

quotidiano **sanità.it**

Lettere al direttore

Quotidiano
Sanità **CLUB**

Diventa visibile anche all'AI

Crea il tuo profilo

Entra in **Professionisti Sanitari.AI**Servizio offerto da Quotidianosanitàclub.ch**QS** » **Lettere al direttore** »

Utopia delle cure territoriali

Utopia delle cure territoriali

Gentile Direttore, l'elaborato [allegato](#) vuole essere un contributo alla revisione dei modelli organizzativi e gestionali della MeG, della Medicina specialistica ambulatoriale e degli ospedali...

Gentile Direttore,

l'elaborato allegato vuole essere un contributo alla revisione dei modelli organizzativi e gestionali della MeG, della Medicina specialistica ambulatoriale e degli ospedali. La produzione di cura nel territorio programmata nel 1978 come percorso circolare a partire dal MG e successivo coinvolgimento delle altre sedi assistenziali con ritorno del

clinico e una continua deriva (iper-)specialistica e tecnologica indirizzano (anche in altri Paesi) i malati verso l'ospedale piuttosto che alla MeG. Un percorso strutturato da partecipazione condivisa tra MM.GG. e Medici ospedalieri richiede una vera e propria transizione antropologica e cognitiva del MG.

Le condizioni delle cure territoriali sono segnate in molti Paesi da una grave crisi che rende marginale il ruolo della MeG e ne mette in pericolo la stessa esistenza.

La esclusione dalle cure di una importante quantità di malati in USA e in Brasile e le concrete limitazioni di accesso alla medicina territoriale in UK, Belgio, Francia e nel nostro Paese indicano le difficoltà di rispondere ai bisogni di salute.

Anche in Italia, il cambiamento spontaneo di interesse dei malati dalla MeG all'Ospedale iniziato dopo il 1955, non è soltanto dovuto alle carenze dell'offerta territoriale ma è correlato con la percezione di efficacia dell'offerta ospedaliera.

Come in molti Paesi occidentali, nel SSN, la scelta di rinunciare in caso di urgenze e non di rado anche in elezione alla MeG è diventata un fenomeno di massa a partire dal 1978, si è aggravata e non è stata ridotta dal D.L.77/2022. Un sistema unico per le urgenze a valenza aziendale gestito dalla CO 118 con le CA, le UCA e con la partecipazione del MG e dei PS (OBI) potrebbe essere il modello intermedio per intercettare i malati in transizione nel territorio.

Purtroppo in questi 70 anni la cultura manageriale raramente ha governato la nostra sanità; si aggiunga che l'Italia è uno dei pochi Paesi che non possiedono una Scuola Superiore di Sanità Pubblica per la formazione di manager del SSN. Anche per queste condizioni il paesaggio della salute è caratterizzato da grande efficacia e efficienza clinica sia in urgenza che in elezione ma è anche condizionato da scarsa attenzione alla produttività dei percorsi e alla sostenibilità del SSN.

È necessaria la revisione complessiva dei servizi territoriali per interrompere il degrado dell'offerta e porre attenzione ai frequenti disagi e ai primi segni del deterioramento dell'ospedale che ha sostenuto con efficienza anche la domanda fino al 2019.

con frequenti transizioni tra ospedale e territorio. Pertanto questi casi richiedono modelli organizzativi e gestioni adeguati ai quadri clinici, sollecitate risposte alle domande di cura senza interruzioni dei percorsi dei malati.

Come in ospedale anche nel territorio è possibile valutare casi complessi ed erogare cure con vari livelli di approfondimento e con la partecipazione di differenti operatori aziendali.

In questa nuova prospettiva assume priorità la integrazione informatica aziendale che finora ha provocato la nascita di una vera e propria torre di Babele tra MG e malato e tra gli operatori del SSN.

I sistemi di e-Health possono dare un aiuto straordinario alle attività cliniche e burocratiche del MG e alla sua partecipazione alla assistenza in collaborazione con altre figure professionali.

Il MG è spesso oppresso da una enorme quantità di prescrizioni reiterate per malattie croniche che causano malessere lavorativo e hanno modificato il suo stile di lavoro. Anche le prestazioni specialistiche, che costituiscono uno dei maggiori problemi della MeG, hanno provocato anomalie dei percorsi assistenziali in cui il MG è spesso escluso dalle decisioni cliniche; l'aumento della domanda di prestazioni specialistiche e di procedure ambulatoriali ha favorito lo sviluppo di un mercato gestito prevalentemente da medici non integrati nel SSN.

