

2. Che cos'è e cosa fa la Primary Health Care

Fulvio Lonati

Il non riconoscimento dell'Assistenza Primaria (AP)

All'immaginario collettivo italiano non appartiene il concetto di *Assistenza Primaria*, tentativo impreciso di tradurre *Primary Health Care* (PHC).

Mentre per ogni italiano risulta chiarissima l'immagine di pronto soccorso o di sala operatoria o di reparto di chirurgia o di rianimazione - e a chiunque risulta chiaro che tutte queste entità afferiscono al "sistema ospedale" - il termine AP è privo di significato.

Peraltro, anche per gli operatori sanitari, in genere, l'AP è qualcosa di approssimativo e poco definito. D'altro canto, l'AP non è una specifica materia di studio e ricerca nei percorsi pre e post laurea di medici, infermieri, farmacisti e professionisti della salute¹, tranne che per rarissime eccezioni.

I Servizi afferenti all'AP

Esiste ed è diffusa una serie di entità extra-ospedaliere che afferiscono all'AP, ovvero servizi - sanitari e assistenziali - per lo più ad accesso diretto e distribuiti capillarmente nel territorio, prodotti prevalentemente da "non specialisti": medici di medicina generale (MMG) e di continuità assistenziale, pediatri di famiglia, farmacie territoriali, consultori famigliari, ambulatori specialistici, forniture protesiche, servizi per la salute mentale e il contrasto alle dipendenze, cure domiciliari, strutture per anziani e disabili, cure palliative. È una serie articolata di attività, ma non riconoscibile come organico sistema unitario, perché prodotte da enti che appaiono indipendenti e tra loro non connessi; ciò benché il singolo cittadino usufruisca

¹ <https://www.apirenetwork.it/2020/07/11/motivazioni-e-aspettative-dei-giovani-medici-che-si-approcciano-alla-medicina-generale-i-risultati-dellindagine-online-orgogliosamente-mmg/#more-7071>

spesso di più servizi contemporaneamente, come, ad esempio: “MMG + esami di laboratorio + visita specialistica ambulatoriale + farmaci”, oppure “MMG + presidi protesici + farmaci + cure domiciliari + servizi assistenziali comunali”.

Cure Primarie e AP

Il riconoscimento dell'AP non è aiutato dall'oggettiva difficoltà di tradurre il concetto di PHC: ricorriamo infatti a diverse locuzioni, oltre ad AP, come “*Servizi Sanitari di Base*”, “*Cure Primarie*”, “*Assistenza Sanitaria Primaria*”. Se la definizione “*Servizi Sanitari di Base*”, utilizzata negli anni '90, è ora completamente caduta in disuso, “*Cure Primarie*” e “*Assistenza Sanitaria Primaria*”, o più sinteticamente AP, si sono evolute nel tempo e permangono tutt'ora, ma con differenti interpretazioni. Semplificando, potremmo intendere per:

- *Cure Primarie* le diverse tipologie di servizi sanitari e sociosanitari, definita da Guzzanti nel 1985 (1) come “*il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie e degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica*”²;
- *AP* l'insieme dei servizi delle *Cure Primarie* collocati all'interno del Sistema Sanitario orientato, secondo quanto precisato da Ricciardi e Damiani (2), alla “*presa in carico, valutazione globale dei bisogni di salute e definizione di un progetto di assistenza personalizzato dall'indirizzo unitario tra livelli assistenziali diversi e dalla garanzia della continuità assistenziale per la tutela della salute*”³.

² Il termine “Primary Care”, che potrebbe corrispondere in italiano a “Cure Primarie”, compare nel 1920, introdotto dal responsabile della British Army's Medical Services: si riferiva al solo ruolo di erogazione di servizi sanitari.

³ Dagli anni '50 prende corpo il concetto di “Community-oriented Primary Care”, estendendo così l'orizzonte della promozione della salute dal singolo all'intera comunità. Il termine “Primary Health Care” appare per la prima volta nel 1970, sempre nel contesto anglosassone, riferendosi sia ad aspetti strettamente connessi all'offerta di servizi di Primary Care, sia alla loro organizzazione complessiva, sia ad una correlata visione di politica sanitaria.

La definizione di PHC-AP

AP appare essere la definizione che più si avvicina al concetto di PHC, chiaramente definito dalla *Dichiarazione Universale di Alma Ata* nel 1978, ancora pienamente attuale:

“L’Assistenza Sanitaria Primaria è l’assistenza sanitaria essenziale basata su metodi e tecnologie pratiche, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa accessibile a tutti gli individui e famiglie della comunità attraverso la loro piena partecipazione e ad un costo che la comunità e il paese possano sostenere in ogni stadio del loro sviluppo, nello spirito dell’auto-fiducia e della auto-determinazione.

