

Chronic Care Model in salsa brasiliana



Andrea Canini

L'equipe multiprofessionale di Salute della Famiglia è composta da un medico di medicina generale, un infermiere, un assistente infermiere e un agente comunitario di salute, che operano tra loro in modo orizzontale e collaborativo. La gestione delle condizioni croniche da parte dell'equipe di Salute della Famiglia si realizza attraverso una strategia che ingloba il Chronic care model, il modello della piramide di rischio e il modello dei determinanti sociali di salute come proposto da Dahlgren e Whitehead.

Quando il Sistema Unico di Salute (SUS) viene istituito attraverso la Costituzione Federale nel 1988, il Brasile si trova in una condizione di grande complessità dal punto di vista sociale, economico e sanitario. L'apertura incondizionata al mercato transnazionale, avvenuta negli anni del regime militare e del governo Collor, insieme alla stagnazione economica e ad un importante aumento del debito esterno occorsi nello stesso periodo, fanno sì che le conseguenze della globalizzazione siano estremamente rapide all'interno di questa democrazia dalle nascenti istituzioni. Negli anni '80, infatti, la crisi economico-finanziaria e la dilagante disoccupazione pongono le basi per l'intervento del Fondo Monetario Internazionale e della Banca Mondiale, con i loro noti programmi di aggiustamento strutturale.

Di fatto il movimento di democratizzazione dello Stato e la lotta per la costruzione di sistemi di welfare (da cui trarrà origine anche il SUS), nascono all'interno di un contesto di profonda crisi economica e finanziaria, in cui le politiche neoliberali determinano, per la prima volta dagli anni '50, una inversione della storica tendenza di riduzione delle disuguaglianze^[1].

Dal punto di vista sanitario assistiamo ad un aumento dell'aspettativa di vita e all'invecchiamento di una popolazione ancora fortemente segnata dall'impatto delle malattie infettive, che configurano la presenza di un triplice carico di malattie (infettive, croniche e accidentali) a cui il nuovo Sistema Sanitario è chiamato a far fronte.

Dalla sua nascita, il SUS viene organizzato a partire dai modelli dei Sistemi Sanitari occidentali (e in larga misura dal Sistema Sanitario italiano) e al pari di essi ne soffre limiti e contraddizioni, derivanti principalmente dalla incongruenza esistente tra un sistema di assistenza centrato nelle condizioni acute, e basato su risposte emergenziali, episodiche e reattive, a fronte di condizioni di salute della popolazione sempre più marcate dal crescente carico delle condizioni croniche derivanti dalla transizione epidemiologica tuttora in atto. Da qui deriva quella che Vilaça Mendes chiama la crisi del SUS, e, più in generale, la crisi dei sistemi sanitari contemporanei, che cercano di dare risposta ai problemi di salute del secolo XXI, con paradigmi elaborati a cavallo tra il secolo XIX e il secolo XX^[2].

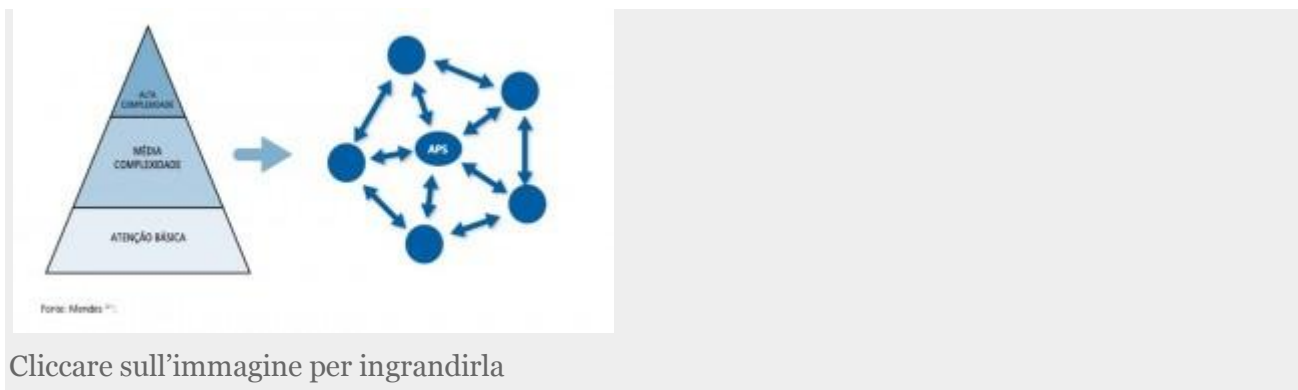
Tuttavia, in Brasile meglio che altrove, si è stati capaci di far fronte alla crisi dei sistemi sanitari, reindirizzando le politiche sanitarie in favore di un forte potenziamento della **Attenzione Primaria in Salute (APS)** e garantendo nel giro di pochi anni una significativa estensione del diritto alla salute, anche a fronte di una povertà ancora endemica in ampie porzioni del territorio. Per fare ciò è stato necessario anzitutto passare da modelli piramidali e gerarchici, come quelli su cui si basano i sistemi ospedale-centrici e focalizzati nelle acuzie, verso **sistemi organizzati in reti policentriche ed orizzontali**, e che riconoscono il proprio fulcro nella equipe di salute della famiglia.

