

Community oriented primary care: un modello che unisce assistenza primaria e public health

Gianfranco Damiani^{1,2}, Giorgio Sessa²

1 Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Italia 2 Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

In questo numero della rubrica sull'Assistenza Primaria verrà affrontato il tema della Community-Oriented Primary Care (COPC) che, come definito nel 1999 dall'American Public Health Association, rappresenta un approccio sistematico attraverso il quale un team di professionisti sanitari insieme con i membri della comunità si occupa nel lungo periodo di identificare e affrontare i bisogni di salute di una determinata popolazione, con intervenenti che ripropongono l'approccio multidimensionale solitamente applicato dai medici di assistenza primaria con i singoli individui. I medici che erogano assistenza primaria, nonostante il loro impegno nelle attività assistenziali, non hanno un ruolo guida nei processi di COPC ma, seppur la loro presenza non è richiesta in ogni progetto, è fondamentale il loro coinvolgimento.¹

Da un punto di vista operativo la COPC è un processo continuo che, dopo una valutazione dei bisogni di salute di una comunità definita, porta ad un'assistenza caratterizzata da un'integrazione pianificata delle pratiche di salute pubblica con l'erogazione di servizi di assistenza primaria. Questo legame con la salute pubblica pone la promozione della salute e la prevenzione delle malattie in prima linea nel concetto di COPC. È dunque un processo che nasce dalla stessa comunità e continua con il coinvolgimento (engagement) della stessa, la quale contribuisce alle decisioni organizzative degli interventi: la comunità diventa così l'elemento centrale e il punto di partenza per il processo COPC.²

Origini ed evoluzione

Fu Sydney Kark a coniare il termine Community-Oriented Primary Health Care (COPHC successivamente modificato in COPC) a seguito della sua esperienza come medico di famiglia insieme con la moglie Emily, negli anni '40 in una zona rurale del Sudafrica Pholela.³ Elementi chiave del loro lavoro erano l'enfasi sulla ricerca applicata, l'importanza di conoscere la cultura locale e i connessi concetti di salute e malattia, la comprensione raffinata ("diagnosi") dei bisogni di salute della comunità, l'assistenza orientata alla comunità e il lavoro di gruppo. Un'attività costruita mettendo insieme elementi di epidemiologia clinica, psicologia sociale, scienze di base e cure primarie. Le valutazioni dei bisogni sanitari della comunità venivano realizzate attraverso indagini che misuravano lo stato di salute e le caratteristiche demografiche, epidemiologiche, comportamentali e ambientali della comunità. Uno degli strumenti che più svilupparono fu l'uso di mappe dettagliate appese alle pareti che illustravano graficamente le caratteristiche demografiche ed epidemiologiche della popolazione residente, che rappresentarono tra l'altro la base per il primo censimento della popolazione nell'area.³

È un modello che ponendo al centro la comunità, come attore fondamentale e come oggetto e soggetto di azione, diventa generatore di salute per tutti gli individui all'interno della comunità, riducendo le disuguaglianze tra i singoli individui o tra gruppi di popolazione.⁴ Si caratterizza quindi per un'importante componente di giustizia sociale che consente di ridurre le disuguaglianze e di andare incontro alle popolazioni disagiate. Fu per tale motivo che con l'inizio della politica dell'apartheid i numerosi centri che erano nati in Sudafrica a seguito del lavoro dei Kark vennero lentamente chiusi.

Nonostante ciò, nel frattempo i semi di questo modello si erano già sparsi per il mondo. In particolar modo la sopravvivenza e lo sviluppo di questo modello trovarono terreno fertile in Israele dove si trasferirono i Kark negli anni '60. A Gerusalemme infatti Sidney Kark riuscì a continuare l'esperienza nata in Sudafrica entrando nel Dipartimento di Medicina Sociale da poco istituito della Hadassah-Hebrew University (adesso parte della Hebrew University-Hadassah Braun School of Public Health and Community Medicine). Fu in questa nuova sede che venne ulteriormente sviluppato e concettualizzato il modello della COPC, e parallelamente continuò il lavoro di disseminazione culturale.