Essa è parte integrale sia del sistema sanitario del paese, del quale assume la funzione centrale ed è punto focale, sia dello sviluppo generale sociale ed economico della comunità.

Essa è il primo livello di contatto degli individui, delle famiglie e della comunità col sistema sanitario del Paese, portando l’assistenza sanitaria quanto più vicino è possibile a dove la popolazione vive e lavora e costituendo il primo elemento di un processo continuo di assistenza [...] si avvale, a livello locale e agli altri livelli di riferimento, di operatori sanitari quali medici, infermieri, ostetriche, personale ausiliario e operatori sociali secondo le disponibilità e avvalendosi anche di operatori tradizionali se necessario, adeguatamente addestrati socialmente e tecnicamente a lavorare in gruppo sanitario e in modo da rispondere ai bisogni sanitari espressi dalla comunità”.

Modello concettuale di PHC-AP

L’AP prevede quindi un “sistema” che pone attenzione alla salute dell’intera comunità, comporta aspetti di politica sanitaria e di organizzazione dei sistemi sanitario-assistenziali, con un modello concettuale caratterizzato da:

- accessibilità ed equità dei servizi offerti
- centralità dei bisogni delle popolazioni
- utilizzo “*cost effective*” ed appropriato delle tecnologie e dei servizi
- integrazione dei diversi livelli di assistenza (primaria, secondaria e terziaria)
- coinvolgimento dell’assistito e della comunità nel progetto assistenziale

- collaborazione tra i diversi settori, sanitari e non.

In sintesi, richiamando quanto schematizzato da Damiani (3),

- “... le funzioni proprie del modello concettuale di sistema di AP riguardano:*
- *“Accessibilità all’assistenza (accessibility) che si traduce in facilità di accesso al primo contatto, prossimità dei servizi all’utenza, orari di impegno dei diversi attori del team di assistenza e gestione delle liste d’attesa;*
 - *assistenza del paziente condotta in maniera sistemica (comprehensiveness), tenendo in considerazione le interdipendenze dei fattori bio-psico-sociali sullo stato di salute dell’individuo piuttosto che segni e sintomi specifici di organi o apparati;*
 - *integrazione (coordination) tra i diversi attori coinvolti del sistema;*
 - *continuità temporale (continuity/longitudinality) dell’assistenza;*
 - *rendicontazione periodica (accountability) da parte degli attori istituzionali e professionali su processi e risultati dell’assistenza fornita per il miglioramento continuo di competenze e servizi offerti, e la corretta informazione agli assistiti per permettere loro di effettuare scelte informate. [...il sistema PHC-AP] possiede determinate caratteristiche intrinseche che fanno sì che possa essere considerato come un sistema adattativo complesso, inteso come insieme di attori autonomi nella loro azione in modo da non essere sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono interconnesse e tali da influenzarsi a vicenda. Pertanto, l’AP –PHC, caratterizzata nella sua complessità da una molteplicità di relazioni multiprofessionali, multidisciplinari e multisettoriali, può essere analizzata in termini di rete di relazioni sia a livello territoriale che tra il territorio e l’ospedale”.*

Le grandi tipologie di assistiti

Il sistema AP si rivolge con approcci differenziati alle diverse tipologie di bisogno:

- persone sane (o apparentemente sane), con un’azione proattiva di prevenzione personalizzata, finalizzata a promuovere stili di vita sani e l’adesione alla profilassi vaccinale e agli screening oncologici;
- persone con problemi di salute di nuova insorgenza, a cui garantire una tempestiva risposta, dalla semplice informazione, alla gestione diretta per problemi di base, al passaggio ai servizi specialistici;

- persone con problematiche croniche ad elevata prevalenza (sovrappeso, ipertensione, dislipidemie, diabete, BPCO, ...) con necessità di una presa in carico continuativa nel tempo e nei passaggi tra i diversi livelli di cura;
- persone in condizioni di fragilità (fisica, mentale, sociale, economica) e/o con compromissione dell'autonomia personale e/o con bisogni assistenziali complessi, con necessità di essere prese in carico globalmente e in modo coordinato da tutti i diversi attori indicati alla specifica situazione.

PHC-AP ed evidenze

Numerose evidenze hanno chiaramente dimostrato la maggior efficacia, economicità ed equità dei sistemi basati sulla “*Primary Health Care*” (4): anche il documento dell’OMS “*Salute 2020*”⁴ conferma il ruolo centrale e strategico che l’AP dovrebbe assumere in tutti i Sistemi Sanitari del XXI secolo, favorendo lo sviluppo di partenariati ed incoraggiando le persone a partecipare in modo nuovo al proprio percorso di cura e a tutelare maggiormente la propria salute.

