

INDICE

INTRODUZIONE	IX
1 • LA SFIDA DELLA PROSSIMITÀ	1
Le teorie della città del quarto d'ora. L'urbanistica della prossimità	1
Dalla città specializzata alla città di prossimità	4
La città del quarto d'ora e gli approvvigionamenti	5
La prossimità costa?	7
2 • PROSSIMITÀ E ASSISTENZA SANITARIA PRIMARIA	9
La transizione demografica ed epidemiologica	9
L'assistenza primaria	12
L'organizzazione dell'assistenza primaria	16
I medici di medicina generale nell'assistenza primaria	19
<i>General practitioners</i> (UK), <i>primary care physicians</i> (USA)	20
<i>Médecin traitant</i> (Francia)	21
Centri di salute, Case della salute, Case di comunità	23
L'ospedale di comunità	26
La farmacia multi-servizi	27
Assistenza di prossimità e modelli operativi. <i>Chronic Care Model</i>	28
<i>Appendice</i> . Indicazioni per la progettazione di un Centro di salute/ Casa di comunità	33
3 • IL MODELLO CUBANO	39
L'assistenza sanitaria a Cuba	39
<i>Consultorios</i> ed <i>equipos basicas de salud</i>	40
<i>Policlinicos</i>	43

La rete dell'assistenza primaria a Cuba	45
Gli esiti del sistema assistenziale cubano	47
4 • LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ IN SPAGNA	49
L'assistenza primaria in Spagna	49
<i>Centros de salud</i> : due casi	54
Il modello catalano	57
5 • LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ NEL REGNO UNITO	61
L'assistenza di prossimità nel Regno Unito	61
Le riforme del NHS e i <i>general practitioners</i>	62
Il ruolo del GP nell'assistenza di prossimità	64
Gli <i>Health centres</i>	65
<i>Urgent care centres</i> e <i>walk-in centres</i>	67
Le farmacie di comunità	67
<i>Health centres</i> : quattro casi	68
Il servizio <i>GP out of hours</i>	71
<i>GP at hand</i>	72
L'empowerment del cittadino	73
6 • LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ IN FRANCIA	75
Il modello "ospedalocentrico" e il percorso delle riforme dal 2004 al 2019	75
Le <i>Maisons de santé</i>	78
<i>Maisons de santé</i> : due casi nella regione dei Pays de la Loire	80
Le <i>Communautés professionnelles territoriales de santé</i>	83
Gli ospedali di prossimità	84
7 • LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ NEI PAESI SCANDINAVI	87
I <i>Terveysasema</i> in Finlandia	87
Informatica e prevenzione	89
I <i>Vårdcentral</i> e i <i>Närakut</i> in Svezia	90
8 • LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ NEGLI STATI UNITI	91
I <i>family doctors</i>	93
I <i>Community health centers</i>	97
Gli <i>Urgent care centers</i>	99
Le <i>Retail clinics</i>	102
Il modello delle cure primarie dell'HMO Kaiser Permanente	110

9 • LA SANITÀ DI PROSSIMITÀ IN ITALIA	115
Il Distretto come contenitore e strumento di coordinamento dell'assistenza primaria	115
Le Case della salute	119
Le esperienze regionali: punti di forza e di debolezza	121
Case della salute: Emilia-Romagna	123
Case della salute: Toscana	126
Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e il nuovo quadro operativo dell'assistenza primaria in Italia	130
10 • LA NOZIONE DI ASSISTENZA DI PROSSIMITÀ	141
BIBLIOGRAFIA	145

INTRODUZIONE

Questo lavoro propone una riflessione sul cambio di paradigma che sta interessando e interesserà nei prossimi anni l'assistenza sanitaria, con l'approdo dei sistemi assistenziali agli schemi della "prossimità", ossia dei servizi fruibili dai cittadini in forma diretta, facilmente accessibili e integrati al di fuori dei tradizionali spazi di cura, in luoghi posti nelle vicinanze di casa o del lavoro o anche presso la stessa abitazione.

Un cambio di paradigma consacrato per il nostro Paese dalla "scommessa" inserita nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) post-pandemia covid-19 sulle Case di comunità (già note come Case della salute), quale fulcro del nuovo modello assistenziale.