Il modello della COPC

La sistematizzazione della COPC da parte di Kark e collaboratori portò all'identificazione di una serie di elementi e condizioni che costituiscono i presupposti per la realizzazione di questo approccio 5:

- una popolazione definita, con una base geografica o con alcune caratteristiche comuni (come studenti di una scuola, lavoratori di fabbrica o di una struttura sanitaria); in tutti i casi vengono assistiti tutti i membri della popolazione;
- una struttura sanitaria che eroga servizi di PHC;
- un'equipe multidisciplinare, che tiene conto delle risorse disponibili;
- un accesso gratuito ai servizi, senza barriere di natura economica, fiscale, di genere, religiosa, culturale o politica;
- un gruppo di lavoro che combina competenze nelle scienze cliniche, epidemiologiche e sociali e comportamentali;
- una proattività dell'equipe con un'attenzione al recarsi fuori dalle strutture sanitarie per poter valutare direttamente i determinanti fisici e sociali, le risorse sanitarie, le condizioni micro-ambientali e la Comunità;
- la partecipazione comunitaria (individuale e collettiva) nelle attività assistenziali e di miglioramento della salute; comportamenti, atteggiamenti e credenze sono infatti strettamente correlate con le decisioni delle persone riguardo la loro Salute.

Questo approccio consente all'equipe di conoscere i membri della comunità per i quali è responsabile. La popolazione assistita costituisce il denominatore dal quale verranno calcolati tassi di malattia e che sarà oggetto del monitoraggio demografico ed epidemiologico. La COPC, inoltre, ha tra i suoi elementi costituenti l'intersectorialità, poiché per raggiungere gli obiettivi è necessaria un'azione condivisa con altri settori determinanti per la salute di una comunità (scuola, agricoltura, ambiente, istituzioni religiose, etc.), data l'impossibilità da parte dei servizi sanitari di rispondere da soli a tutte le esigenze della popolazione.

È facile comprendere dunque che, da soli, né gli studi epidemiologici né la presenza di una struttura erogante assistenza primaria all'interno di una data comunità sono sufficienti per giustificare l'uso del termine "COPC".

Perciò, sulla base della loro esperienza accumulata e di quanto esposto sopra, Kark e Abramson hanno distillato cinque caratteristiche "essenziali" per l'applicazione del modello COPC e altre cinque considerate come "altamente desiderabili" ma non essenziali, illustrate nella Tabella 1.6

Caratteristiche essenziali
<ol style="list-style-type: none">1. Usò complementare di abilità epidemiologiche e cliniche;2. Una popolazione definita per la quale il servizio è responsabile;3. I programmi definiti affrontano i problemi di salute della comunità;4. Coinvolgimento della comunità nella promozione della sua salute;5. Accessibilità al servizio sanitario: geografica, fiscale, sociale e culturale.
Caratteristiche altamente desiderabili
<ol style="list-style-type: none">1. Integrazione, o almeno il coordinamento degli interventi curativi, riabilitativi, preventivi e di promozione;2. Un approccio sistematico (comprehensive) che si estende ai determinanti comportamentali, sociali e ambientali;3. Un team multidisciplinare;4. Un'azione proattiva e dinamica del team sanitario, per raggiungere le popolazioni deprivate che hanno uno scarso accesso ai servizi sociosanitari (outreach capability);5. Estensione dei programmi sanitari della comunità in più ampi programmi di sviluppo delle comunità.

Tabella 1-Le caratteristiche essenziali e "altamente desiderabili" della COPC. Modificato da Tollman SM «Community oriented primary care: origins, evolution, applications.» Soc Sci Med. 1991

Il processo di sviluppo COPC

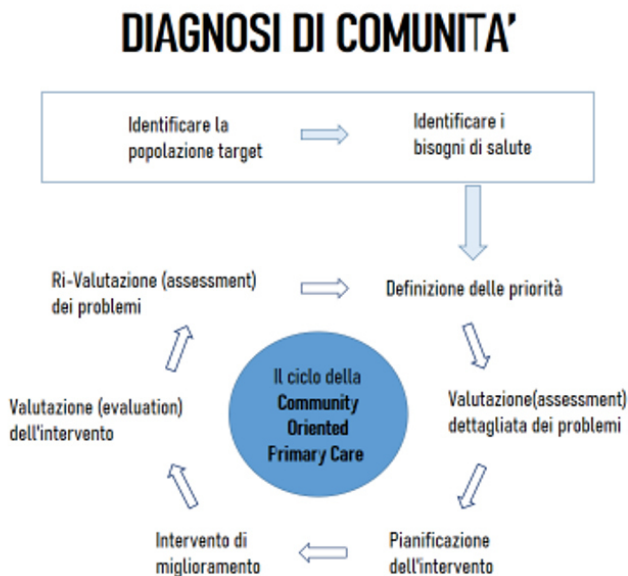


Figura 1- Il ciclo della Community Oriented Primary Care. Modificato da: Iliffe, S., & Lenihan, P. (2003). Integrating Primary Care and Public Health: Learning from the Community-Oriented Primary Care Model. International Journal of Health Services

