

La PHC per contrastare le disuguaglianze di Salute

PHC to Tackle Health Inequalities

Maurizio Marceca¹, Giorgio Sessa²

¹*Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive, Sapienza Università di Roma*

²*Dipartimento di Scienze della vita e Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Parole chiave: equità in salute, disuguaglianze in salute, cure primarie, primary health care, advocacy in medicina

RIASSUNTO

Questo lavoro affronta il tema sempre più rilevante delle disuguaglianze in salute e la conseguente necessità di raggiungere una maggiore equità in salute, ricordando allo stesso tempo come le cure primarie hanno la capacità di raggiungere questo scopo.

Inizialmente verrà sottolineata l'importanza di avere dei professionisti sanitari formati all'advocacy e ad una maggior sensibilità verso tali problematiche, come evidenziato in una serie di documenti nazionali e internazionali che costituiscono la cornice "culturale" per il contrasto alle disuguaglianze in salute.

Vengono dunque riportate le principali evidenze che dimostrano il ruolo che le cure primarie possono avere nel promuovere l'equità in salute e nel migliorare gli outcome soprattutto nelle popolazioni svantaggiate, così come il ruolo che i professionisti possono avere. Già infatti nella dichiarazione di Alma-Ata nel 1978 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua tra gli elementi portanti della Primary Health Care (PHC) il perseguimento di una maggiore equità in salute, che può essere raggiunta anche grazie ad un coinvolgimento attivo delle comunità.

Si conclude con uno sguardo all'attuale contesto italiano in cui PNRR e DM 77 porteranno ad una riforma dell'assistenza territoriali, che si auspichi incrementi ulteriormente l'equità.

Keywords: health equity, health inequities, primary care, primary health care, advocacy in medicine

SUMMARY

This paper addresses the increasingly relevant issue of health inequalities and the consequent need to achieve greater health equity, while at the same time recalling how primary care has the capacity to achieve this.

Initially, the importance of having health professionals trained in advocacy and greater sensitivity to

Autore per corrispondenza: giorgio.sessa01@icatt.it

these issues, as highlighted in a number of national and international documents that provide the “cultural” framework for combating health inequalities, will be emphasized.

Thus, the main evidence demonstrating the role that primary care can play in promoting health equity and improving outcomes especially in disadvantaged populations is reported, as well as the role that professionals can play. Indeed, as early as the Alma-Ata Declaration in 1978, the World Health Organization (WHO) identifies among the building blocks of Primary Health Care (PHC) the pursuit of greater health equity, which can also be achieved through active community involvement.

It concludes with a look at the current Italian context in which PNRR and DM 77 will lead to territorial care reform, hopefully further increasing equity.

Perché le disuguaglianze di salute sono importanti

Quando si parla di disuguaglianze nella salute e nell'assistenza si intende, sostanzialmente, far riferimento al riscontro scientifico di un *gap* relativo agli *outcome* di salute (successivo ad una diversa esposizione a fattori di rischio o ad un diverso esito di trattamenti sanitari) tra diversi gruppi di popolazione, correlato ad un gradiente sociale che li contraddistingue e diversifica.

Per essere riconoscibili come tali, le disuguaglianze nella salute e nell'assistenza devono presentare, contemporaneamente, tre fondamentali proprietà: la gravità, la sistematicità e la evitabilità (1). Su tali premesse definitorie, non risulta difficile motivare perché le disuguaglianze di salute siano importanti.

Schematicamente, possiamo evidenziare le ragioni di questa rilevanza nei seguenti aspetti:

- *perché producono malattia, sofferenza e disagio evitabili in una parte della popolazione rispetto ad un'altra*; tale motivazione si concentra sulla dimensione etica e sulla primaria responsabilità delle Istituzioni e comporta (o dovrebbe comportare) che, a fronte di una evidenza scientifica (prodotta dalla cosiddetta ‘epidemiologia sociale’), l'inaccettabilità sociale delle disuguaglianze si traduca in idonei interventi volti a ristabilire l'equità negli *outcome* di salute;
- *perché riguardano situazioni gravi per la salute*; l'ormai amplissima letteratura scientifica disponibile ha dimostrato che le disuguaglianze di salute sono in grado di aumentare significativamente la mortalità e la morbilità di patologie importanti (tra cui in particolare quelle cronico-degenerative di cui la PHC si occupa primariamente) condizionando fortemente la qualità della vita;
- *perché si manifestano in modo sistematico*; la non occasionalità delle disuguaglianze di salute - motivata dal ripetersi delle dinamiche prodotte dai determinanti socio-economici strutturali tra i diversi Paesi e all'interno degli stessi - da ragione del loro drammatico impatto su scala globale;
- *perché limitano la capacità produttiva di un Paese ed il suo capitale umano*; questa

ragione/ ripercussione collettiva (parzialmente collegata al cosiddetto ‘Global Burden of Disease’) viene frequentemente trascurata o sottovalutata dal mondo dei decisori;

- *perché limitano l'espressione delle potenzialità degli individui e dei gruppi*; questo effetto (intimamente connesso al significato più profondo della salute come strumento e non come fine) sottolinea la dimensione psicologico-esistenziale e psico-sociale rilevando come le disuguaglianze siano in grado di inficiare la qualità della vita soggettiva (cioè percepita) oltre che oggettiva;
- *perché alimentano il conflitto sociale e riducono la coesione sociale*; in poche parole contesti orientati a forme di ‘darwinismo sociale’ generano più facilmente, insieme alle disuguaglianze di salute e spesso proprio in ragione di queste, forme di competizione e conflitto che possono anche assumere connotazioni violente;
- *perché (spesso) contraddicono i principi e i valori formali (etici e giuridici) di una comunità*; in ambiti socio-culturali ed etico-giuridici - come quello italiano - che si sono sviluppati a partire dai valori dell'Illuminismo e dal riconoscimento dei diritti universali della persona umana, le disuguaglianze di salute rappresentano un'aspra contraddizione che, agli occhi del cittadino/a, rischia di far perdere credibilità all'intero sistema.

