

Redazione | Pubblicità | Contatti

quotidianosanità.it

Lettere al direttore

Quotidiano on line
di informazione sanitaria
Mercoledì 08 GIUGNO 2022

QS

Home | Cronache | Governo e Parlamento | Regioni e Asl | Lavoro e Professioni | Scienza e Farmaci | Studi e Analisi | Archivio

LA SINERGIA È GENESI

SICS

pke>

QSe

DOCTA

Consulcesi

SCOPRI DI PIÙ

LA SINERGIA
È GENESI

SICS

pke>

QSe

DOCTA

Consulcesi

SCOPRI DI PIÙ

segui **quotidianosanità.it**

twitter

facebook

feed

newsletter

archivio

Tweet | Condividi | Condividi 1 | stampa

La prossimità non si esprime solo in termini di strutture

di Mario Oppes



08 GIU - Gentile Direttore,

Il rischio che l'adozione di un nuovo modello di assistenza sanitaria territoriale passi in assenza di un adeguato confronto, è concreto. Non mi sottrarrò quindi alla tentazione di esprimere alcune considerazioni. Il Servizio Sanitario Nazionale – propone il documento predisposto dal Ministero della Salute d'intesa con la Conferenza Stato/Regioni – persegue l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati e centrati sulla persona, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità, attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità.

Ma la prossimità, parola chiave del progetto di riforma dell'assistenza territoriale, può essere espressa in termini di struttura? Come è possibile immaginare che l'esigenza di avvicinare le cure all'ambiente di vita dei malati possa essere soddisfatta semplicemente dalla creazione di nuove strutture? Siamo tutti d'accordo sul fatto che la pandemia da Covid-19 ci ha posto di fronte a una realtà che per tanto tempo molti hanno cercato di ignorare. Ora ci si è finalmente convinti della necessità di superare le criticità del sistema assistenziale territoriale (ma anche quello ospedaliero ne ha sicuramente tante da affrontare) e l'opportunità di poter investire una quantità di risorse che in quarant'anni di professione medica non ricordo di aver mai visto a disposizione, permette finalmente di poter riprogettare il sistema assistenziale.

Se sono sicuramente condivisibili i principi che ispirano la proposta (universalità di accesso, integrazione degli interventi, centralità della persona) qualche problema emerge quando si tenta di declinarli in un vero e proprio modello di cura. La prima sensazione è che si voglia investire sulle strutture più che sulle persone. L'articolazione del sistema prevede infatti la conferma dei Distretti (con nuovi compiti), l'istituzione di Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Centrali Operative 116117, Ospedali di Comunità.

Tutte strutture alle quali si pensa di affidare ruoli di coordinamento: il Distretto (all'interno del quale staranno le Case di Comunità, le Centrali Operative Territoriali e gli Ospedali di Comunità) sovrintenderà all'integrazione delle diverse strutture sanitarie allo scopo di assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione e coordinerà anche i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta con le strutture assistenziali a gestione diretta; la Casa di Comunità coordinerà la rete di professionisti che operano al suo interno o in quelle omologhe appartenenti alla rete hub e spoke o con le altre strutture territoriali; la Centrale Operativa Territoriale avrà una funzione di coordinamento della presa in carico delle persone e degli interventi.

Quantomeno confusa appare poi la traduzione del principio di presa in carico. La Casa di Comunità lo garantirà attraverso l'infermiere di comunità (che agirà facilitando e monitorando i percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza; l'Unità di Continuità Assistenziale (un medico e un infermiere che operano nell'ambito territoriale in collaborazione col medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta) supporteranno (ma non sostituiranno) i professionisti professionali della presa in carico; le Centrali Operative Territoriali avranno la funzione di coordinamento della presa in carico delle persone.

Ancora più incerta l'interpretazione delle modalità suggerite per la presa in carico dei pazienti inseriti negli Ospedali di Comunità: la responsabilità igienico-sanitaria e clinica sarà in capo al medico (non sappiamo come identificato), l'infermiere, interfacciandosi con la Centrale Operativa Territoriale, si occuperà delle transizioni di cura (?) assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale. L'assistenza medica diurna sarà in capo a medici dedicati e quella notturna ai medici della continuità assistenziale. Una complessità che non può non suscitare dubbi sul tipo di relazione che sarà possibile instaurare coi malati. Quali (o dobbiamo pensare quanti?) riferimenti professionali avrà il paziente e con chi potrà instaurare la relazione fondamentale (basata sulla fiducia)? E la prossimità verrà intesa come vicinanza di una struttura, che eroga prestazioni sanitarie, al domicilio del paziente? Non corriamo il rischio di dare un significato puramente geografico al concetto di prossimità?

