

Diritto alla salute: l'auspicio dell'Oms

Monica Di Sisto

L'augurio di un nuovo inizio per le cure primarie nel mondo, quale fattore determinante per declinare il diritto alla salute, è stato lanciato di recente da un editoriale di Lancet. L'invito fa eco al titolo dell'ultimo Rapporto annuale dell'Oms: "Cure primarie, oggi più che mai" che ha preso a pretesto l'anniversario della Dichiarazione di Alma Ata

Un nuovo inizio per le cure primarie nel mondo: è l'augurio che da *Lancet* (2008; 372: 1365-67) hanno lanciato Salman Rawaf, Jan De Maeseeneer e Barbara Starfield rispettivamente del Collaborative Centre dell'Organizzazione Mondiale della Salute in Inghilterra il primo, dell'European Forum for Primary Care presso la Ghent University in Belgium (JDM) il secondo e Mmg della Johns Hopkins University di Baltimora l'ultima.

Un invito che ricalca il titolo dell'ultimo Rapporto annuale dell'Organizzazione Mondiale della Salute che ha preso a pretesto l'anniversario della Dichiarazione di Alma Ata - lanciata nell'omonima cittadina nel 1978 - per chiedere "Cure primarie, oggi più che mai". Il 14 ottobre di questo anno infatti, nella stessa località kazaka che però oggi si chiama Almaty, l'Agenzia delle Nazioni Unite ha deciso di fare il punto rispetto a quella ambiziosa dichiarazione nella quale tutti i Paesi membri si impegnarono trent'anni fa a garantire il diritto alla "Salute per tutti" attraverso l'organizzazione di sistemi di cure primarie.

■ La fotografia della realtà

La più chiara differenza che c'è tra la situazione fotografata nel 2008 e le promesse del 1978, secondo i tre esperti, passa per la consapevolezza che oggi più di ieri abbiamo l'efficacia e l'efficienza delle cure primarie per raggiungere questo obiettivo. Ma è anche chiaro che quanto è stato messo in piedi fino a oggi in tutto il mondo non è sufficiente né equo.

Dal 1978 a oggi il tasso dei bambini morti prima dei 5 anni è sceso molto più lentamente nei Paesi a basso reddito che in quelli ricchi. A parte Eritrea e Mongolia, rileva il rapporto dell'Oms, nessuno di essi, per altro, è riuscito a portarlo al di sotto del 70%. In generale, è vero, la popolazione del pianeta è più sana, ricca e vive più di trent'anni fa. Se non si fosse fatto ciò che comunque si è riusciti a fare, anche il traguardo raggiunto in rapporto al tasso di morte infantile di trent'anni fa sarebbe stato una chimera. Nel 2006 infatti le morti infantili sarebbero state 16.2 milioni mentre nella realtà "solo" 9.5 milioni hanno perso la vita veramente, ciò vuol dire che ogni giorno si riesce a salvarne 18mila 329. Però non si può e non si deve dimenticare che 20 dei 25 Paesi nei quali la morte colpisce almeno due terzi o più dei bambini sotto i cinque anni avvengono nell'Africa sub sahariana.

Alla salute si dedica, in realtà, circa l'8.6% del Pil globale: non abbastanza per affrontare le sfide importanti che ci attendono. La prima è quella dell'equità, appunto, seguita però per importanza dall'aumento, causato dall'inurbamento di quantità sempre maggiori di persone, della diffusione e dell'aggressività delle malattie infettive e di quelle croniche, oltre che dei disagi psicofisici. La crisi politica ed economica generale, inoltre, porta all'impossibilità (e incapacità) crescente nei Governi, sotto pressione e influenza di un mercato privato che cresce vigoroso, in tutto il mondo di finanziare, fornire e garantire ai propri cittadini servizi sanitari adeguati.

■ Una scommessa da vincere

La partecipazione dei cittadini-pazienti e delle comunità locali nella soluzione dei propri problemi di salute è essenziale e si può realizzare, secondo l'Oms, solamente attraverso una rete solida e universalistica di cure primarie. Esse, tuttavia, continuano a essere la cenerentola dei servizi sanitari di tutto il mondo poiché, questi sistemi, nel loro complesso, sono massicciamente sotto finanziati. Nel 2005, anno di riferimento del Rapporto dell'Oms, 45 Paesi spendevano meno di 100 dollari pro capite l'anno per la salute dei propri cittadini. Di contro 16 Paesi ad alto reddito spendevano più di 3mila euro pro capite. Dove i soldi si spendono, se la politica non fa errori, i cittadini vivono meglio e sborsano poco di tasca propria, ma dove i soldi non ci sono ogni minimo errore viene amplificato. In media, nei Paesi come il Kenya che spendono meno di 100 dollari l'anno a cittadino, l'aspettativa di vita è di 44.4 anni, 27 anni in meno che in Germania dove il pubblico spende oltre 2.500 dollari l'anno. Anche le politiche sbagliate si pagano in anni di vita: a parità di spesa, tra cittadini dei diversi Paesi che investono più di 2.500 dollari pro capite c'è una forchetta nell'aspettativa di vita di almeno 5 anni. In Moldavia e Haiti si spendono gli stessi 250-500 dollari pro capite, come in altri 28 paesi del mondo, ma gli haitiani si godono ben 24 anni di meno per colpa dell'Aids. E poi ci sono gli Stati Uniti, paradigma dei paradossi dei Paesi ricchi, dove in 1.000 contee le donne vivono ben 5 anni di meno che nel resto del Paese

per colpa della povertà e dell'esclusione sociale, nonostante la spesa sanitaria nazionale pubblica sia in crescita. Alcuni errori sono comuni a tutti i Paesi e costano ovunque troppe vite umane. Secondo l'Oms sono tre quelli principali:

1. la crescita sproporzionata del numero e dell'attività specialistica, in gran parte associata al fenomeno dell'ospedalocentrismo;
2. la frammentazione degli interventi, legata alla moltiplicazione dei programmi e dei progetti;
3. la pervasiva commercializzazione delle cure sanitarie in sistemi sempre più liberalizzati.