Come sottolineato dal Rapporto commissionato nel 2005 dalla WHO ad una Commissione (indipendente) sui Determinanti Sociali della Salute e pubblicato tre anni dopo, mai come in questa fase storica vi è stata al mondo tanta disponibilità di risorse accanto a così tante e cospicue disuguaglianze nella salute (2).

Da alcuni decenni vi è una sempre maggiore evidenza e consapevolezza dell'importanza delle health inequities (questo è il termine inglese che traduce le disuguaglianze di salute) e del fatto che esse possono essere efficacemente contrastate, se ve ne è la volontà, attraverso l'attivazione di una collaborazione triangolare tra: 1) il governo; 2) la conoscenza/accademia e 3) le persone(3). Va notato, a questo proposito, che troviamo la figura del medico in tutti e tre i vertici di questa auspicabile strategia.

Cosa possono fare gli operatori della salute per l'equità nella salute¹

La focalizzazione scientifica e culturale del tema ‘disuguaglianze di salute’ ha, per così dire, accompagnato e alimentato il cambio di paradigma di riferimento della classe medica nella sua transizione da ‘bio-medico’ a ‘bio-psico-sociale’, cambio che

¹ Tale paragrafo riprende parte del contributo dal titolo “Medical Professionalism e patient advocacy” che Maurizio Marceca ha recentemente scritto per il volume dal titolo “Medical professionalism e costruzione dell'identità professionale negli studenti di medicina. Riflessioni e proposte didattiche per la formazione in Italia” a cura di Licia Montagna e Fabrizio Consorti, Francoangeli editore, collana Medi-Care, in corso di pubblicazione, cui si rimanda anche per la parte bibliografica specifica

in trasparenza è riconoscibile fin da quanto prodotto dalla Conferenza di Alma-Ata del 1978 e che è stato ulteriormente formalizzato e quindi adottato dalla stessa WHO attraverso il concetto di 'Promozione della Salute' focalizzato nella Conferenza di Ottawa del 1986 e dal successivo Glossario del 1998(4).

Tale 'rivoluzione' scientifico-culturale e professionale (fino alla quale ogni medico era formato ed abituato a rivendicare per sé un ruolo esclusivamente tecnico, per così dire 'neutrale' se non addirittura estraneo all'influenza del contesto socio-politico ed economico sulla salute dei propri pazienti) ha, tra i suoi diversi e fondamentali riflessi, l'enucleazione del concetto di '*patient advocacy*', e, più in generale, di '*advocacy for health*'. L'Organizzazione Mondiale per la Salute (OMS)² ha definito quest'ultimo concetto come "una combinazione di azioni individuali e sociali progettate per ottenere l'impegno politico, il supporto politico, l'accettazione sociale e il supporto dei sistemi per un particolare obiettivo o programma di salute"(4). Rielaborato con lievi sfumature espressive ('*health advocacy*'), lo stesso concetto può essere aggiornato - in accordo con l'European Centre for Disease Prevention (E-CDC) - come "una strategia per aumentare i livelli di familiarità con un problema e promuovere la salute e l'accesso a un'assistenza sanitaria di qualità e servizi di salute pubblica a livello individuale e di comunità. Quando si cerca di ottenere impegno politico, sostegno politico, accettazione sociale e supporto dei sistemi per un particolare obiettivo o programma di salute pubblica, è possibile utilizzare una combinazione di azioni individuali e sociali per cercare di influenzare il cambiamento. [omissis] Tutti gli operatori sanitari hanno la principale responsabilità di agire come sostenitori della salute pubblica a tutti i livelli della società"(5). Ciò detto, la letteratura segnala come le definizioni e i modelli di riferimento possano essere in realtà diversi e dinamici variandone il campo di applicazione (ad esempio, in quello della 'Promozione della Salute'). L'azione di *advocacy*, se evocata specificamente come '*patient advocacy*', riguarda comunque - semplificando all'estremo - "qualsiasi attività [NdR volontariamente espletata] che in ultima analisi avvantaggi un paziente, e che permetta al personale medico e sanitario di agire come un suo alleato". Ne deriva che l'*advocacy* si possa prefigurare essenzialmente come un'azione di mediazione, in cui - per i nostri interessi specifici di '*advocacy for health*' e di '*patient advocacy*' - il medico si propone come intermediario/difensore tra un portatore di interesse di salute (il suo paziente e la sua famiglia o un gruppo sociale o l'intera comunità) e le Istituzioni che detengono il mandato relativo alla risoluzione del problema o, più concretamente, alla garanzia, alla messa a disposizione e all'erogazione dell'intervento o servizio di cui il portatore di interesse necessita. In questa prospettiva è inevitabile pensare in particolare al ruolo potenziale del medico di famiglia e del medico di comunità e delle cure primarie(6).

² Per quanto possa suonare inusuale, tale traduzione è convintamente adottata da chi scrive, in quanto più coerente con il mandato e l'operatività di questa agenzia delle Nazioni Unite.

Specularmente alla *'patient advocacy'*, dove l'attenzione è posta sul destinatario dell'azione, ci si può quindi focalizzare sulla *'physician advocacy'*, dove l'attenzione è posta invece sul suo promotore. Alcuni autori statunitensi, integrando sia gli aspetti individuali che sociali di questa azione medica, ne hanno proposto la seguente definizione: "Azione di un medico per promuovere quei cambiamenti sociali, economici, educativi e politici che migliorano le sofferenze e le minacce alla salute e al benessere umani che lui o lei identifica attraverso il suo lavoro e le sue competenze professionali".

Uno degli esempi più immediati nell'ambito dello spettro di queste possibili azioni per migliorare "le sofferenze e le minacce alla salute" è quello relativo al contrasto della violenza e del suo devastante impatto sulla vita delle persone, orientamento che ai giorni nostri, in cui la stessa area europea è attraversata da un'assurda guerra, dovrebbe produrre particolari risonanze etico-professionali.