La prossimità – ha ricordato papa Francesco – significa che la "presa in carico" smette di essere una

lettere
al direttore

Flebinec Plus
AIUTA A MIGLIORARE
LA SENSAZIONE DI PESANTEZZA,
GONFIORE E IL DOLORE

14 giorni di trattamento
Basta un solo giorno di trattamento per sentirsi meglio

ALFASIGMA

QS newsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di
Quotidiano Sanità.

Diventa ciò che sei

ONAOSI
scopri più su www.onaosi.it

QS gli speciali



**Legge di Bilancio 2022.
Tutte le misure per la
sanità**

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1 La morte silenziosa del mmg
- 2 Comparto Sanità. Ok da Regioni ad Atto indirizzo integrativo. Per rinnovo contratto in arrivo 241 milioni di euro

questione burocratica e diventa incontro, accompagnamento, condivisione. Farsi prossimi ha detto ancora il papa - significa anche abbattere le distanze, fare in modo che non ci siano malati di "serie A" e di "serie B", mettere in circolo le energie e le risorse perché nessuno sia escluso dall'assistenza sociosanitaria. Non si tratta quindi di definire la prossimità col metro, ma con la relazione.

Si finirà allora per costruire tanti contenitori, peraltro difficili da riempire, date le attuali difficoltà a reperire personale sanitario qualificato? E quale contenuto potremo desiderare? Sarebbe auspicabile immaginare che a garantire le cure fossero operatori sanitari motivati, liberati da inutili e pericolosi appesantimenti burocratici, spesso finalizzati ad un controllo "aziendalistico" della "produttività", che rischia di snaturare la professione, creando confusione rispetto alle finalità che sarebbe necessario perseguire.

Nella convinzione che difficilmente si potranno avere, almeno nei prossimi dieci anni, simili opportunità, sarà magari il caso di riflettere ancora sulle scelte da attuare e riconsiderare alcuni aspetti della riforma, partendo magari dal presupposto fondamentale che la cura è innanzitutto una questione di relazione tra persone.

Mario Oppes

*Già direttore di struttura complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza
Vicepresidente nazionale della Società Italiana per la Bioetica e i Comitati Etici (SIBCE)*

08 giugno 2022
© Riproduzione riservata

- 3 Vaiolo delle scimmie. Oms Europa: "Massima attenzione per feste e grandi eventi estivi. Questo virus può infettare chiunque e non è intrinsecamente associato a nessun gruppo specifico di persone"
- 4 Covid. Approvate linee di indirizzo per gestione del personale e per accesso di familiari e pazienti nelle RSA e negli ospedali
- 5 Pnrr. La Mission 6 Salute pronta a decollare. Ecco tutti gli interventi previsti per la sanità
- 6 Riconoscere come "disagiato" il lavoro in Pronto Soccorso
- 7 Isolamento e quarantena. Cosa cambia dal 1 aprile: nel primo caso nessuna novità rispetto ad oggi, mentre per la quarantena stesse regole per vaccinati e no vax. Per i sanitari obbligo test quotidiano per 5 giorni dopo contatto con positivo. La nuova circolare del ministero
- 8 Si è chiusa l'Assemblea mondiale Oms. Confermata la gestione Tedros che resta in carica altri 5 anni. Tutte le risoluzioni approvate
- 9 Covid. Vaccini obbligatori, il Piemonte chiede al ministero chiarezza su guarigione e quarta dose
- 10 Pnrr. Speranza: "Firmati i contratti di sviluppo con tutte le Regioni. Nasceranno 1.350 case di comunità e 400 ospedali di comunità"

Altri articoli in Lettere al direttore



Un topo nella stanza del medico
(dello psichiatra in particolare)



Per la sanità territoriale è venuto il momento del "redde rationem"



La Medicina di Comunità e il DdI Boldrini



Sul Pnrr non vogliamo guerre di religione, ma un confronto serio e informato



Pnrr e professioni sanitarie: il valore dei team multiprofessionali in Case e Ospedali di Comunità



Meno politica e più merito nelle nomine in sanità, dal DdI Concorrenza un primo risultato

Quotidianosanità.it

Quotidiano online
d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Direttore responsabile

Cesare Fassari

Direttore editoriale

Francesco Maria Avitto

Presidente

Ernesto Rodriguez

Redazione

Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Pubblicità

Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.

Chi sceglie di proseguire nella navigazione su questo sito oppure di chiudere questo banner, esprime il consenso all'uso dei cookie.

[Privacy Policy](#)

Prosegui