

Riforma sanitaria e cure primarie negli USA

L'allarme lo lanciò *JAMA* nel 2002, con un serie di articoli dedicati al tema *'Innovation in primary care'*, il cui primo contributo¹ si concludeva così: "Un sistema di cure primarie è essenziale, ma per sopravvivere e rifiorire le cure primarie devono cambiare drasticamente. Per usare le parole di Donald Berwick: "Noi stiamo portando l'ambulatorio del XIX secolo nel XXI secolo. È ora di mandarlo in pensione". I motivi della crisi erano da ricercare soprattutto nell'incapacità della disciplina di rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni assistenziali, in particolare quelli collegati alle malattie croniche, garantendo *comprehensiveness & accountability*, che significa dare risposte assistenziali articolate e complesse, dalle vaccinazioni e gli screening agli interventi proattivi nel campo del diabete e dello scompenso cardiaco, utilizzando sistemi oggettivi di valutazione dei risultati, e presidiando *coordination & continuity*, mettendo al centro degli interventi il paziente. Sullo stesso tema torna nel 2004 il *New England Journal of Medicine* con un articolo dal titolo *The future of primary care medicine*², che ribadisce la necessità di un cambiamento di rotta nel campo della gestione delle malattie croniche da parte delle cure primarie: "Se questi cambiamenti non avverranno – e non avverranno in fretta – la pratica della *primary care medicine* sembra destinata a diventare campo

d'azione degli infermieri e di altre professionalità non mediche".

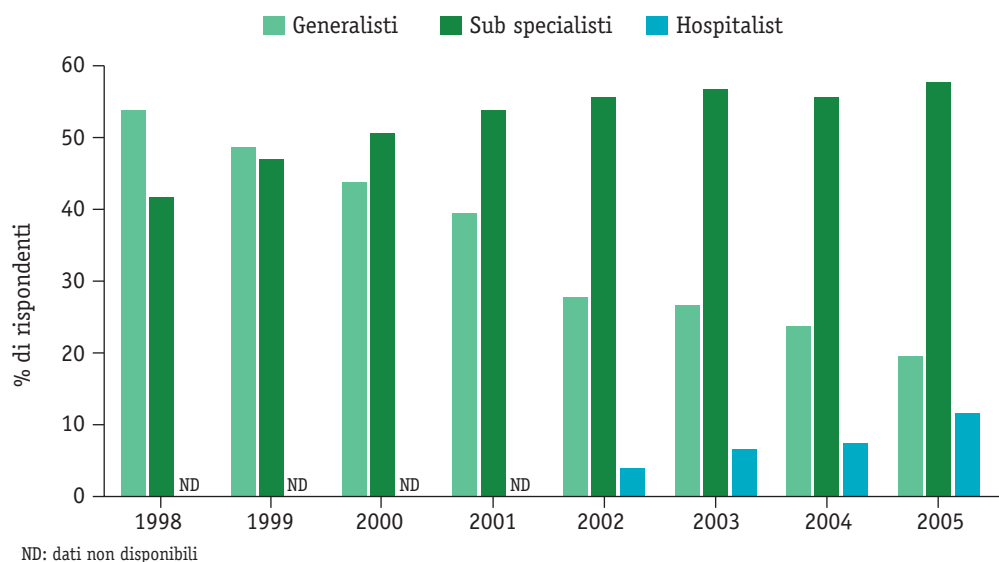
Il *NEJM* nel 2006 dedica l'editoriale alla domanda "Primary care – Will it survive?"³. La disciplina è a rischio d'estinzione a causa della disaffezione dei medici (eccessivo carico di lavoro, insufficienti compensi, se confrontati con quelli di altri specialisti): i neolaureati disertano sempre più le scuole di specializzazione in *family medicine* (nel 2005 solo il 41% dei posti disponibili è stato ricoperto); ancora più preoccupante è la tendenza degli specializzandi in medicina interna a privilegiare la carriera di sub-specialisti o di *hospitalist*, rispetto a quella di generalista (altra figura di medico impegnata nelle cure primarie): nel 1998 oltre il 50% degli specializzandi si indirizzava verso il ruolo di *primary care physician*, nel 2005 solo il 20%.

La questione del ruolo delle cure primarie all'interno del sistema sanitario americano torna con forza dopo l'approvazione della riforma Obama, approvata dal Congresso lo scorso marzo.

La ragione è evidente per due fondamentali motivi.