Tale prospettiva fa del professionista medico anche un potenziale attore fondamentale nel contrasto alle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza, come storicamente enfatizzato dal rapporto, edito nel 2010, del Royal College of Physicians dal titolo: "How doctors can close the gap: tackling the social determinants of health". È interessante notare come le linee strategiche proposte da questo 'rapporto-manifesto' siano declinate all'insegna del cambiamento e precisamente in questi termini: 1) cambiare la prospettiva; 2) cambiare i sistemi; 3) cambiare la formazione (sollecitazioni che troviamo totalmente condivisibili e tuttora di vitale stimolo, cui dare seguito anche nel nostro Paese).

Una ulteriore considerazione, collegata a quanto appena espresso, è il riconoscimento di una linea di continuità tra questo totalmente innovativo approccio culturale alla professione e la revisione apportata nel 2014 dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) al Codice di Deontologia Medica. Tale revisione ha previsto, dopo ampia discussione, l'introduzione di un nuovo articolo, l'attuale Art. 5, dal titolo: "Promozione della salute, ambiente e salute globale", che ha sancito di fatto il superamento del paradigma 'biomedico' per fare proprio il cosiddetto paradigma 'bio-psico-sociale' di cui si è già accennato³.

Si noti come la stessa formulazione dell'articolo 5 - in linea con la gran parte dei documenti affini - non cita esplicitamente il 'paziente', perché intende evidentemente trasmettere una prospettiva più ampia, cioè estesa a tutta la comunità/popolazione, e

³ Il testo dell'articolo recita: "Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio. Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni".

non limitarne una interpretazione esclusivamente riferita al proprio/a assistito/a. Tale impostazione allarga anche il ‘profilo’ del ruolo del medico da quello di ‘difensore’ a quello di ‘promotore’ per la salute.

Si può pertanto affermare che il medico dovrebbe essere costantemente impegnato, nell’ottica di contrasto alle disuguaglianze, nel riconoscimento e nel contributo all’abbattimento di tutte le eventuali barriere (di natura giuridica, sociale, economica, linguistico-culturale, organizzativa...) che possono ostacolare il pieno riconoscimento del diritto alla tutela della salute e alla fruizione dei servizi sanitari e sociali che la promuovono e la ristabiliscono.

Tale complesso quanto fondamentale impegno di *advocacy* per l’equità nella salute può essere meglio realizzato agendo su più dimensioni (vedi Fig.1).

Figure 1. The 6 Dimensions of Advocacy for Health Equity

1. The kinds of evidence needed to advocate for health equity and the ways to transfer this knowledge to policymaking processes.
2. The advocates for health equity and their targets.
3. Advocacy messages.
4. Arguments tailored to different political standpoints.
5. Barriers (and enablers) of effective, successful advocacy.
6. Practices and activities that increase the effectiveness of advocacy efforts.

Fonte: [Farren L et al. \(2015\)](#), “*Advocacy for Health Equity: A Synthesis Review*”, *The Milbank Quarterly*, 93(2):397

Figura 1 - Le 6 dimensioni per l’equità in salute

Non dovrebbe sfuggire, in questa nuova visione della cultura professionale, il fatto che non venga incoraggiata da parte del medico un’attività - per così dire - di volontariato che affianchi quella clinica tradizionale, ma che questo impegno sia prefigurato come parte integrante e ineludibile, una responsabilità, dello stesso agire professionale. E quindi come una competenza fondamentale da acquisire e praticare!

Ma perché questo accada, è fondamentale che vi sia un ruolo propulsivo e di supporto da parte di molteplici attori, a partire dalle Università e dagli Ordini professionali.

La stessa già citata FNOMCeO italiana ha approvato nel 2017 un Manifesto dal ti-

tolo “La FNOMCeO per l’equità nella salute”. Il Manifesto - cui si rimanda per una lettura più approfondita - individua 5 diversi e complementari campi di azione per ridurre le disuguaglianze (“1. Comprendere il problema: educazione e formazione; 2. Costruire l’evidenza: monitoraggio e valutazione; 3. Il setting clinico: lavorare con gli individui e le comunità; 4. L’organizzazione dell’assistenza sanitaria: il medico come direttore; 5. Lavorare in partnership: all’interno e oltre il settore della salute”) e indica cosa in concreto può fare il medico. Propone inoltre, in termini di specifiche raccomandazioni, alcune buone pratiche che il medico delle cure primarie, il cui ruolo è cruciale per il contrasto alle disuguaglianze, deve mettere in atto.

Ciò dovrebbe comportare – ci teniamo a rimarcarlo – un posizionamento etico (e non soltanto deontologico poiché esercitato prima di tutto in qualità di persona, di ‘civis’) del medico nei confronti degli assetti e delle dinamiche di contesto sociale (nazionale e globale) che è chiamato a leggere e analizzare criticamente. L’azione di *advocacy* medica può produrre in questo senso una virtuosità circolare che, insieme alla salute, promuove anche il cambiamento sociale e il ‘capitale sociale’ che sono a loro volta volani di migliore salute individuale e collettiva! In questa prospettiva la giustizia sociale diviene una tematica centrale di Sanità pubblica alla cui realizzazione il medico si rivolge nella logica di una chiamata al servizio della comunità.

Ma, al contempo, non è affatto scontato che tutto ciò venga riconosciuto e valorizzato da parte della maggior parte dei colleghi medici e degli altri attori primariamente interessati, a partire dalle Accademie! In effetti, non è indubbiamente semplice capire quanto abbia finora avuto fortuna e si sia diffusa nel mondo, ma anche solo nel nostro Paese, questa visione della professione, che assume una chiara e più ampia dimensione identitaria. Sembra legittimo coltivare il sospetto che essa sia ancora limitata a ristretti ambiti auto-selezionati, più recettivi e quindi maggiormente inclini ad interrogarsi criticamente sull’evoluzione storico-sociale della professione.