Come detto precedentemente, e come illustrato in Figura 1, la COPC è un ciclo, un processo continuo e sistematico in cui è possibile individuare le seguenti fasi:

Definizione della comunità. Deve essere determinata la popolazione di cui ciascun servizio è responsabile. La caratterizzazione della struttura fisica, demografica e sociale della comunità e dei servizi disponibile in essa, così come lo studio dei bisogni di salute, devono essere effettuate con i dati reali esistenti, quantitativi e qualitativi. Generalmente una delle sfide in questa fase è l'assenza di dati o il loro aggiornamento o la mancanza di coincidenza con la popolazione target. In alcuni casi dovrebbe essere valutato se i dati esistenti sono applicabili a una determinata comunità e se dovrebbero essere rielaborati. Negli ultimi anni si è raggiunto un maggiore accesso alle informazioni elettroniche, sia di dati che di mappe che riflettono caratteristiche specifiche di un territorio. Ad esempio, programmi sulla base di sistemi di informazione geografica consentono di rappresentare la distribuzione dei pazienti e degli eventi in una determinata zona e conoscere il grado di penetrazione dei servizi sanitari nella popolazione. Le informazioni ottenute in questa fase sono utilizzate come base per l'analisi dei principali problemi di salute e come input per le fasi successive.

Decisione delle priorità. Una delle caratteristiche del modello COPC è che viene selezionato un problema o una serie di problemi di salute attraverso analisi delle priorità. Per farlo, si dovrebbe tenere conto dei seguenti elementi:

- l'importanza relativa del problema di salute (entità, gravità e impatto economico);
- la fattibilità di un intervento (risorse, conformità con la politica sanitaria e l'interesse del personale sanitario);
- l'efficacia prevista dell'intervento (prove di efficacia e fattori locali correlati);
- la giustificazione dei costi (secondo ciascun problema di salute);
- l'interesse della comunità (tenendo conto delle componenti precedenti).

L'equipe deve trovare il modo più appropriato per raggiungere, secondo i valori culturali locali, la partecipazione attiva della comunità nel processo di decisione delle priorità. In questo modo, si può ottimizzare l'uso di risorse umane e finanziarie ed evitarne la dispersione nello studio e nell'analisi delle condizioni per cui non è possibile o non potrà essere data risposta in forma sistematica.

Pianificazione della "diagnosi comunitaria". Per determinare i problemi di salute della comunità esistenti vengono misurati i determinanti fisici, biologici, psicologici e sociali del problema selezionato e la sua distribuzione. Una caratteristica del modello COPC è che per questa diagnosi viene analizzato in profondità solo il problema di salute scelto come priorità.

Attuazione di programmi sanitari comunitari. In questo step vengono presi in considerazione gli elementi fisici, mentali e sociali del problema di salute selezionato. Dove possibile i programmi dovrebbero coprire tutta la storia naturale della malattia e dovrebbero essere integrate le funzioni di promozione, prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione.

Monitoraggio del programma. Questa fase comprende non solo il monitoraggio delle attività e la sorveglianza demografico-epidemiologica per rilevare i cambiamenti nella popolazione target, ma anche il monitoraggio dello stato di salute della popolazione durante le azioni del programma.

Valutazione dell'impatto e dell'efficacia del programma. Questa è una parte integrante del servizio fornito alla popolazione e può essere realizzata attraverso un'analisi o uno studio del programma.

Analisi della nuova situazione. Attraverso questo "riesame" si decide se mantenere, modificare o sospendere il programma, si stabiliscono nuove priorità e inizia un nuovo ciclo del processo di sviluppo del modello.