L'equipe multiprofessionale di Salute della Famiglia, che ha il compito di coordinare della rete assistenziale, è composta normalmente da un medico di Medicina Generale, un infermiere generalista o specialista in Medicina Generale, un assistente infermiere e un agente comunitario di salute, che operano tra loro in modo orizzontale e collaborativo (per



approfondimenti si rimanda al [post](#) di Mauro Serapioni). La gestione delle condizioni croniche da parte dell'equipe di Salute della Famiglia si realizza attraverso una strategia che ingloba il *Chronic care model*, il *modello della piramide di rischio* e il *modello dei determinanti sociali di salute* come proposto da Dahlgren e Whitehead.

Figura 1. Attenzione primaria in salute



Lo sforzo di adattare il *Chronic care model* al contesto brasiliano, con una forte attenzione ai determinanti sociali, alle disuguaglianze e ai fattori di rischio biopsicosociali individuali, rappresenta senz'altro uno dei punti di forza della strategia di gestione delle malattie croniche poiché tende a dare priorità agli interventi in base alla necessità degli stessi, salvaguardandone l'equità e l'efficienza.

Nel 2006 la Commissione Nazionale sui Determinanti Sociali di Salute ha effettuato un esteso lavoro di analisi delle disuguaglianze presenti nel paese, proponendo l'**intersettorialità** delle azioni di contrasto ai determinanti come presupposto fondamentale all'efficacia delle stesse[3]. Negli ultimi anni sono state sviluppate molte politiche pubbliche di prevenzione e controllo delle condizioni croniche, non sempre però riuscendo a porre in articolazione i diversi settori. Solo per citare un esempio, negli anni compresi tra il 1989 e il 2010, il Brasile è riuscito a ridurre la prevalenza di fumatori nella popolazione dal 34,8% al 15,1%.

Nel decennio compreso tra il 1996 e il 2007 il tasso di mortalità per malattie croniche non trasmissibili ha mostrato una riduzione del 20%; una ragione ulteriore per spiegare tale decremento, oltre alla già citata riduzione del tabagismo, è stata senz'altro l'espansione della Attenzione Primaria, che ha raggiunto nel giro di pochi anni un tasso di copertura del 60% della popolazione[4].

Ma come far funzionare un modello di cure primarie all'interno di un paese dalle dimensioni continentali? Una delle risposte del Modello di Assistenza Primaria è stata quella di garantire un forte processo di decentralizzazione, in cui l'organizzazione della APS è passata da una gestione statale a una municipale. In quest'ottica è stato implementato un forte processo di territorializzazione che ha previsto la suddivisione dei municipi in territori, in cui l'equipe di salute della famiglia è responsabile di un territorio specifico e della popolazione in esso residente. Il **processo di territorializzazione** prevede la definizione del profilo geografico (ossia la delimitazione fisica del territorio di riferimento), ambientale, demografico e socio-economico del distretto di riferimento, nonché una ulteriore suddivisione del territorio in **microaree**, che rappresentano il bacino di responsabilità di ogni agente comunitario di salute[2].