Inoltre, accanto all’auspicio che il ruolo di ‘*patient advocator*’ sia sempre più introiettato da parte del medico e condiviso con gli altri professionisti (sanitari e sociali) impegnati nella promozione e tutela della salute, è doveroso riconoscere che attualmente - e diffusamente - vi sono diverse ragioni fattuali che spesso ne scoraggiano l’assunzione. Tali ragioni non riguardano tanto il singolo professionista ed i suoi valori, quanto il sistema in cui è inserito e l’organizzazione da cui dipende. Ci si riferisce in particolare ai carichi di lavoro e all’ ‘imposizione’ di tempi di visita contingentati, alla crescente percezione del potenziale contenzioso giuridico cui si è esposti, al senso di scarso riconoscimento sociale del proprio ruolo ed altro ancora, elementi che costituiscono il complesso di situazioni che tendono a demotivare e isolare il professionista e a spingerlo verso atteggiamenti personali e professionali difensivi e limitanti il proprio spettro di azione.

Non casualmente, un rilevante rapporto britannico curato dall'UCL Institute of Health Equity sulla linea del già citato "How doctors can close the gap", dal titolo "Working for Health Equity: the Role of Health Professionals" include, tra i 5 orientamenti strategici raccomandati, quelli di: 'Assicurare buone condizioni lavorative per i dipendenti del servizio sanitario' e di 'Saper lavorare con gli altri' come condizioni propedeutiche e complementari al 'Battersi per politiche che migliorano le condizioni di salute dei pazienti'.

Physician advocacy in tema di equità in salute: l'esempio di Barbara Starfield e di Polaris-WONCA

A proposito del ruolo dei medici nel contrasto alle disuguaglianze in salute non si può non citare Barbara Starfield, pediatra esperta di sanità pubblica e Professoressa presso la Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

L'obiettivo principale della ricerca della dott.ssa Starfield è stato di comprendere l'impatto dei servizi sanitari sulla salute, in particolare il contributo relativo delle cure primarie e delle cure specialistiche nella riduzione delle disuguaglianze nella salute. Il suo libro di riferimento del 1998, "*Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology*", fornisce metodi innovativi per valutare i risultati e i contributi dei professionisti di assistenza primaria, ed evidenzia due aree di approfondimento: l'equità nei servizi sanitari e nella salute e la sovrapposizione tra medicina clinica e sanità pubblica. In particolare i suoi lavori hanno fornito prove a sostegno dell'impatto della funzione delle cure primarie verso questa etica di giustizia sociale, dimostrando che una solida base di cure primarie è associata a una migliore equità sanitaria.(7)(8). Starfield è stata la prima tra i ricercatori che hanno raccolto questi dati e li hanno resi pubblici(9).

Appare interessante notare, che, a seguito di questi studi sui sistemi sanitari, il lavoro della dott.ssa Starfield sull'equità sanitaria è triplicato dopo l'inizio del secolo, rappresentando il 7% del totale delle sue pubblicazioni peer-reviewed prima del 2000 e il 20% dopo(10).

Nell'ultimo editoriale prima della sua scomparsa, la dott.ssa Starfield è riuscita a sintetizzare in modo egregio i temi che ha sempre promosso per tutta la sua carriera: equità nella salute e nell'assistenza sanitaria, visione della morbilità incentrata sulla persona e ruolo centrale dei professionisti dell'assistenza primaria (11).

Riportiamo di seguito alcuni stralci significativi dei suoi scritti:

"Una visione della malattia "orientata all'intero paziente" è più accurata di una visione orientata alla malattia. È anche più equa. Le malattie hanno maggiori probabilità di insorgere e di essere più gravi nelle persone socialmente svantaggiate... Solo una visione

della morbilità incentrata sulla persona (piuttosto che sulla malattia), in cui più malattie interagiscono in una miriade di modi, può descrivere accuratamente l'impatto molto maggiore della malattia tra le persone socialmente svantaggiate e la natura degli interventi necessari per gestire adeguatamente la maggiore vulnerabilità alle malattie e le interazioni tra di esse".

"L'iniquità è insita nei sistemi sanitari, soprattutto in quelli occidentali, che si basano su una visione dei bisogni sanitari malattia per malattia. Pertanto, i benefici dell'assistenza primaria, che è incentrata sulla persona e sulla popolazione piuttosto che sulla malattia, non sono apprezzati. I dati forniscono prove non solo dei suoi benefici per le popolazioni, ma anche dei suoi benefici preferenziali per le persone socialmente svantaggiate. L'aumento dei tassi di rinvio dalle cure primarie alle cure specialistiche pone un problema particolare per i gruppi di popolazione socialmente svantaggiati, in quanto la loro maggiore morbilità li porta a essere indirizzati a un maggior numero di diversi tipi di specialisti, con una conseguente maggiore probabilità di scarso coordinamento, effetti avversi e costi inutilmente elevati (alcuni dei quali deriveranno da pagamenti out-of-pocket), a meno che non vi sia una forte assistenza primaria... L'assistenza primaria deve inevitabilmente assumere un'importanza crescente nei sistemi sanitari perché è di gran lunga superiore nel gestire la multimorbilità nel tempo. Questo è uno dei motivi che spiegano il suo grande contributo alla salute nelle società moderne".

La sua più grande eredità è stata quella di mostrare alla comunità scientifica e ai policymaker la necessità di investire in assistenza primaria per contrastare le disuguaglianze in salute.

Sempre nell'alveo sia della physician advocacy che del ruolo dell'assistenza primaria nell'equità in salute vale la pena di citare lo statement prodotto da Polaris, il movimento dei giovani medici di nordamericani di WONCA, che si è riunito ad Albuquerque nel New Mexico, nell'ottobre 2019 e ha convenuto che l'EQUITÀ è una componente fondamentale dell'assistenza sanitaria e un indicatore importante della qualità della salute della popolazione(12).

