

La nascosta inequità nel sistema di cure della salute

Starfield B. *The hidden inequity in health care.* Int J Equity Health 2011;10:15

L'accesso a risorse sanitarie di gruppi di popolazione non omogenei per livello socio-economico può configurare situazioni di non equità (*inequity*). Non equità perché persone con lo stesso problema non accedono alle stesse risorse (*horizontal inequity*) o perché persone con maggiori bisogni non possono accedere a maggiori risorse (*vertical inequity*).

In molti paesi socio-economicamente avanzati i servizi di cure primarie permettono un accesso equo sia sotto il profilo orizzontale che verticale, mentre l'accesso a cure specialistiche è spesso garantito sotto il primo aspetto ma non sotto il secondo. L'equità di accesso è un problema internazionale e tutto il mondo si interroga su quali indicatori scegliere come riferimento della stato di salute da perseguire e sulle strategie di politica sanitaria da implementare per raggiungerli. Una medicina centrata sulla "malattia", la stessa che genera infinite linee guida *diseases-oriented* e non sul paziente, conserva le sue non-equità intrinseca.

L'approccio "paziente-orientato", paziente nel quale multipli disturbi interagiscono in miriadi fenotipiche, presenta invece una potenziale equità e genera interventi sulla complessità delle vulnerabilità e non sulle singole malattie.

Malgrado ci siano dati di evidenza che il set di cure primarie fornisce benefici sia in termini di persone che di popolazione, questi stessi benefici sono largamente non percepiti.

Abbiamo bisogno di linee guida appropriate e cure orientate alla persona e solo la medicina di cure primarie può comprendere questo. È tempo che la medicina di cure primarie assuma un ruolo di guida, indirizzando le cure mediche là dove servono: curare pazienti e popolazioni, non malattie. Ed è anche economicamente conveniente.

Risorse mediche in cure primarie e risultati in termini di salute dei Servizi di Assistenza Sanitaria

Chang CH, Stukel TA, Flood AB, et al. *Primary care physician workforce and Medicare beneficiaries' health outcomes.* JAMA 2011;305:2096-104

Malgrado un diffuso interesse ad aumentare il numero dei medici delle cure primarie per migliorare esiti di cure e ridurre i costi, la relazione tra risorse mediche e risultati in termini di salute dei pazienti rimane poco compreso.

Obiettivo: misurare l'associazione tra risorse mediche nei set di cure primarie e risultati individuali a beneficio dei pazienti.

Metodo: numero di medici impiegati in cure primarie nelle *Primary Care Service Areas* e nelle Unità Cliniche *Full Time Equivalent* (FTEs) ambulatoriali.

Outcome: livelli di mortalità, ospedalizzazioni per condizioni correlate a cure ambulatoriali, costi del Servizio Sanitario (Medicare).

Risultati: le aree con maggior densità di risorse mediche in cure primarie presentano un rischio relativo ridotto per ricoveri da patologie correlati a cure ambulatoriali (RR 0,94), minor mortalità (RR 0,98) in assenza di costi maggiori per paziente. Nelle aree a maggior densità di strutture organizzate di cure primarie (tipo *Full Time Equivalent*) i risultati clinici sono ancora più favorevoli (mortalità: RR 0,95; ricoveri: RR 0,91) a fronte di un impiego maggiore di risorse economiche.

Conclusioni: un più alto livello di risorse mediche in cure primarie sembra generalmente associato a risultati individuali favorevoli.

Commento

a cura di Luigi Santoietemma¹, Saffi Giustini²

¹ Medico di Medicina Generale, Bari; ² Medico di Medicina Generale, Pistoia, Area Nazionale del Farmaco SIMG

Cosa viene enfatizzato in un programma di politica sanitaria quando non si sa cosa fare di fronte al disastro?

"Bisogna investire nelle cure primarie! Il territorio, carissimi amici, il territorio!" "Le istituzioni guardano con fiducia alla centralità della Medicina di Famiglia"

Parole, enunciati, alle quali segue poco o nulla.

Non aumentano gli investimenti in risorse finanziarie, in personale, in strutture; non aumentano le risorse sulla "sanità" a domicilio come personale infermieristico per l'Assistenza Domiciliare Integrata né le Unità Multidisciplinari per la gestione extraospedaliera della cronicità.

Questa volta, però, il monito, l'auspicio, non viene da politici più o meno di passaggio, ma da Barbara Starfield, Dipartimento di Politica e Management Sanitario della John Hopkins University. Un'appassionata esperta di sistemi sanitari integrati ... Quasi un *Manifesto delle Cure Primarie*: "poche storie – afferma – non esistono le malattie senza i malati e smettiamola di occuparci in maniera più o meno de-strutturata di malattie. Noi curiamo persone, ben diverse dai campioni puliti e levigati degli studi controllati randomizzati, campioni che hanno il difetto di avere, spesso, una malattia, una sola; di prendere un farmaco, uno solo, sennò i bias dove arriveranno e non potremo svenarci per dimostrare che il 'p' è inferiore allo 0,05 e ... ecc."