L’*Assistenza Primaria* infatti rappresenta la via privilegiata per far fronte con successo alla sfida che il progressivo invecchiamento della popolazione ed il crescente numero dei malati cronici stanno ponendo ormai a tutti i Paesi. L’AP infatti può facilmente avvalersi, tra gli interventi di provata efficacia di natura preventiva, terapeutica, riabilitativa, assistenziale, di quelli meno costosi e più agevolmente gestibili dal singolo e dalla sua famiglia nei luoghi di vita.

Distretto Socio-Sanitario e AP

Nel contesto italiano, il Distretto Socio-Sanitario è il luogo chiave di connessione funzionale di tutti i servizi territoriali all’interno di un disegno organico di AP. Infatti, il DPCM del 29/11/2001⁵, individua precisamente i LEA - Livelli Essenziali di Assistenza (box 1) che afferiscono alla “*Assistenza distrettuale, vale a dire le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio,*

⁴ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf

⁵ <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=12119&complete=true>

dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, SERT, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche)”⁶.

Purtroppo questo processo di valorizzazione del Distretto Socio-Sanitario, progressivamente precisato dai successivi atti normativi sin dalla Legge istitutiva del SSN 833/1978 (5), è avvenuto in modo sporadico e difforme, prevalentemente nelle poche regioni che hanno investito strutturalmente in tale direzione.

Un drammatico riscontro dell'insufficiente sviluppo dell'AP nei Distretti si è avuto in occasione dell'epidemia COVID: universale è stato il giudizio circa l'inadeguatezza della “medicina territoriale”, ovvero dell'AP; la criticità è apparsa in modo eclatante in Lombardia, regione che più ha puntato sulla “eccellenza ospedaliera”.

Box 1: LEA - Livelli Essenziali di Assistenza per l'ASSISTENZA DISTRETTUALE (previsti dal DPCM 29/11/2001 e successive modifiche e integrazioni)

A. Assistenza sanitaria di base

- medicina di base in forma ambulatoriale e domiciliare
- continuità assistenziale notturna e festiva
- guardia medica turistica (su determinazione della Regione)

B. Attività di emergenza sanitaria territoriale

C. Assistenza farmaceutica erogata attraverso le farmacie territoriali

- fornitura di specialità medicinali e prodotti galenici classificati in classe A (e in classe C a favore degli invalidi di guerra), nonché dei medicinali parzialmente rimborsabili ai sensi del decreto legge 18 settembre 2001, n.347 convertito con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405

- fornitura di medicinali innovativi non autorizzati in Italia, ma autorizzati in altri Stati o sottoposti a sperimentazione clinica di fase II o impiegati per indicazioni terapeutiche diverse da quelle autorizzate

D. Assistenza integrativa

- fornitura di prodotti dietetici a categorie particolari
- fornitura di presidi sanitari ai soggetti affetti da diabete mellito

E. Assistenza specialistica ambulatoriale

- prestazioni terapeutiche e riabilitative

⁶ Tratto da https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_aggiornamento_dei_livelli_essenziali_di_assistenza_lea_.html

- diagnostica strumentale e di laboratorio
- F. Assistenza protesica
 - fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali
- G. Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare
 - assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale)
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie a tutela della maternità, per la procreazione responsabile e l'interruzione della gravidanza
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie
 - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- H. Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone anziane non autosufficienti
 - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici
 - attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta a pazienti nella fase terminale
 - attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV
- I. Assistenza termale
 - cicli di cure idrotermali a soggetti affetti da determinate patologie

Perché l'AP non emerge?

Perché l'AP, a fronte di chiare evidenze sulla sua maggiore efficacia, economicità ed equità e sulle chiare indicazioni normative nazionali, continua ad essere poco riconosciuta, poco presente nei percorsi formativi degli operatori della salute, poco attuata?

Il fenomeno non è solo italiano, viste le ripetute campagne dell'OMS di rilancio della PHC, sino a quelle del 2008 "PHC - Now more than ever" (6) e del 2018 "Global Conference on Primary Health Care di Astana" (7).

Certamente, nell'immaginario collettivo, un approccio "riparativo" ("erogare" tempestivamente la "prestazione" che risolve "meccani-

camente” la specifica malattia insorta) risulta più attraente di un approccio “preventivo” (“investire in salute” quando “si sta bene”): significativa in tal senso la ricca serie filmografica che mitizza la medicina super-specialistica e d’urgenza.