Conclusioni

Il lavoro pionieristico svolto dai Kark come medici di assistenza primaria ha portato allo sviluppo di un approccio sistemico (comprehensive) alla cura, che tiene conto dei determinanti socioeconomici e culturali della salute, identifica i bisogni di salute e fornisce assistenza sanitaria a tutta la comunità; ha inoltre portato alla creazione di una rete di servizi, che integra l'assistenza preventiva e curativa del singolo individuo con un significativo coinvolgimento della comunità.⁸

Concettualmente quindi la COPC deriva da una convergenza tra le metodologie di sanità pubblica riguardanti gli interventi sulla popolazione e l'approccio all'individuo erogato da professionisti dell'assistenza primaria (come definite da WONCA-Europe⁹), e si può considerare come un tentativo non solo in astratto ma nella pratica di porre fine alla separazione tra l'ideologia della medicina di popolazione, l'epidemiologia, le scienze sociali, e l'erogazione di prestazioni sanitarie di assistenza primaria.

La COPC, inoltre, riflette lo "spirito di Alma-Ata" ed è un processo sistematico che ha la giusta flessibilità per adottare i principi e adattare le metodologie alla realtà e alle risorse del team sanitario locale e della comunità. Molti dei cambiamenti sulla primary health care proposti dall'OMS con la dichiarazione di Alma-Ata sono parte dei principi costituenti la Community-Oriented Primary Care. Sotto certi punti di vista anzi la COPC rappresenta un modello operativo per mettere in atto una comprehensive primary health care.

La realtà Italiana dell'Assistenza Primaria (PHC) è composta da una molteplicità di attori che spesso non riescono a dialogare adeguatamente tra loro. La necessità di un'integrazione tra distretti, dipartimenti di cure primarie, dipartimenti di prevenzione e professionisti sociosanitari che erogano la primary care è stata resa evidente dalla pandemia di COVID-19 che, agendo nostro malgrado da stress test, ha messo in luce le criticità e i punti di forza dell'assistenza territoriale.

In questo scenario, l'idea di Community-Oriented Primary Care rappresenta a buon vedere una strategia possibile per mettere insieme tutti gli attori coinvolti attorno al dovere deontologico, etico e normativo di rispondere ai bisogni di salute della comunità, aggiungendo tra l'altro degli importanti elementi di giustizia sociale, riduzione delle disuguaglianze, intersectorialità ma soprattutto attraverso il coinvolgimento della comunità come attore chiave nei processi assistenziali.

In conclusione, attraverso il modello COPC, nel nostro Paese è possibile creare sinergie tra le competenze tecnico professionali dei professionisti del territorio e degli operatori sociosanitari che erogano l'assistenza primaria con le competenze programmatiche, organizzative e valutative che caratterizzano la funzione di tutela della salute di una definita popolazione posseduta dai distretti e dai dipartimenti di prevenzione.

In questo modo, è possibile esaltare le competenze distintive delle varie categorie professionali che operano all'interno della ASL realizzando al contempo una sinergia che crea valore aggiunto nell'affrontare i problemi di salute complessi di una comunità.

Bibliografia

1. Rhyne R, Bogue R, Kukulka G, Fulmer H, editors. «Community-oriented primary care: health care for the 21st century.» American Public Health Association (1998).
2. Mullan, F., Epstein, L. «Community-oriented primary care: new relevance in a changing world.» American journal of public health 92(11) (2002): 1748-1755.
3. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. «Community-oriented primary care: historical perspective.» J Am Board Fam Pract 14 (2001): 54-63.
4. Susser, M. «Pioneering community-oriented primary care.» Bull World Health Organ 77 (1999): 436-438.
5. Gofin, J., & Gofin, R. «Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria [Community-oriented primary care: a public health model in primary care].» Revista panamericana de salud publica = Pan American journal of public health 21(2-3) (2007): 177-184 .
6. Tollman, SM. «Community oriented primary care: origins, evolution, applications.» Soc Sci Med. 32 (1991): 633-642.
7. Epstein, L., Gofin, J., Gofin, R., Neumark, Y. «The Jerusalem experience: three decades of service, research, and training in community-oriented primary care.» American Journal of Public Health 92(11) (2002): 1717-1721.
8. Gofin J, Gofin R. «Community oriented primary care and primary health care.» Amer J Public Health. 95(5) (2005): 757
9. Europe, WONCA. «The European Definition of General Practice.» (2011).

Referente:

Prof. Gianfranco Damiani

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

Largo F. Vito I. 00168 Roma

E-mail: gianfranco.damiani@unicatt.it