Le Case di comunità hanno in realtà precedenti consolidati in gran parte dei Paesi europei, esperienze importanti anche fuori d'Europa che hanno dato vita a sperimentazioni ormai mature in alcune regioni italiane (Emilia-Romagna e Toscana), con la denominazione di Case della salute.

Esse segnano, insieme agli ospedali di comunità e alle farmacie multi-servizi, il definitivo superamento dello spazio ospedaliero come luogo segregato rispetto alla città e di segregazione della malattia e il cambio di rotta della sanità verso gli spazi teorici dell'assistenza primaria e della "medicina di iniziativa".

Di tali "nuovi" spazi fisici e teorici dell'assistenza sanitaria si occupa questo studio.

La situazione di contesto da cui origina il cambiamento è quella di una irreversibile transizione demografica per cui le nostre società si popolano di cittadini sempre più anziani con bisogni, necessità, desideri, stili di vita, consumi molto diversi da quelli espressi da una popolazione più composita:

la piramide si sta inesorabilmente rovesciando, con le classi di persone anziane fortemente sovra-rappresentate rispetto alle altre classi di età.

La transizione demografica si salda con la transizione epidemiologica: i principali bisogni di salute sono relativi alle patologie croniche, connesse all'invecchiamento e agli stili di vita, dalle quali non si guarisce e con cui bisogna convivere per tutta la vita. Sono le patologie che necessitano di una presa in carico continuativa, spesso con un basso livello di intensità di assistenza. Detta presa in carico può benissimo effettuarsi in strutture "leggere", diverse dall'ospedale e prossime all'abitazione oppure anche nell'abitazione stessa.

Sul cambiamento demografico ed epidemiologico si innestano altri fattori: una rinnovata sensibilità ecologica verso città verdi e sostenibili, la spinta a generare maggiore solidarietà sociale (anche in chiave di riequilibrio delle disuguaglianze), la necessità di conciliare i cittadini con gli spazi in cui vivono, coinvolgendoli nelle loro trasformazioni e nella loro cura.

La transizione si iscrive perciò in una più ampia presa di coscienza ambientale e urbanistica.

Alcune grandi città metropolitane europee hanno definito quella che è stata chiamata la regola dei quindici o dei venti minuti. Si prefiggono di diventare le città "del quarto d'ora" o dei quartieri "da venti minuti". Il cittadino e in particolare gli anziani devono trovare la maggior parte delle risposte ai loro bisogni entro un raggio di prossimità al massimo di qualche chilometro da casa: i luoghi degli approvvigionamenti, dell'istruzione, delle cure sanitarie, gli spazi verdi, gli ambiti di socializzazione devono trovarsi a non più di 15-20 minuti dall'abitazione.

Questo vale anche e soprattutto per l'assistenza sanitaria, nell'ambito della quale Case della salute, ospedali di comunità e farmacie multi-servizi diventano i nodi principali di presa in carico della salute dei cittadini.

Come detto non sono strumenti nuovi nel panorama dell'assistenza sanitaria: hanno già una storia alle spalle, a cui però, malgrado scelte programmatiche e dichiarazioni di intenti, non ha fatto sinora seguito, almeno nel nostro Paese, un'effettiva attuazione.

Le sfide che i sistemi sanitari devono affrontare sono di diversa natura: sanitarie, sociali, economiche, ma anche organizzative. In effetti come dimostrano le sperimentazioni condotte a livello internazionale, l'effettivo successo nei cambiamenti è determinato dalle evoluzioni organizzative.

I contenuti dello studio possono essere così riepilogati. Nel capitolo 1, prima di esaminare le questioni sanitarie, viene descritta in generale la filosofia urbanistica delle città di “prossimità”, sulla base dei primi esempi di riconversione e dei primi progetti che si stanno realizzando. Viene descritta anche una delle prime essenziali esperienze di “prossimità di ritorno”, costituita dal settore alimentare della Grande Distribuzione Organizzata (GDO) in alcune grandi città europee.

