

## Cure primarie: le sfide europee

*La Regione Veneto, attraverso il Centro regionale di riferimento per la medicina convenzionata di assistenza primaria, ha di recente creato l'opportunità di incontrare esponenti della medicina generale di altre nazioni dando vita a un fruttuoso confronto sui possibili scenari futuri e sulle eventuali sfide che i medici di famiglia saranno chiamati a sostenere*

**N**on capita spesso di incontrare esponenti della MG di altre nazioni in grado di tracciare una panoramica sullo stato dell'arte della professione. L'European Forum of Primary Care (EFPC, [www.euprimarycare.org](http://www.euprimarycare.org)) è un po' il pensatoio continentale in cui si confrontano gli strateghi che delineano il futuro della medicina generale. La Regione Veneto, attraverso il Centro regionale di riferimento per la medicina convenzionata di assistenza primaria diretto da Enrico Massa, ha avuto il merito di invitare a Verona tre autorevoli esponenti dell'EFPC, vale a dire il suo Presidente Prof. **Jan de Maeseener** il Prof. **Peter Groenewegen** e il Prof. **Pim de Graaf**, nell'ambito del convegno "Sistemi sanitari in Europa nella prospettiva della cure primarie: il Mmg, gli operatori delle cure primarie e il distretto".

Secondo de Maeseener le cure primarie europee si trovano a fronteggiare quattro sfide correlate ad altrettanti cambiamenti:

1. quelli relativi all'evoluzione sociale (invecchiamento della popolazione e prevalenza delle malattie croniche);
2. gli sviluppi della tecnologia biomedica che conducono verso una medicina predittiva;
3. il nuovo atteggiamento degli assistiti che si vedono più come consumatori di servizi offerti dal mercato che non recettori passivi delle cure mediche (rischio di medicalizzazione);
4. gli aspetti socioeconomici, sia nel senso delle disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari sia per le crescenti difficoltà di finanziamento dei servizi pubblici.

Solo un sistema sanitario fondato sulla solidarietà può assicurare il 70% delle risorse necessarie all'assistenza del 10% della popolazione affetta da patologie croniche. Le statistiche dimostrano che i sistemi sanitari dotati di efficienti servizi di cure primarie hanno migliori indicatori sanitari (maggiore soddisfazione degli utenti, meno anni di vita persi e maggiore aspettativa di vita alla nascita) a costi inferiori rispetto a quelli in cui prevalgono le cure specialistiche proprio per la debolezza dell'assistenza primaria. Le cure primarie hanno quindi le carte in regola per vincere le quattro sfide in virtù dei propri attributi distintivi: migliore accessibilità al momento del bisogno, garanzia di un capillare primo contatto con sani e malati, presa in carico e continuità della gestione delle malattie croniche, un buon livello di integrazione e di coordinamento con il secondo livello. La risposta adeguata ai nuovi bisogni si concretizza nei centri di salute comunitaria multiprofessionali, sorti soprattutto nel nord Europa.

### Modelli di riferimento

Un altro fronte in cui la MG può apportare un contributo originale è il contrasto ai determinanti sociali della salute che incidono pesantemente sull'aspettativa di vita, sull'accesso alle cure e sui livelli di salute delle fasce deboli della popolazione. Un servizio di cure primarie ideale dovrebbe riuscire a integrare i punti di eccellenza espressi dai tre modelli di medicina generale europea prevalenti:

- quello anglo-scandinavo orientato alla trasparenza, alla responsabi-

lità sociale e all'implementazione delle linee guida Ebm;

- quello mediterraneo più attento al rapporto con il malato, alla personalizzazione delle cure e alla flessibilità relazionale;
- quello dell'Est Europa orientato alla dimensione di popolazione e alla prevenzione.

Il sociologo olandese Groenewegen si è soffermato sulla necessità di innovare la MG per compensare lo squilibrio esistente tra domanda e offerta di cure primarie. Tre le aree su cui intervenire: l'organizzazione, la qualità dei processi assistenziali e la differenziazione del lavoro.

In tutta Europa si assiste a un costante aumento delle dimensioni e della complessità organizzativa delle unità di cure primarie, tant'è che emerge la necessità di inserire figure professionali di coordinamento manageriale. Nei gruppi di maggiori dimensioni ciò comporta il rischio di una discrasia tra l'orientamento verso l'assistito e le esigenze di gestione dei team multiprofessionali. L'innovazione dell'organizzazione del lavoro passerebbe attraverso la delega di alcuni compiti e il coordinamento tra cure primarie e secondarie, funzioni assicurate dalla figura infermieristica. Vi sono prove che le professioni paramediche all'interno dei gruppi di cure primarie incrementano qualità e quantità dei servizi offerti, in particolare per gli screening di popolazione, la gestione delle campagne vaccinali e la presa in carico delle patologie croniche. In Olanda, per esempio, in pochi anni gli infermieri presenti negli studi sono passati dal 10% circa al 60%, con punte dell'80% nei gruppi, senza tuttavia che si riducesse il carico di lavoro dei

medici. Agli infermieri britannici sono stati via via affidati nuovi compiti assistenziali, tanto che si sta indebolendo il confine con l'area medica. Tuttavia l'identità professionale dei medici e le aspettative degli assistiti non sempre sono in sintonia con il nuovo ruolo professionale infermieristico. D'altra parte la delega di alcuni compiti alle figure paramediche si è rivelata vincente per il conseguimento degli obiettivi dettati dall'ultimo contratto dei Gp britannici (2004). Così gli incentivi per la promozione della qualità hanno giocato un ruolo inaspettato nella riorganizzazione dei processi assistenziali nei team, anche se permane il rischio di una certa frammentazione tra le diverse funzioni infermieristiche. Nel complesso quindi, secondo il sociologo olandese, si può affermare che i servizi infermieristici rappresentano il lubrificante del cambiamento e dell'innovazione delle cure primarie nei Paesi del nord Europa.

### ■ **Rischi e stili di vita**

Secondo il Prof. Pim de Graaf i futuri modelli organizzativi dovranno rispondere prioritariamente a tre esigenze di intervento: gestione della cronicità, tutela ambientale della salute e modificazione degli stili di vita. I fattori di rischio ambientali, individuali e biologici hanno effetti differenziati in relazione alla stratificazione socioeconomica della popolazione assistita. Per questo le cure primarie devono misurarsi con la gestione integrata degli interventi sulle popolazioni e sui singoli individui a rischio. Il modello a piramide proposto dallo statunitense Kaiser si adatta a illustrare gli obiettivi di gestione dei rischi in medicina generale: alla base della piramide troviamo la stragrande maggioranza degli assistiti portatori di un basso rischio (70-80%) mentre via via che si sale di livello compaiono i primi segni di patologia

finché alla sommità si collocano gli assistiti con patologie croniche o in fase di riacutizzazione, che richiedono interventi ad alta complessità di II o III livello.

Questo modello si è rivelato utile ai fini dello screening degli assistiti al confine tra uno stadio di rischio, più o meno elevato, e quello di patologia conclamata. Gli sforzi organizzativi e professionali andranno concentrati su questo particolare segmento epidemiologico prima di tutto nel tentativo di modificarne gli stili di vita. Il guaio è che questa fetta di popolazione è restia al cambiamento, per cui dovranno essere mobilitate le abilità comunicative dei generalisti eventualmente coadiuvati da altre figure professionali (counsellor, psicologo, infermiere, dietologo, supporti telematici etc..) specificatamente indirizzati a facilitare il cambiamento di comportamenti insani.