento del servizio pubblico a vantaggio di forze private, è necessaria una risposta urgente, che deve essere chiara e unanime, in difesa dei diritti di tutti e di una visione ecologica dei servizi e delle comunità. Ora o mai più.

Bibliografia

[1] Capra F. *The web of life*. Anchor Books, Random House Publishers, 1996;

[2] Heath I. *Crocodile tears for health inequality*. BMJ 2010 Jun 8;340:c2970;

[3] WHO, *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946;

[4] UN General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*, Paris, 10 December 1948;

[5] Farmer P. *Pathologies of power*, University of California Press, Berkeley, 2003;

[6] Merhy E.E., Stefanini A., Martino A., (a cura di). *Problematizzando epistemologie in salute collettiva. Saperi dalla cooperazione Brasile e Italia* [formato elettronico] 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; Bologna: CSI-Unibo, 2015;

[7] Wilkinson R., Marmot M. *Social determinants of health. The solid facts*. 2nd Edition. WHO, 2003;

[8] Kawachi I, Kennedy BP. *Health and social cohesion: why care about income inequality? BMJ*. 1997;314(7086):1037–1040;

[9] Wilkinson R., Picket K. *The Spirit Level. Why grater equality makes society stronger.* Bloomsbury Press 2009;

[10] WHO, *The Ottawa Charter for Health Promotion*, Ottawa, November 1986;

[11] Mann, J.M. et al. *Health and human rights*. Health and Human Rights: An International Journal, v.1, n.1, 1994, p. 7-23;

[12] Whitehead, M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, 1990;

[13] M. Marmot, *Social determinants of health inequalities*, Lancet, 2005; 365: 1099-104;

[14] Maciocco G. *Prefazione*. In: *2° Rapporto Osservatorio Italiano Salute Globale*. Edizioni ETS, 2006;

[15] Sen A. *Lo sviluppo è libertà*. Mondadori, Milano 2000;

[16] Black, M; Morris, S; Bryce, J. *Where and why are 10 million children dying every*

year? Lancet, 361, 2003, p. 2226-2232;

[17] Acheson, D. *Inequalities in health: report of an independent inquiry*. London, 1998;

[18] WHO Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation.* World Health Organization ed., Geneva 2008;

[19] Berlinguer G, *Malaria urbana. Patologia delle metropoli*. Feltrinelli, Milano 1976;

[20] Costa G, Bassi M, Gensini GF. *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità* (a cura di). Franco Angeli, Milano 2014;

[21] Biggeri A. et al. *Studio Longitudinale Toscano 2001-2005. Mortalità per condizione socio-economica*. Regione Toscana, 2002;

[22] ARS. *Le disuguaglianze di salute in Toscana*. Osservatorio di epidemiologia. Documenti dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana, Dicembre 2016;

[23] Dahlgren G, Whitehead M, *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm, Institute of Futures Studies, 1991;

[24] Stefanini A, Albonico M, Maciocco G. *Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti* in *2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, pag 36-5;

[25] Stefanini A. *Stili di vita, la ricetta neoliberista*. Salute internazionale, Settembre 2015. Consultato il 29/10/2019;

[26] Chiazzo A., Cois E.. *Il supporto sociale,* in Costa G., Spadea T., Cardano M., *Diseguaglianze di Salute in Italia*. Epidemiologia & Prevenzione, 2004, 28 (3): 57-63;

[27] Wilkinson R. *Comment: income, inequality, and social cohesion. American Journal of Public Health* 87, no. 9 (September 1, 1997): pp. 1504-1506;

[28] Materia E. *Gli effetti psicologici delle disuguaglianze*. SaluteInternazionale.info. Consultato il 29/10/2019;

[29] Wilkinson R., Pickett K. *The Inner Level - How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Wellbeing*. Penguin Books Ltd (2018);

[30] Kawachi I. et al. *Social capital, income inequality, and mortality*. Am J Public Health 1997; 87:1491-8;

[31] Buiatti E., Voller F. *Le disuguaglianze negli stili di vita*, in *2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. Edizioni ETS, 2006;

[32] Stefanini A., Albonico M., Maciocco G. *Le diseguaglianze nella salute: definizioni, principi e concetti* in *2° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*, pag 36-5;

[33] Fiorito G., McCrory C., Robinson O., et al. *Socioeconomic position, lifestyle habits and biomarkers of epigenetic aging: a multi-cohort analysis*. Aging, Albany NY, 2019: 11:2045-2070;

[34] Galletti G. *L'istruzione alla lunga vita*. SaluteInternazionale.info, consultata in data 01/11/2019;

[35] Materia E. *Tumore della mammella e disuguaglianze (di genere*). SaluteInternazionale.info. Consultato il 01/11/2019;