Nel loro documento i giovani medici di Polaris riconoscono l'advocacy come una competenza essenziale richiesta ai medici di famiglia per migliorare l'equità sanitaria e la responsabilità di parlare per coloro che non possono farlo e di costruire partnership per migliorare l'equità sanitaria. Sostengono infatti, che l'equità è fondamentale per raggiungere la salute per tutte le comunità e che, pertanto, gli operatori e i sistemi sanitari dovrebbero sforzarsi di raggiungere l'equità nelle loro organizzazioni e nell'erogazione delle cure.

Sottolineano, inoltre, l'importanza per i medici di famiglia di saper riconoscere e valutare

le disuguaglianze sanitarie e le loro cause, così come sottolineano la necessità che tali temi vengano inseriti in tutte le scuole di medicina e i programmi di formazione post-laurea.

L'assistenza primaria: un veicolo per raggiungere più equità nella salute

Come dimostrato abbondantemente dalla Starfield e collaboratori, la possibilità di avere un professionista delle cure primarie può migliorare la salute generale degli individui e delle comunità.

Le ricerche dimostrano che l'accesso alle cure primarie è associato a migliori risultati di salute(13-14). I professionisti delle cure primarie forniscono una risposta abituale alle cure, la diagnosi precoce e il trattamento delle malattie(14), la gestione delle malattie croniche e le cure preventive(13). I pazienti con una risposta abituale alle cure hanno maggiori probabilità di ricevere i servizi preventivi raccomandati, come i vaccini antinfluenzali, gli screening della pressione sanguigna e gli screening del cancro(15-17). Al contrario gli studi dimostrano che senza l'accesso a un professionista delle cure primarie, gli individui hanno meno probabilità di ottenere servizi di prevenzione, hanno più probabilità di andare incontro a peggiori esiti di salute e sono a maggior rischio di ricovero in ospedale o al pronto soccorso.

Rilevante appare anche il rapporto tra medici di medicina generale e popolazione: una maggiore concentrazione di medici di base in una determinata popolazione è associata a risultati sanitari relativamente migliori nelle aree con maggiore disuguaglianza di reddito rispetto alle aree con bassa disuguaglianza di reddito.

Inoltre, sebbene l'offerta di medici di base riduca il tasso di mortalità totale in tutte le popolazioni, l'impatto positivo è maggiore nelle popolazioni svantaggiate.

L'assistenza primaria ha la capacità unica di costruire un rapporto di fiducia a lungo termine con i propri pazienti, il che è fondamentale per le minoranze e le popolazioni vulnerabili che possono avere problemi a fidarsi degli operatori sanitari o del sistema nel suo complesso. Inoltre, gli ambulatori di cure primarie (in particolare quelli indipendenti) sono spesso posizionati nel cuore delle comunità, consentendo ai medici di base di fornire cure nel prezioso contesto dei determinanti sociali di salute delle loro popolazioni di pazienti.

La dichiarazione di Alma Ata e le caratteristiche portanti della Primary Health Care per il raggiungimento dell'equità

Nel 1978, i 134 governi nazionali membri dell'OMS hanno firmato la Dichiarazione di Alma Ata (18) . La Dichiarazione ha reso l'assistenza sanitaria primaria (PHC) la politica sanitaria ufficiale di tutti i Paesi membri e dalla conferenza emerse il consenso sul fatto che la salute fosse un diritto umano basato sui principi di equità e partecipa-

zione della comunità.

La Dichiarazione proponeva una nuova policy denominata Assistenza Sanitaria Primaria (Primary Health Care - PHC), e definita come “*un’assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratici, scientificamente validi e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e a un costo che il Paese della comunità può permettersi di mantenere in ogni fase del suo sviluppo, nello spirito di autosufficienza e autodeterminazione*” (18).

Ponendo una sfida a una visione della salute dominata dalla biomedicina e dalla professione medica, la politica fornì un nuovo contesto dichiarando la salute come un diritto umano sostenuto dai principi di equità e partecipazione della comunità.

La *vision* di salute e di un differente modo di pensare ai sistemi sanitari contenuta nella dichiarazione di Alma Ata, negli anni successivi dovette affrontare notevoli resistenze, tra le quali soprattutto la crescente accettazione di un’economia neoliberista che ha spostato l’assistenza sanitaria da un bene pubblico a un prodotto di consumo e la nascita di proposte alternative che andavano sotto il nome di selected Primary Health Care (SPHC) che mantenevano il precedente modello di pensare e agire in sanità.

Per tale ragione è comune riferirsi ai concetti espressi dalla dichiarazione di Alma Ata parlando di Comprehensive Primary Health Care (CPHC) in cui si evidenzia la salute come un concetto integrale basato sulla definizione originale di salute dell’OMS (la salute è uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo l’assenza di malattia o infermità” (19) e l’importanza dell’equità, della collaborazione multisettoriale e della partecipazione della comunità (20-21). È proprio la presenza di questi elementi a segnare una forte discontinuità con il precedente modo di intendere la sanità e la salute, e diventano una stella polare verso cui indirizzare gli sforzi e le riforme. Appare emblematica in tal senso la nascita in Italia nel 2017 di un movimento culturale chiamato “Campagna Primary Health Care: Now or Never” per promuovere una riforma delle cure primarie orientata ai principi di Alma-Ata e della CPHC, riforma che ha preso forma nella proposta politica del “*Libro Azzurro*” prodotto e pubblicato tra il 2020 e il 2021 (22).

Ritornando al nesso tra PHC ed equità in salute, si può osservare come sin dal principio le cure primarie erano nate per affrontare le disuguaglianze sanitarie integrando cure cliniche, salute comportamentale, salute pubblica e servizi sociali; i dottori Emily e Sidney Kark avevano sviluppato il modello della community-oriented primary care (COPC) nelle zone rurali del Sudafrica negli anni ‘40, il rapporto della Commissione Folsom degli Stati Uniti stabiliva che “la salute è un interesse della comunità” (23).