- a) A partire dal 2014, negli anni a venire una platea di circa 35 milioni di americani uscirà dalla condizione di 'non-assicurato' e dovrà affidarsi alle cure di un *primary care physician* (attualmente solo un'esigua minoranza di 'non assicurati' si rapporta stabilmente con un medico di famiglia);

USA: proporzione di specializzandi di medicina interna al 3° anno che scelgono la carriera di generalisti, sub-specialisti e hospitalist, anni 1998-2005.



b) Il governo americano con la recente riforma punta a contenere la spesa sanitaria, a ridurre i larghi margini di inappropriatazza, di iniquità e di inefficienza che affliggono la sanità USA, a migliorare gli outcome di salute della popolazione, contrastando in particolare la diffusione delle malattie croniche (*in primis* obesità e diabete); tutti obiettivi destinati a fallire senza il supporto di un solido sistema di cure primarie, come evidenziano recenti articoli pubblicati su *Health Affairs* e *JAMA*.

Health Affairs, la più importante rivista USA di politica sanitaria, dedica il numero monografico di maggio 2010 a 'Reinventing primary care'. Uno degli articoli della monografia⁴ invita il governo a potenziare la rete delle cure primarie raddoppiando gli investimenti, portando la percentuale della spesa per questo settore al 10-12% della spesa sanitaria totale; una proposta condivisa dall'agenzia governativa Medicare Payment Advisory Commission (MedPAC)⁵ e da altri centri di ricerca (come il Patient-Centered Primary Care Collaborative⁶) che – sulla base di esperienze realizzate in varie realtà del Paese – sostengono che l'incremento della spesa in cure primarie è da una parte controbilanciato da risparmi derivanti dalla riduzione degli accessi nei dipartimenti di emergenza e dei ricoveri ospedalieri e dall'altra accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione.

L'editoriale di *JAMA* del 21 aprile 2010 (*The primary care physician and health care reform*⁷) mette in evidenza una forte contraddizione: molti studi, tra cui numerosi confronti internazionali, dimostrano l'utilità e i benefici della *primary care*, ma negli USA è sempre più difficile convincere i medici neolaureati a iscriversi a una scuola di specializzazione che forma *primary care physician* (ovvero: medici di famiglia, pediatri, internisti generalisti). L'articolo conferma i dati del *NEJM* del 2006: nel 2010 solo il 44% dei posti di *family medicine* è stato ricoperto; un po' meglio è andata per gli internisti generalisti (54%) e per i pediatri (70%). Il motivo di questa disaffezione è essenzialmente economico: il salario medio annuale di un *primary care physician* è intorno ai 200.000 dollari, contro i 350.000 di un dermatologo. Questo è il momento delle scelte, sostiene *JAMA*. Si può decidere di non fare niente, ma allora è certo che il numero dei *primary care physician* continuerà a declinare, con serie conseguenze per la tenuta del sistema sanitario americano. L'alternativa è convincere il 50% dei neolaureati a percorrere la carriera del

primary care physician, annullando il gap salariale tra questa disciplina e le altre specialità.

Ma ciò non è sufficiente. È necessario anche incidere sulla formazione e sui livelli di responsabilità di questi medici. "I *primary care physician* – affermano gli autori – devono diventare leader nell'impegno di evitare ospedalizzazioni prevenibili per pazienti con malattie croniche, eliminare procedure chirurgiche e radiologiche inappropriate, e aiutare le persone a morire con la minima sofferenza e senza la spesa di enormi quantità di risorse".

Tutto ciò servirà a convincere i giovani medici a scegliere la carriera di *primary care physician*? Oppure il fascino delle moderne tecnologie catturerà comunque le loro menti e i loro cuori? È impossibile dare una risposta, una cosa però è certa: "se il gap salariale non sarà colmato e se il ruolo dei *primary care physician* non sarà rafforzato, c'è poca speranza che il sistema sanitario possa fornire un'assistenza di alta qualità, a un costo sostenibile, per la popolazione americana".

BIBLIOGRAFIA

1. Grunbach K, Bodenheimer T: A primary care home for Americans, *JAMA* 2002; 288: 889-893.
2. Whitcombe ME, Cohen JJ: The future of primary care medicine, *NEJM* 2004; 351: 710-712.
3. Bodenheimer T: Primary care: will it survive?, *NEJM* 2006, 355: 861-864.
4. Phillips RL, Bazemore AW: Primary care and why it matters for US health system reform, *Health Aff* 2010; 29: 806-810.
5. Medicare Payment Advisory Commission: Accountable care organizations, chapter 2, in: Report to the Congress: improving incentives in the Medicare program. Washington (DC), 2009.
6. Patient-Centered Primary Care Collaborative. Evaluation/evidence of PCMH. Washington (DC), 2009.
7. Brook RH, Young RT: The primary care physician and health care reform, *JAMA* 2010; 303: 1535-1536.



Questa rubrica è realizzata in collaborazione con **SaluteInternazionale.info**

Per approfondimenti sugli argomenti trattati in questo numero consulta il dossier a questo indirizzo

<http://saluteinternazionale.info/tag/dossier-usa/>