[36] Hart J.T. *The inverse care low*. The Lancet, february 27, 1971;

[37] WHO, *Closing the Gap in a generation- Health equity through action on the social determinants of health*, Ginevra 2008;

[38] Woodward A, Kawachi I. *Why reduce health inequalities? J Epidemiol Community Health*. 2000;54(12):923–929;

[39] *How doctors can close the gap? Tackling the social determinants of health through culture change, advocacy and education*. Royal College of Physicians, 2010;

[40] Di Girolamo C., Fabbri A., Bodini C., Camplone I., Martino A. *I medici di fronte alle disuguaglianze nella salute*. SaluteInternazionale.info, pagina consultata il 01/11/2019;

[41] Occhini G. *La salute diseguale: come agire per la salute di tutti*. SaluteInternazionale.info, pagina consultata il 01/11/2019;

[42] McKeown T. *The Modern Rise of Population*. New York, Academic Press, 1976;

[43] Illich I. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Red edizioni, 2013;

[44] Missoni E, *La creazione dell'OMS e sessant'anni di sfide tra ideale e real politik* (In) Cattaneo A., Dentico N. (a cura di) *OMS e diritto alla salute: quale futuro. 5° Rapporto dell'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale*. 2013;

[45] Cuento M. *The origins of primary health care and selective primary health care*. American Journal of Public Health, November 2004, Vol.94, No 11;

[46] Editorial. De Maeseneer J, *Strenghtening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment*. British Journal of General Practice, Dicember 2008;

[47] 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*. HSR: Health Services Research 2003; 38:3, 831-865;

[48] Starfield B, Shi L, Macinko J. *Contribution of Primary Care to Health Systems and Health*.The Milbank Quarterly 2005; 83 (3): 457–502;

[49] WHO. *Primary Health Care Now More than ever*. Annual Report, 2008;

[50] Maciocco G. *Alma Ata Declaration 2.0*. SOS Sanità. Pagina web consultata il 01/11/2019;

[51] Canini A., Pecora N. *Postfazione. La campagna 2018 Primary health Care: Now or Never* (in) Maciocco G. (a cura di). *Cure Primarie e Servizi Territoriali. Esperienze nazionali e internazionali a confronto*. Carocci Editore, 2019;

[52] Kringos D. et al. *The strenght of primary care in europe: an international comparative study*. British Journal of general practice, 63, 616, pp. e742-50;

[53] White K.L., Williams T.F., Greenberg B.G. *The ecology of medical care*. New England Journal of Medicine, 265, pp. 885-92;

[54] Starfield B. *The hidden inequity in health care*. International Journal for Equity in Health 2011, 10:15;

[55] ISTAT. Popolazione residente per stato civile, anno 2018. Statistiche Report, 2018;

[56] WHO. Non-communicable Diseases (NCD) Country Profiles, 2014;

[57] Baglio G., Lamberti A. *Obesità pandemica: una sfida indifferibile*. SaluteInternazionale.info, 2011. Pagina web consultata il 10/11/2019;

[58] Martino A., Bontempo Scavo S., Panajia A. *Se avessimo bisogno di un modello di cure di tipo comprehensive? Nasce la campagna "2018: primary health care now or never"*. Accademia italiana di cure primarie, 2019;

[59] Rinnenburger D. *La cronicità: come prendersene cura, come viverla*. Pensiero Scientifico Editore, 2019;

[60] Gawande A. *Il medico che ti salva la vita*. Internazionale, numero 16/17 Novembre 2017;

[61] Hart J. T. *A new kind of doctor*. Journal of the Royal Society of Medicine, Volume 74, December 1981;

[62] Plsek P, Greenhalgh T. *The challenge of complexity in health care*. BMJ 2001; 323:625-8;

[63] Giustini S, Mandelli P. *Medici di famiglia, medici della complessità*. SaluteInternazionale.info, 2013. Pagina web consultata il 10/11/2019;

[64] Tattersall RL. *The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century.* Clin Med (Lond) 2002;2(3):227–229;

[65] Wagner EH. *Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness?* Effective Clinical Practice 1998: 1, 2–4,

[66] Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. *The expanded chronic care model: An integration of concepts and strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model*. Healthcare Quarterly 2003; 7(1), 73–82;

[67] Maciocco G. *Assistere le persone con condizioni croniche*. SaluteInternazione.info, 2011. Pagina web consultata il 10/11/2019;

[68] Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Cronicità 2016*;

[69] Maciocco G. Brambilla A. *Le Case della Salute. Innovazione e buone pratiche.* Carocci Editore, 2016;

[70] Manuelli F. *Le Piagge: storia di un quartiere senza storia*. L'ancora Edizioni, 2007;