La responsabilità delle cure primarie nell’equità sanitaria si era dunque evoluta nei decenni fino all’Assemblea Mondiale della Sanità del 1978 ad Alma Ata, dove il dottor Halfdan Mahler, dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, aveva dichiarato: “Le

cure primarie sono parte integrante sia del sistema sanitario del Paese, di cui sono la funzione centrale e il fulcro, sia dello sviluppo sociale ed economico complessivo della comunità”(18).

Accanto al perseguimento dell'equità e di un approccio intersettoriale, l'altro elemento fondamentale di questo modello è il coinvolgimento della comunità che diventa attore principale dell'assistenza primaria. La comunità non è più un soggetto passivo che riceve le cure, ma contribuisce attivamente sia nel decision-making sia nella risposta ai propri bisogni di salute. La partecipazione comunitaria mira a costruire un potere collettivo identificando problemi e interessi condivisi, mobilitando risorse e implementando soluzioni stabilite collettivamente al fine di creare un cambiamento sociale e ha dimostrato di avere successo nell'influenzare le politiche sociali, tra cui l'istruzione, l'alloggio e la povertà, e una recente iniziativa ha evidenziato il suo impatto sulla salute.

In risposta a quanto enunciato sulla partecipazione delle comunità nella dichiarazione di Alma Ata, una delle azioni più immediate che vennero intraprese da diversi governi è stata la creazione di un gruppo di operatori sanitari comunitari (CHW) per servire le popolazioni rurali povere, dove vive la maggior parte della popolazione mondiale. Sul modello dei “medici scalzi” cinesi, si trattava di membri della comunità addestrati a fornire assistenza sanitaria di base e a indirizzare verso i centri sanitari. Inseriti nella comunità e da essa sostenuti, si riteneva che avrebbero ridotto i costi delle prestazioni sanitarie. In teoria, essi agivano anche come “agenti di cambiamento” della comunità che avrebbero avuto un impatto sui comportamenti sanitari scorretti e avrebbero “responsabilizzato” le comunità a prendere decisioni comuni sull'assistenza sanitaria(24). In una serie di recenti studi sull'efficacia della Community-based Primary Health Care, che si può considerare un sinonimo di CBPHC, è stato dimostrato che interventi dedicati alla salute materno-infantile svolti sul territorio in prossimità dei luoghi in cui le persone vivono, piuttosto che presso le strutture sanitarie, ha avuto un effetto sulla promozione dell'equità. In particolare nel 78% degli interventi si è osservato sia un effetto “*pro-equable*” ovvero il criterio di equità è migliorato maggiormente nel segmento più svantaggiato della popolazione del progetto rispetto agli altri segmenti della popolazione(25).

Sempre a proposito di CBPHC con effetti equitativi, degno di citazione è l'esperienza del Brasile sul miglioramento della salute infantile che serve come esempio dei potenziali effetti pro-equità della combinazione di approcci basati sulla comunità con la volontà e gli investimenti politici, una strategia nazionale e un impegno a lungo termine. Aquino et al., 2008, hanno analizzato gli effetti dell'espansione della copertura del “*Plano de saude familiar*” (PSF) in Brasile sulla mortalità infantile e hanno individuato che l'effetto del programma FHP è stato maggiore in termini di riduzione

della mortalità infantile nei comuni in cui la mortalità infantile era più alta e l'indice di sviluppo umano era più basso all'inizio del periodo di studio. Il programma PSF ha utilizzato un approccio incentrato sulla famiglia per fornire una serie di servizi a livello comunitario, tra cui la promozione dell'allattamento al seno, l'assistenza prenatale, le vaccinazioni e la gestione della diarrea. L'équipe di operatori sanitari, oltre a medici e infermieri e a professionisti della salute orale, comprende i CHW (chiamati Agenti Comunitari di Salute) che visitano ogni casa su base mensile. Questo programma nazionale ha portato al Brasile un riconoscimento globale per i suoi sforzi di ridurre le disuguaglianze sanitarie della popolazione in generale e dei bambini in particolare (comprese le disuguaglianze dello stato nutrizionale infantile). È stato necessario un alto livello di volontà politica per implementare la portata e la profondità di questo programma a livello nazionale.

Il contesto italiano: una base di partenza favorevole

Il sistema sanitario pubblico italiano è indubbiamente caratterizzato e attraversato da correnti di pensiero, scelte organizzativo-gestionali ed orientamenti tecnico-professionali differenti e spesso contrastanti; l'elemento della disomogeneità territoriale, che produce disuguaglianze di trattamento da regione e regione, si è chiaramente accentuato a seguito del federalismo sanitario intervenuto nel 2001. Le principali criticità del sistema, con particolare riferimento alle carenze relative alle cure primarie e alla rete dei servizi territoriali - riconducibili ad un insufficiente investimento culturale, politico e finanziario che si prolunga ormai da molti anni - sono chiaramente emerse a seguito della pandemia da Covid-19.

Ciononostante, è importante ricordare che, fin dal suo 'disegno' iniziale, il nostro sistema sanitario è stato fortemente orientato all'equità. Pur non essendo questo il luogo e l'occasione per approfondire questo caposaldo, sia sufficiente ricordare la sua natura universalistica di marchio britannico (non a caso è sempre stato collocato tra i sistemi di tipo 'Beveridge'), che prevede l'accesso indiscriminato a servizi e prestazioni da parte dei suoi potenziali fruitori.

Fondamentale, nel caso italiano, è però richiamare come il faro, e nel contempo l'ancora di riferimento per il sistema, sia rappresentato dall'art. 32 della Costituzione repubblicana, da leggere, in un 'combinato disposto', con altri articoli della stessa Carta, con particolare riferimento all'art. 3.