Il fenomeno ha trasformato l'offerta specialistica territoriale in un mercato di prestazioni non controllate e capace di provocare l'aumento progressivo della spesa sanitaria a carico dei malati e del SSN.

Il modello dell'offerta territoriale, supportato dalla MeG, dai Distretti, dalla MSA, ancora prima dell'attuale carenza di risorse umane, ha reso possibile la comparsa di fenomeni di riduzionismo clinico e di modalità burocratiche nella relazione con i malati.

Tutti i problemi appena accennati, (e altri), hanno diffuso l'opinione che una riforma complessiva per impedire il definitivo collasso dell'offerta territoriale sia eccessiva e comunque difficile da attuare; sarebbero sufficienti il reclutamento di una considerevole quantità di risorse umane e alcuni cambiamenti dei servizi.

assistenziale in aree residenziali e domiciliari e la continuità di cura tra ospedale e territorio.

La varietà delle esperienze cliniche finora rese note sottolinea l'importanza del cambiamento di ruolo, partecipazione, conoscenze e stile di lavoro del MG e la necessità di attribuire a questa figura compiti di governo della sanità territoriale. Il programma dovrebbe assegnare al MG la gestione unitaria delle cure per ogni suo malato con l'integrazione dell'offerta di operatori dei servizi territoriali e ospedalieri che egli riterrà necessari al caso.

Un cambiamento così radicale richiede anche il supporto di numerosi operatori professionali per la costituzione di un sistema di servizi intermedi tra MeG e ospedale e per il lavoro ambulatoriale per migliorare l'efficienza e favorire il benessere lavorativo dei MM.GG. L'aggregazione nelle CCS è possibile anche da remoto con internet e consente la partecipazione al governo clinico anche nelle aree a bassa densità abitativa. La produzione assistenziale con la partecipazione di più medici migliora la qualità delle cure anche se ogni decisione clinica ricade nell'autonomia del MG di fiducia del singolo malato: autonomia e insieme partecipazione, come nelle unità operative complesse ospedaliere, richiedono forse l'adeguamento della struttura giuridica della relazione fiduciaria tra MG e malato.

Il trasferimento nel territorio dei percorsi e dei processi di cura abitualmente attuati negli ospedali comporta un salto di qualità culturale e operativo e la possibilità di attivare prestazioni in tutte le sedi aziendali e a domicilio del malato, con dispositivi muniti di internet: l'integrazione comunicativa e la continuità di cura rendono possibile la costruzione di un ospedale concreto e insieme virtuale con modalità di funzionamento sovrapponibili a quelle dell'ospedale tradizionale.

Claudio Cordiano

di Claudio Cordiano

22 Gennaio 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Crisi globali, fragilità locali: come i conflitti modellano la nostra salute



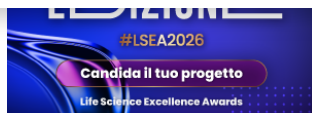
Le liste d'attesa e la necessità di una 'regia clinica'



Report Sism, tra ritardi, ombre e luci e dati non detti



Perché la riforma Aifa non sta funzionando



Sanità digitale
per garantire più
salute e
sostenibilità. Ma
servono
standard e
condivisione

Tutti gli speciali

I [7 [30
più giorni]giorni]
letti



Dirigenti
medici e
sanitari.
Arriva la
firma
definitiva
sul
contratto
2022-
2024.
Ecco
tutte le
novità

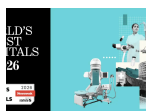


Milleproroghe.
Via libera con
fiducia anche

anni, deroga
incompatibilità
e ricetta
elettronica. Il
provvedimento
ora è legge



Obesità.
Poca frutta,
verdura e
attività
fisica ma
molte bibite
gassate e
troppo
tempo
davanti a tv
e
smartphone.
Il risultato?
In Italia è in
sovrappeso
un bambino
su 5 e il 40%
degli adulti. I
numeri lss



World's
Best
Hospitals
2026. Il
miglior
ospedale
del mondo
si
conferma
la Mayo
Clinic di
Rochester.
Il primo
italiano è il
Policlinico
Gemelli di
Roma al
33° posto.
Ecco la
nuova
classifica
di
Newsweek



Dieta
mediterranea.
Nasce la

ritmi biologici



sanità



Quotidiano online
d'informazione sanitaria

Direttore responsabile
Luciano Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Copyright 2013-2026 © Homnya Srl
Tutti i diritti sono riservati

P.I. e C.F. 13026241003

Iscrizione al ROC n.34308
Iscrizione Tribunale di Roma n.115/2013 del
22/05/2013

Riproduzione riservata

[Privacy Policy](#)
[Cookie Policy](#)
[Accessibilità](#)