■ Chi punta sulla MG sta meglio

La focalizzazione al contenimento dei costi e alla deregulation, secondo l'Oms, ha approfondito questi disagi. La gente muore, per lo più, perché non c'è copertura dei costi per i trattamenti contro l'asma, le artriti, l'angina, il diabete e la depressione, e perché gli screening per i tumori all'utero e al seno sono a pagamento. Quando la sanità pubblica interviene su queste specifiche patologie si possono ridurre le morti premature fino al 47% e far crescere l'aspettativa di vita di almeno 9.3 anni. Ma secondo l'Oms, almeno quanto questo punto, pesa sull'efficienza dei sistemi la loro focalizzazione intorno all'ospedale e alle cure specialistiche. Un dato per tutti: tra i membri dell'Organisation of Economic Cooperation and Development (OECD o OCSE, i Paesi più ricchi del mondo), il numero dei dottori in servizio è cresciuto del 35% negli ultimi 15 anni, ma il 50% di questa crescita si deve all'esplosione degli specialisti, mentre i medici di medicina generale sono aumentati appena del 20%. In Thailandia ai tempi di Alma Ata meno del 20% dei medici era specialista, nel 2003 erano il 70% del totale. Più di recente diversi Paesi a medio reddito, come il Cile con il programma Atención Primaria de Salud (Sistema di assistenza primaria), il Brasile con la sua iniziativa per la salute familiare e la Thailandia sotto il suo schema di protezione universale

della salute hanno scelto di spostare l'ago della bilancia tra gli ospedali specializzati e le cure primarie. I primi risultati sono decisamente incoraggianti: c'è stato un miglioramento degli indicatori di risultato in tutti e tre i Paesi, combinati con un marcato miglioramento nella soddisfazione dei pazienti. Lo stesso, sottolinea l'Oms, è successo in Malaysia e in Portogallo: diritto effettivo all'accesso ai servizi, protezione sociale e il giusto equilibrio tra degenza in ospedale e affidamento ai Mmg, che non promuovono solamente la salute, ma anche la prevenzione. Questo è fondamentale perché, diversamente, per 5.6 milioni di persone in Paesi a basso e medio reddito ogni spesa sanitaria deve essere tirata fuori di tasca propria e più di 100 milioni ogni anno precipitano nella miseria a causa di spese mediche insostenibili. Ma è importante anche perché solo le cure primarie universali, vicine al paziente, consentono la continuità delle cure che è salvavita a ogni latitudine.

In Canada, per esempio, una persona ogni sette che arriva al pronto soccorso non trova una soluzione ai propri problemi e subisce un danno per colpa di qualche informazione su di lui che il medico che lo accoglie ignorava. Negli Stati Uniti la mancanza di continuità assistenziale è associata al 15.6% di tutti gli errori che si verificano in ambulatori. Secondo l'Oms non basta però la possibilità di attingere a informazioni da qualche fonte centralizzata, per esempio su internet, ma c'è bisogno di un Mmg che segua il paziente lungo tutto il suo percorso di vita.

■ Le quattro proposte

Margaret Chan, direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Salute, nella sua introduzione al volume ha posto all'attenzione delle Nazioni Unite, "imparando dal passato", quattro vie preferenziali attraverso cui tradurre l'ambiziosa visione di Alma Ata in principi guida per lo sviluppo di sistemi sanitari "adeguati alla sfida del diritto alla salute per tutti". Quattro direttrici di riforma

ma che consentono, secondo Chan "di far convergere i valori delle cure primarie, le aspettative dei cittadini e le sfide trasversali che la salute pubblica oggi deve affrontare":

1. riforme per la copertura universalistica dei sistemi, che contribuiscono all'equità in sanità, alla giustizia sociale e alla fine dell'esclusione, producendo avanzamenti in direzione dell'accesso universale alle cure e a una protezione sociale della salute;
2. riforme finalizzate all'efficienza del servizio, che riorganizzino i servizi sanitari intorno ai bisogni e alle aspettative dei cittadini, per renderli socialmente più rilevanti e più proattivi rispetto al mondo che cambia per il raggiungimento di risultati sempre migliori;
3. in seguito bisogna implementare riforme delle politiche pubbliche, che rendano più sane le comunità integrando le azioni di salute pubblica con le cure primarie, perseguendo politiche trasversali ai diversi settori e orientate alla salute e interventi sanitari pubblici transnazionali;
4. riformare le leadership, per sostituire, da un lato, l'abitudine a concentrare sproporzionatamente il comando e il controllo dei sistemi, e dall'altro il disimpegno indifferente dello Stato, con leadership inclusive, partecipative, basate sulla negoziazione e più indicate alla complessità dei sistemi sanitari contemporanei.

■ Il modello da seguire

Il modello di riferimento rimane la Gran Bretagna, dove il Ssn incontra oltre il 95% dei pazienti affetti da patologie acute o croniche a livello di cure primarie, l'82% lo cura in quelle reti con alta soddisfazione da parte di medici e cittadini e a un costo adeguato. Entro il 2015 - quando le Nazioni Unite verificheranno se l'impegno assunto nel 2000, con la Dichiarazione del Millennio, di dimezzare il numero dei poveri nel pianeta e di promuovere la salute sarà stato mantenuto - si potrà verificare se, dopo le rinnovate indicazioni di Almaty, i Ssn in tutto il mondo, compreso il nostro, somiglieranno un po' di più a quello d'Oltremarina.