L'**agente comunitario di salute** (ACS) rappresenta la figura di raccordo tra il sistema di salute e la popolazione, di cui fa parte egli stesso per mandato. Attraverso la visita periodica al domicilio dei suoi assistiti, l'ACS fornisce un monitoraggio frequente delle condizioni di salute della popolazione e svolge un ruolo fondamentale nella **promozione**, nella **prevenzione** e nella **vigilanza** in salute; oltre a ciò, l'ACS svolge un importante ruolo organizzativo, perché responsabile della gestione della domanda assistenziale, delle riunioni di equipe e della pianificazione delle azioni.

Un ulteriore elemento rilevante per comprendere il successo della Strategia di Salute della Famiglia riguarda l'educazione sia dei professionisti sanitari, sia degli utenti. All'interno di questo modello, il paziente smette di essere inteso come individuo passivo e passa ad essere considerato come agente sociale della propria salute e di quella altrui, ragione per cui vengono valorizzate (in particolare nella gestione delle malattie croniche) le sue capacità di autocura, sotto la guida dell'equipe di salute della famiglia. Esistono infatti evidenze che il 70% dei portatori di malattie croniche a basso rischio potrebbero avere un'assistenza centrata sull'autocura personale, e che meno dell'1% del tempo di gestione della malattia cronica avviene sotto la guida di un professionista sanitario[2]. In quest'ottica, quindi, è valorizzata la conoscenza personale della malattia e il paziente è visto come un alleato nel processo di gestione della malattia cronica propria e altrui.

Un ulteriore importante aspetto riguarda l'educazione dei professionisti sanitari. Vista la storica difficoltà di implementazione di strategie di lavoro multidisciplinari, e considerato il fatto che la formazione accademica in salute avviene ancora in ambienti segreganti, che non prevedono il confronto tra diverse figure professionali, in Brasile è stata proposta la strategia dell'**educazione permanente** come strumento di analisi dei problemi emergenti dal quotidiano del lavoro. L'educazione permanente brasiliana è sostanzialmente differente da come viene praticata in Italia, perché interamente centrata nelle dinamiche insite nel quotidiano lavorativo e diretta a decentralizzare e a diffondere le capacità educative dentro ai servizi stessi, al fine di aumentarne l'autonomia e le capacità di autoanalisi. Essa può quindi essere intesa come un dispositivo politico di qualificazione e costruzione collettiva del SUS, che va oltre una concezione meramente educativa per affrontare le dinamiche complesse (e non puramente sanitarie) che si realizzano nel contesto di riferimento[5].

Gli elementi sopra descritti, pur certamente non esaustivi delle modalità di controllo delle condizioni croniche in Brasile, evidenziano alcune delle strategie più interessanti che questo paese ha utilizzato per cercare di superare la crisi del proprio sistema sanitario nel dar risposta alla crescente domanda di assistenza alle condizioni croniche. Dimostrano inoltre come sia stato possibile passare da una concezione di assistenza primaria *selettiva* diretta principalmente a popolazioni povere, a un Sistema Sanitario universale volto all'affermazione della salute come diritto umano fondamentale.

Dal 9 al 13 febbraio 2015 si terrà la seconda edizione de Il Laboratorio Italo-Brasiliano di Ricerca, Formazione e Pratiche in Salute Collettiva, dal titolo "Condizioni di cronicità, lavoro in salute e implicazioni per l'assistenza primaria". Per informazioni dettagliate sul Laboratorio e sulle attività previste si rimanda al link: <http://www.csiunibo.org>

Andrea Canini, Centro Salute Internazionale, Università di Bologna

Bibliografia

1. Draibe Sonia Miriam. Repensando a política social: dos anos 80 ao início dos 90. In: Lições da década de 80. Editora da Universidade de São Paulo. 201-221, 1995.
2. Vilaça Mendes. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Panamericana de Saúde. 2012
3. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades
4. em saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
5. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Versão Preliminar. Brasília: Ministério da Saúde. 2011
6. Ceccim R. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciência e Saúde Coletiva 2005; 10(4): 975-986.



Fonte: **SALUTE INTERNAZIONALE.info** Redazione SI

pubblicato su



Fonte: **SALUTE INTERNAZIONALE.info** Redazione SI

pubblicato su