Il focus del capitolo 2 è duplice: da una parte la transizione demografica e quella epidemiologica, dall'altra il modello di cura dell'assistenza primaria che è fondato sull'elemento della prossimità. Le locuzioni “assistenza primaria”, “assistenza territoriale”, “assistenza di prossimità” sono tutte quante presenti nel testo. Esse non sono equivalenti: il concetto di assistenza primaria, pur essendo basato sulla prossimità, incorpora l'ulteriore contenuto dell'integrazione dei servizi nel complessivo sistema di protezione sanitaria. Quando le locuzioni indicano invece il primo e – spesso risolutivo – contatto del paziente con il sistema delle cure in condizioni di vicinanza fisica e di concreta accessibilità esse sono perfettamente fungibili.

Tale primo contatto può cambiare a seconda del sistema che si sta considerando: un “medico ambulante” o una clinica di villaggio in Cina, un infermiere di famiglia a Cuba, un centro di salute in Svezia, un *general practitioner* nel Regno Unito, un medico di medicina generale in Italia, ma anche una *retail clinic* negli Stati Uniti.

Dell'assistenza primaria vengono tratteggiate origine storica, presupposti teorici e principali traduzioni operative.

Nei successivi capitoli sono descritte le esperienze di prossimità assistenziale di alcuni Paesi (Cuba, Regno Unito, Inghilterra, Spagna, Francia, Finlandia, Svezia). Gli esempi di assistenza di prossimità in realtà potrebbero essere ben più numerosi e comprendere Cina, Thailandia, Brasile e America Latina (Colombia, Perù, Argentina). Tuttavia lo studio si limita a quelli di maggiore interesse, per qualche specifico profilo, per la nostra realtà.

Nel capitolo 3 è riportata l'esperienza cubana, che forse si può considerare il primo e più strutturato esempio di assistenza sanitaria di prossimità, realizzata peraltro in condizioni di estrema limitatezza di risorse, ma non per questo meno efficace.

I capitoli 4, 5, 6, 7 illustrano l'attuazione che ha conosciuto il modello delle strutture di prossimità rispettivamente in Spagna, nel Regno Unito, in

Francia e nei Paesi scandinavi. Spagna e Paesi scandinavi offrono i modelli di migliore integrazione nei sistemi sanitari dell'assistenza di prossimità.

Il capitolo 8 si sofferma invece sulle esperienze degli Stati Uniti, che, come spesso capita per le questioni sanitarie, si connotano per la loro atipicità rispetto a quelle dei Paesi europei. In un contesto fortemente segnato dalla presenza di provider commerciali da una parte operano i *Community Health Centers* (CHC), strutture sanitarie di comunità finanziate a livello federale e dagli enti locali, che coprono i bisogni delle fasce più deboli della popolazione, dall'altra le *retail clinics* e gli *urgent care centers*, strutture di natura commerciale, certamente di prossimità, lontane dalla filosofia dell'assistenza primaria propriamente detta, che però hanno guadagnato la fiducia di molti americani. Fa storia a sé l'esperienza di sanità di prossimità dell'*Health Maintenance Organisations* (HMO) Kaiser Permanente che ha anticipato in California le tendenze di evoluzione più avanzate dell'assistenza primaria.

Al capitolo 9 è delineato un quadro della situazione italiana, dalle difficoltà di affermazione del "distretto" alle esperienze delle Case della salute delle regioni Emilia-Romagna e Toscana, le più avanzate sotto questo aspetto, sino all'evoluzione del modello nel PNRR. Oltre alle Case della salute, ora denominate Case di comunità, si parla di ospedali di comunità e di farmacie multi-servizi. Più di una situazione di fatto si descrive un'agenda di lavoro per la quale si auspicano gli esiti più fruttuosi.

Chiude il libro una breve messa a fuoco del concetto di assistenza di prossimità, nelle sue dimensioni costitutive.

La transizione verso "la prossimità" in sanità è partita in Europa da almeno tre decenni; la pandemia da covid-19 ha impresso però un'accelerazione.

La pandemia ha insegnato a tutti noi che è necessario preparare il futuro e predisporre servizi in grado di dare risposte alle persone, a partire dai più vulnerabili, di fronte a trasformazioni radicali e a crisi di natura globale.

Le pagine che seguono vogliono essere anche un contributo su quello che gli addetti ai lavori definiscono "localizzazione/territorializzazione" dei *sustainable development goals*, ovvero sul ruolo del territorio e delle comunità locali quali attori strategici dello sviluppo sostenibile anche in ambito sanitario.