Certamente peraltro, nel contesto italiano, alcune situazioni hanno ostacolato lo sviluppo dell’AP:

- Convenzioni nazionali (medici e pediatri di famiglia, specialisti ambulatoriali, farmacisti) orientate a porre questi attori come entità esterne e, per certi versi, controparte delle ASL (e, a cascata, dell’AP nei Distretti);
- Consultori familiari e servizi per la salute mentale concepiti come entità autonome, esterne all’organizzazione distrettuale;
- Marginalizzazione del ruolo delle figure professionali della salute non mediche;
- Scarso orientamento a valorizzare i professionisti in una logica di “governo clinico”;
- Mancato coinvolgimento di cittadini e comunità come co-attori nella promozione-salvaguardia della salute di singoli e collettività;
- Mancata formazione di professionisti competenti nei processi di territorializzazione-facilitazione-coordinamento distrettuali.

PNRR opportunità storica di sviluppo dell’AP

Il PNRR sta offrendo una straordinaria occasione di cambio di paradigma, in particolare per le chiare indicazioni contenute nella “*Missione 6 – Salute*” e, specificamente, per la spinta verso la realizzazione delle Case della Comunità (CDC), intese come evoluzione da attività ospedaliera (gestione delle acuzie) a poliambulatori (attività sanitarie territoriali) a case della salute (servizi sanitari-sociali vicino ai luoghi di vita) a CDC (persone-comunità partecipano per promuovere salute). Nel PNRR infatti si afferma (8):

“La CDC diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella CDC sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie. La CDC sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle CDC rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore

integrazione con la componente sanitaria assistenziale. [...] La CDC è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari). [...] Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica”.

Il contributo di movimenti scientifico-professionali verso il cambio di paradigma della PHC-AP

Si sono sviluppate in Italia organizzazioni, anche informali, orientate a promuovere la centralità della PHC-AP; a conclusione di questo contributo si evidenzia:

- la campagna “PHC Now or Never”⁷: sta promuovendo la scrittura collettiva del “Libro Azzurro”⁸ per la progettazione di una riforma delle Cure Primarie in Italia;
- l’associazione “Prima La Comunità”⁹ ha prodotto un esaustivo progetto sulla CDC;
- l’Associazione “APRIRE – Assistenza Primaria In Rete”¹⁰: pubblica settimanalmente su sito web documenti, iniziative, esperienze, classificate in categorie afferenti all’AP (Box 2).

Box 2: LEA – Categorizzazione dei documenti pubblicati sul sito

<https://www.aprirenetwork.it/>

- Percorsi formativi dedicati all’Assistenza Primaria
- Stili di vita, attività motoria, nutrizione - Salute e comunità - Partecipazione attiva dell’assistito
- Organizzazione Servizi Sanitari territoriali - Medicina di famiglia - AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali), UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie) - Continuità assistenziale
- Area materno infantile e medicina di genere - PDTA Pediatriche
- Governo clinico - Appropriata prescrizione
- Assistenza farmaceutica - Assistenza specialistica ambulatoriale
- Malattie croniche - PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) - Rapporto territorio-ospedale
- Valutazione e pianificazione multidimensionale - Assistenza protesica e integrativa - Cure domiciliari - Residenze Sanitarie Assistenziali - Disabilità
- Salute mentale e contrasto alle dipendenze

⁷ <https://2018phc.wordpress.com/>

⁸ <https://2018phc.wordpress.com/verso-il-libro-azzurro/>

⁹ <https://www.primalacomunita.it/>

¹⁰ <https://www.aprirenetwork.it/>

Bibliografia

1. Guzzanti E. Medicina di base e medicina ospedaliera. Federazione Medica. 1985; 9:1005
2. Damiani G, Ricciardi G, Colosimo SC, Cosentino M, Anselmi A, Farelli V e altri. Lo sviluppo dell'assistenza primaria ed il valore dell'integrazione per il distretto. I quaderni di Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute. La rete dei distretti in Italia. 2011;2011:141-150
3. Damiani G (2016), Silvestrini G, Visca M, Bellentani D (2016). Che cos'è l'Assistenza Primaria. In Governare l'Assistenza Primaria – Manuale per operatori di sanità pubblica. 2016; 3:23
4. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. GacSanit, 26 (Suppl 1): 20–6, 2012
5. Del Giudice P, Menegazzi G, Lesa L, Brusaferrò S. Organizzazione distrettuale dei servizi dell'assistenza Primaria. In Governare l'Assistenza Primaria – Manuale per operatori di sanità pubblica. 2016; 177:202
6. WHO. The world health report 2008: primary health care now more than ever
7. WHO. Declaration of Astana - Global Conference on Primary Health Care di Astana. 2018
8. Governo Italiano. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. 2021