Forse nessun Paese al mondo ha potuto costruire una propria organizzazione sanitaria pubblica a partire da un testo (giuridicamente una 'fonte primaria') così inclusivo e, considerato il fatto che è stato formulato alla fine degli anni '40 del secolo scorso, così lungimirante. Tre aspetti di questo articolo si intende qui rimarcare con riferimento al contrasto delle disuguaglianze: 1) la tutela della salute che la Repubblica si impegna

a garantire si poggia sul riconoscimento di un diritto fondamentale dell'individuo, cioè della persona in quanto tale (e ciò sottrae il possibile godimento di questo diritto al possesso di qualunque status che non sia quello stesso di esistere e di essere presenti sul nostro territorio, come è dimostrato dall'ampia copertura assistenziale garantita anche a stranieri privi di un permesso di soggiorno in corso di validità); 2) il riconoscimento di questo diritto che, ripetiamo, è connotato come 'fondamentale', corrisponde all'interesse della collettività (e ciò connota l'approccio scelto come fondamentale in termini squisitamente di 'sanità pubblica', come è dimostrato dall'offerta universale e gratuita della vaccinazione anti SARS-COV-2 nella pandemia); 3) le cure sono garantite gratuitamente agli indigenti (e ciò dimostra come la risposta istituzionale a dei bisogni di salute verificati non possa essere subordinata alla possibilità del fruitore di sostenere le spese relative, cioè non sono ammesse delle barriere economiche alla prevenzione, cura e riabilitazione).

Si tratta, evidentemente, di principi fondamentali ma, in quanto tali, espressi in termini generali, che devono poi trovare concrete forme di applicazione e regolamentazione attraverso norme specifiche (eventualmente vagliate proprio sotto il profilo della loro 'costituzionalità', cioè coerenza con questi orientamenti generali).

Si ricorda qui come il principale strumento che presidia attualmente sia la garanzia di questi principi di universalità, globalità ed efficacia scientificamente dimostrata che la loro esigibilità da parte dei cittadini (termine usato in questo caso in modo molto ampio includendo anche soggetti privi di cittadinanza italiana ma titolari di diritti assistenziali riconosciuti) sia rappresentato dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Si conosce però anche la difficoltà di monitorare sistematicamente l'applicazione dei LEA da parte delle Regioni / PP.AA. e, soprattutto, la carenza di strumenti efficaci di dissuasione dalla loro mancata applicazione e di penalizzazione dei sistemi sanitari regionali che se ne sono resi responsabili.

Va detto anche che, a partire dal 2014, qualcosa si sta concretamente muovendo in termini di consapevolezza istituzionale sull'importanza del tema dell'equità nella salute. In quell'anno infatti la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni ha pubblicato il suo 'Rapporto sull'Equità nella Salute in Italia' che ha richiamato le Regioni e lo Stato alle responsabilità che le politiche sanitarie e quelle non sanitarie hanno per ridurre le disuguaglianze di salute dimostrate anche nel nostro paese. Negli anni successivi il Ministero (con il supporto di suoi Enti centrali o vigilati: AgeNaS, ISS, AIFA e INMP) ha nell'ordine: elaborato e pubblicato una prima proposta di raccomandazioni per un piano di azione per la riduzione delle disuguaglianze di salute (2017); preso la guida di una Joint Action europea per l'equità nella salute in Europa (JAHEE) che ha accompagnato 24 paesi europei a migliorare la propria capacità di risposta nelle politiche per il contrasto delle disuguaglianze di salute, attivando 76

concrete azioni innovatrici nei diversi paesi, compresa l'Italia (2018); creato un Gruppo Interistituzionale di Coordinamento sui determinanti sociali di salute composto dalle competenti direzioni del Ministero, dagli enti centrali del SSN e da un rappresentante regionale (Piemonte), che ha guidato le azioni italiane in JAHEE seguendo le raccomandazioni prioritarie del documento del 2017 succitato (2019); pubblicato la versione italiana dell'Health Equity Status Report che si conclude, di intesa col Ministero, con un progetto per accompagnare tre regioni pilota a mettere in pratica le implicazioni delle disuguaglianze di salute per le politiche sanitarie e non sanitarie di livello regionale e locale (2021). In ultimo, va segnalato che a fine giugno 2022 l'Ufficio della Regione europea della WHO ha pubblicato il rapporto dal titolo "Una vita sana e prospera per tutti in Italia"(26).

Conclusioni

Il possibile raggiungimento di una maggiore equità in salute, come abbiamo visto, non dipende certo da una mancanza di principi, modelli, approcci strategici e soluzioni (la Dichiarazione di Alma Ata del 1978 conteneva già tutti gli 'ingredienti' utili a contrastare le disuguaglianze), quanto da una reale volontà politica e da una correlata capacità di *governance*.

In Italia stiamo attraversando l'ennesima fase di instabilità politica, intervenuta dopo un periodo di eccezionale emergenza legata alla pandemia da Covid-19 e di scoppio di un drammatico conflitto nell'area europea con tutte le sue conseguenze (con particolare riferimento alla crisi energetica con l'impennata dei costi di gas e luce).

Il nostro Paese, elaborando il proprio Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), sta tentando, tra gli altri, di potenziare e riqualificare il sistema sanitario pubblico utilizzando il finanziamento eccezionale messo a disposizione dall'Unione Europea (per la sola 'Missione 6: Salute' si tratta 15,63 mld. di). Questo processo è stato accompagnato da un tentativo di rilancio della sanità territoriale: 7 mld. di dei quasi 16 allocati sono destinati in particolare all'obiettivo M6C1 dal titolo "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale"(27). Nel giugno 2022, come noto, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Decreto del Ministero della Salute n. 77 del 23 maggio 2022 (in vigore dal 7 luglio scorso), dal titolo: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale"(28). L'allegato 1 del Regolamento, di cui è parte integrante, contiene il documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale", trattato con maggiore approfondimento in altri contributi di questo volume. Basti qui ricordare che tale documento definisce (finalmente) funzioni e standard organizzativi del Distretto e di una serie di sue articolazioni organizzativo-gestionali tra cui, in particolare, la Casa

della Comunità (CdC).