In sintesi, Barbara Starfield – purtroppo recentemente scomparsa, mentre stava per venire in Italia – dice proprio questo: “riportiamo l’attenzione sulla complessità delle persone e la gestione della persona nella sua complessità è propria delle cure primarie: rendiamoci conto di quanto siamo importanti e tracciamo noi i solchi, le strade da percorrere”.

Un Manifesto ...

E poi, conclude: “siamo anche più convenienti”.

Esattamente dopo 35 giorni Chang et al. tentano di rispondere, su JAMA, alla domanda: “Se aumentiamo gli investimenti nelle cure primarie, migliorano i risultati?”.

Tesi interessante ma mai discussa prove alla mano. E poi, come misurare il livello di cure primarie? Mica facile. Tanto poco facile che gli autori hanno bisogno di diversi indicatori:

- a. il numero di medici di interesse generalista per area (*Primary Care Service Areas, PCSA*);
- b. le unità di cure primarie FTEs (*Full Time Equivalents*), sorta di unità organizzate di cure primarie (tutto quello che sul territorio serve fino al momento di un eventuale ricovero).

E già, perché negli USA mica è facile come da noi, un MMG ogni 1.000 abitanti, negli States, Servizi federali e non federali, *Medicare, American Medical Association, ecc.*

Con il risultato che ci sono territori che hanno una densità di medici a indirizzo generalista, ma anche internisti generalisti, molto alta e altri a densità molto più bassa. Gli autori, allora, hanno esplorato due indicatori forti, la mortalità generale e i ricoveri per patologie di competenza ambulatoriale.

Risultati

- a. Dove ci sono più risorse generaliste si muore meno (poco meno, a dir la verità) e ci si ricovera un poco di meno.
- b. Dove le risorse generaliste in forma organizzata, strutturata, sono più presenti si muore ancora meno e ci si ricovera – impropriamente – ancora meno ma, sorpresa, si spende di più.

È un tentativo, lodevole, ma limitato al tessuto socio economico culturale degli Stati Uniti; ma è un tentativo interessante per capire cosa offre/può offrire/potrebbe offrire una medicina di Cure Primarie forte rispetto alla visione “ospedalocentrica”: forse si vive di più e meglio ma non è detto che si risparmi, anzi, si può/potrebbe anche spendere di più.

È un momento in cui ogni amministratore, dai ministri all’ultimo assessore dell’ultimo comune, sentenza che bisogna investire nel territorio; un momento in cui cardiologi, pneumologi, nefrologi e tutti gli “... ologi” che ci/vi vengono in mente invocano/evocano la fattiva collaborazione della Medicina di Famiglia per premiare la prevenzione e intercettare la cronicità, aprire ambulatori dedicati, collaborare su diabetici, ipertesi, scompensati, bronchitici, asmatici, insufficienti, compreso il disagio psico-sociale ... Vedere per credere l’uso di antidepressivi anche nel recente rapporto OsMed!

E noi, con i nostri tempi medi di consultazione – 6 minuti, secondo più secondo meno – stiamo anche lì a provarci. Viene in mente una vecchia narrazione televisiva in bianco e nero di Domenico Modugno, brigante da strapazzo, con due accoliti insipienti che, di fronte ai suoi proclami di *grandeur* brigantesca, assalti, rapine, ricchezze, cantavano “ma siamo solo in tre, tre somari e tre briganti”.

Spiacenti, così com’è strutturata/organizzata/supportata la Medicina Generale/di Famiglia non basta, non può aderire al Manifesto della Starfield: “... mettiamo dentro risorse, infermieri, riabilitatori, specialisti e diagnostica, rendiamo l’assistenza domiciliare concreta alternativa ad un ricovero evitabile e poi ne riparliamo”.

“Ma tutto questo costa!” “Perché, c’è ancora qualcuno che crede che si fanno nozze con i fichi secchi?”

Siamo rimasti in tre, tre somari e tre briganti ...

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

Le cure primarie secondo Barbara Starfield

Barbara Starfield era professore di *Health Policy and Management* alla *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, Baltimora (USA). Il Preside della Scuola, Michael J. Klag, nel messaggio di condoglianza la ricorda come “un gigante nel campo delle cure primarie e della politica sanitaria”. Il termine “gigante” è il termine più adatto per rappresentare la statura di ricercatore, di docente e di difensore di diritti umani di Barbara Starfield. Avevamo già in programma un post sulla sua visione di cure primarie, da pubblicare dopo il suo previsto intervento a Pisa. Lo pubblichiamo nella data prevista (e con il titolo previsto) – anche come tributo alla sua memoria – attingendo ai paper più significativi della sua sconfinata produzione scientifica.

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

Tratto da sito <http://saluteinternazionale.info/2011/06/le-cure-primarie-secondo-barbara-starfield/> a cura di Gavino Maciocco, Dipartimento di sanità Pubblica, Università di Firenze