[71] Tabucchi A. *Gli zingari e il rinascimento. Vivere da Rom a Firenze*. Feltrinelli Editore, 1999;

[72] Regione Toscana. *Delibera n°60 del 9 aprile 2002* riguardante il Piano Sanitario Regionale 2002-2004*. Toscana 2002-2004: Un sistema sanitario sostenibile, un sistema sanitario per la salute, un sistema sanitario di comunità.* Bollettino Ufficiale n°19, parte seconda, supplemento n°79, del 08.05.2002;

[73] Regione Toscana. Legge regionale n°40 del 24 febbraio 2005. Disciplina del servizio sanitario regionale. Bollettino Ufficiale n°19, parte prima, supplemento n°40, del 07.03.2005;

[74] Regione Toscana. L*egge regionale n° 29* del 4 giugno 2019. Le case della salute. Modifiche alla l.r 40/2005. Bollettino Ufficiale n°27, parte prima, del 12.06.2019;

[75] WONCA. Definizione europea della medicina generale. WONCA Europe edizione 2011;

[76] Melgaco L., Prouse C. (editors) *Milton Santos: a pioneer in critical geography from the global south*. Springer International Publishing, 2017;

[77] Bauman Z. *Modernità liquida*. Laterza Editori, 2011;

[78] Martino A., Sintoni F., Marta B. *La Casa della Salute*. Sistema Salute, 59, 4, 2015: pp. 519-533

[79] Baglio G., Eugeni E. *Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard to reach*. (In) Maciocco G. (a cura di) *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali a confronto*. Carocci Faber Editore, 2019;

[80] Colmegna V., Jacchetti G., Landra S., Ravazzini M. *Una Casa della salute per i vulnerabili a Milano.* (In) Maciocco G. (a cura di) *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionali e internazionali a confronto*. Carocci Faber Editore, 2019;

[81] Belluto M., Benedetti C., Occhini G., Pecora N. *Le microaree di Trieste*. (In) Maciocco G. (a cura di) *Cure primarie e servizi territoriali*. Esperienze nazionali e internazionali a confronto. Carocci Faber Editore, 2019;

[82] Frank J. et all. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet 2010; 376: 1923–58.

Ringraziamenti

L'elaborazione di questa tesi non sarebbe stata possibile senza il prezioso contributo del Dr. Fabio Voller e dell'*Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana* (*ARS*). A loro va il mio sincero ringraziamento per la mole di dati epidemiologici messa a disposizione.

Grazie al Prof. Maciocco, che a partire dai primi e caotici pensieri sullo studio mi ha permesso di individuare le priorità e aiutato a tessere una rete di relazioni fondamentale per la ricerca-azione in cure primarie.

Grazie al Dott. Bussotti, che con il suo entusiasmo e il suo esempio mi ha dato la spinta iniziale verso la ricerca in cure primarie e ha sostenuto in maniera propositiva il progetto per Le Piagge.

Ringrazio la Dott.ssa Cecilia Francini, medico di medicina generale presso la Casa della Salute Le Piagge, per la contagiosa passione che mette nel lavoro in cure primarie, la delicata capacità di ascolto e la generosità nell'aprire la strada a collaborazioni e ricerche sul campo.

Ringrazio anche Jacopo Bianchi, Chiara Milani, Gabriele Orsini, Sonia Paoli e Irene Pontalti per l'incoraggiante possibilità di scambiare preziose riflessioni sulle cure primarie e sul nostro posizionamento etico in quanto ricercatori. Mi auguro vivamente che possiamo continuare a fare ricerca-azione insieme.

Un grazie di cuore va a quelli che da ormai dieci anni sono miei amici, ispiratori e motivatori imprescindibili: Laura Cuccuru, Nicola Pecora, Alessandro Mereu, Andrea Matini, Giulia Paolacci e Giovanni Volpe. Considero questo progetto di ricerca una pietra per le fondamenta del nostro lavoro insieme, perché mi ha messo alla prova con le nostre idee e le nostre aspirazioni, che mi accompagnano sempre.

Grazie alla mia classe di medicina generale, in particolare a Claudia, Eleonora, Chiara, Gloria, Giorgia, Laura e Giulia per la possibilità di discutere delle tesi e supportarci reciprocamente. Grazie anche alla nostra coordinatrice, la Dott.ssa Polenzani, per aver compreso l'importanza che per me riveste il tema dell'equità e della interdisciplinarietà in cure primarie.

Infine, un particolare ringraziamento ai miei genitori, per avermi sostenuto permettendomi di dedicarmi alla formazione, e a mia sorella, per l’amorevole aiuto e supporto.

Grazie a David, che ho lasciato per ultimo, anche se è la prima persona con cui ogni giorno ho il desiderio di condividere avventure ed entusiasmi, il che è una cosa molto bella!