Ed è a questo nuovo modello di assistenza (in linea di continuità con la precedente 'Casa della Salute'), orientato alla prossimità e all'integrazione interprofessionale e intersettoriale (con prioritario riferimento all'integrazione sociosanitaria), che si guarda in particolare come possibile generatore di rilevanti soluzioni alle criticità correnti. La prospettiva è infatti che la CdC possa facilitare un maggior coinvolgimento effettivo ed integrazione dei medici di medicina generale e rilanciare le cure primarie all'interno di una rete che possa garantire un'adeguata analisi dei bisogni e una tempestiva presa in carico dei pazienti e guidare idonei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA). Sulla carta esistono oggi una serie di strumenti (tra cui: la 'stratificazione del rischio'; il 'profilo di comunità'; i 'registri di patologia'; l' 'Health Equity Audit'...) che, se correttamente applicati, consentirebbero alla CdC di diventare la principale risposta ai bisogni attualmente insoddisfatti (in particolare nell'ambito della cronicità e multimorbilità) contribuendo al contrasto delle disuguaglianze nella salute e nell'assistenza. Purtroppo i finanziamenti che accompagnano il PNRR non garantiscono attualmente le risorse umane indispensabili per accompagnare il processo (della cui necessità pur si definiscono i parametri standard).

Il tentativo di riqualificazione è in corso e non sappiamo come finirà. È ragionevole presumere che, come già avvenuto in passato per altre riforme/rilanci, alcune regioni si dimostreranno capaci di sfruttare questa opportunità, altre invece la perderanno.

Glossario acronimi

CBPHC = Community-based Primary Health Care

CHW = Community Health Workers

COPC = community-oriented primary care

CPHC = Comprehensive Primary Health Care

ECDC = European Centre for Disease Prevention

FNOMCeO = Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

LEA = Livelli Essenziali Assistenziali

OMS = Organizzazione Mondiale della Sanità

PHC = Primary Health Care

PSF = Plano de saude familiar

SPHC = Selective Primary Health Care

UCL = University College of London

WHO = World Health Organisations

WONCA = World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Bibliografia

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22(3):429–45.
2. Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization; 2008. p. Executive summary available in 6 languages: Eng, F.
3. Marmot M. La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto. 2016;233.
4. Nutbeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary 2021. *Health Promot Int.* 2021;36(6):1578–98.
5. ECDC. Joint ECDC / EUPHA meeting on health communication for innovation in the EU : a focus on communicable diseases. 2009;(December):1–19.
6. Marceca M. Medical professionalism e costruzione dell'identità professionale negli studenti di medicina. Riflessioni e proposte didattiche per la formazione in Italia (in fase di pubblicazione). *Med Prof e patient advocacy* Mont L, Consorti F. 2022;(Francoangeli Editore, collana Medi-Care).
7. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy.* 2002 Jun;60(3):201–18.
8. Shi L, Macinko J, Starfield B, Politzer R, Xu J. Primary care, race, and mortality in US states. *Soc Sci Med.* 2005 Jul;61(1):65–75.
9. Watts G. Barbara Starfield. *Lancet J.* 2011;378:2011.
10. Park B, Coutinho AJ, Doohan N, Jimenez J, Martin S, Romano M, et al. Revisiting primary care's critical role in achieving health equity: Pisacano scholars' reflections from Starfield summit II. *J Am Board Fam Med.* 2018;31(2):292–302.
11. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health.* 2011;10:15–7.
12. Polaris the WONCA Young Doctors' Movement for North America and the Caribbean. The Albuquerque Statement on Health Equity.
13. Shi L. The Impact of Primary Care: A Focused Review. *Scientifica (Cairo).* 2012;2012:1–22.
14. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q [Internet].* 2005;83(3):457–502. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000>
15. Friedberg MW, Hussey PS, Schneider EC. Primary care: a critical review of the evidence on quality and costs of health care. *Health Aff (Millwood).* 2010 May;29(5):766–72.
16. Xu KT. Usual source of care in preventive service use: A regular doctor versus a regular site. *Health Serv Res.* 2002;37(6):1509–29.
17. Blewett LA, Johnson PJ, Lee B, Scal PB. When a usual source of care and usual provider matter: Adult prevention and screening services. *J Gen Intern Med.* 2008;23(9):1354–60.
18. WHO chronicle. Declaration of Alma-Ata. 1978 Nov;32(11):428–30.
19. WHO. Constitution of the World Health Organization. October. 2006;Basic Docu(January 1984):1–18.
20. Rifkin SB, Walt G. Why health improves: defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care”. *Soc Sci Med.* 1986;23(6):559–66.
21. Rifkin SB. Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for All from consensus to complexity. *BMJ Glob Heal [Internet].* 2018;3(Suppl 3). Available from: https://gh.bmj.com/content/3/Suppl_3/e001188
22. Panajia A, Cicognani A, Canini A, Maurizzi A, Martino A, Welisch A, et al. Il Libro Azzurro per la riforma delle Cure Primarie in Italia. 2021; Available from: <https://sites.google.com/view/il-li->

- bro-azzurro-della-phc/home
23. Griswold KS. Communities of solution: The Folsom report revisited. *Ann Fam Med*. 2012;10(3):250–60.
 24. Rifkin SB. Examining the links between community participation and health outcomes: a review of the literature. *Health Policy Plan*. 2014 Sep;29 Suppl 2(Suppl 2):ii98-106.
 25. Perry HB, Sacks E, Schleiff M, Kumapley R, Gupta S, Rassekh BM, et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community-based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 6. strategies used by effective projects. *J Glob Health*. 2017 Jun;7(1):10906.
 26. WHO. Una vita sana e prospera per tutti in Italia. Rapporto sullo stato dell'equità in salute in Italia. Relazione nazionale. 2022; Available from: <http://apps.who.int/bookorders>.
 27. Ministero dell'Economia e Finanze. Decreto del 6 agosto 2021, recante "Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze".
 28. Ministero della Salute. Decreto del 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno