

Accettazione, accoglienza, presa in carico

I tre termini sono in uso, nella realtà sanitaria, contestualmente, pur rappresentando, nella sequenza in cui li espongo, una evoluzione delle relazioni fra la struttura sanitaria, i suoi operatori e la persona che vi accede.

La contestualità dipende, in parte, dalle funzioni che svolgono i diversi segmenti fra cui si dipana il percorso assistenziale, ma in particolare dalla diversa organizzazione e sensibilità (...evoluzione civile) degli operatori.

“Accettare” deriva dal latino *accipere*, ricevere. Alcuni vocabolari affermano che abbia sempre un significato positivo, una connotazione di gradimento. A me non sembra! Non si dice, di un giovane estraneo *“lo accettò a casa propria come un figlio”*, ma piuttosto: *lo accolse!* In una scala di valori, di voti, il termine “accettabile” indica una sufficienza scarsa, risicata.

L'*accettazione* è l'ufficio in cui si ricevono richieste di determinate prestazioni e in particolare si svolgono le pratiche per ammettere i malati in ospedale. Il termine, trasferitosi dal luogo alla funzione, viene ad indicare anche l'insieme delle attività che sono attuate per consentire o regolarizzare l'ammissione del paziente in ospedale.

Il Regolamento dei regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio del 1789, voluto dal Granduca Pietro Leopoldo, descrive bene il processo di accettazione, cioè di ammissione degli infermi: *“...il Caporale di Banco scriverà al libro dei venuti il nome, cognome, e Patria del Malato, non meno che il genere, e l'epoca della malattia rispettiva. Indi... il numero d'un Letto vuoto nel quartiere già destinato, lo scriverà in un polizzino, che consegnerà al Malato, quale per mezzo d'uno dei Portinaj farà condurre alla Spogliatoio... gli Spogliatori lo raderanno, e puliranno secondo il bisogno, e spogliatolo di tutti i suoi panni lo rivestiranno di camicia, gabbanella e berretto dello Spedale. Indi uno di loro dovrà scrivere nel libro nome, cognome e Patria, e altresì tutti i suoi panni, e qualunque altra cosa, ch'ei lascia in deposito”*¹.

Questa procedura resta immutata anche nel Novecento. Un manuale di ordinamento dei servizi negli ospedali² riporta la pianta dell'accesso all'ospedale con l'ufficio accettazione e il limitrofo parlatorio e mostra il guardaroba dell'Ospedale civile di Padova, con una lunga parete alla quale sono appesi, in delle reticelle, le “masserizie” dei singoli ricoverati. In sostanza la procedura è analoga a quella che si vede in tanti film che descrivono l'ingresso di un nuovo detenuto nella prigione.

Di questa accettazione si sono trasformati alcuni aspetti, ma non se ne è persa la sostanza, nascosta generalmente nell'ambito di procedure burocratiche.

Si tratta di attestare un accesso, che significa adito, passaggio, come ci ricorda ad esempio un cartello che indichi: “Vietato l'accesso ai non addetti ai lavori”.

La malattia viene quindi sottolineata come un passaggio da malato a sano, che si evidenzia con i suoi riti, con un cambio di appartenenza, una modifica di cittadinanza, dalla città (esterna) alla città interna (ospedale).

Cambiano così, per il ricoverato, i tempi della giornata, gli orari (immotivatamente) dell'alimentazione e con essi il ritmo sonno-veglia. La divisa è stata abolita, ma esiste il pigiama o la camicia da notte che devono indossare anche coloro che potrebbero rimanere vestiti; quello che lo spazio di cura suggerisce è la disponibilità del proprio corpo – localizzato a letto – alla ispezione da parte del medico; è in tale contesto che sono nati la Clinica e l'Ospedale moderni.

Poiché nel nostro Paese ci si avvale – almeno per ora – di un sistema sanitario universalistico, l'accesso è garantito a tutti e quindi l'accettazione dovrebbe essere abolita!

Ho chiesto a una signora, che mi narrava di un suo accidentato percorso fra vari ospedali pubblici e (occasionalmente) privati, e che ne ha fatto oggetto di riflessione e testimonianza, in che cosa si differenziava l'accettazione dall'accoglienza: *“La differenza più evidente è quella che distingue, spesso, il servizio pubblico da quello privato: il sorriso!”*.

Nei Piani sanitari nazionali e regionali e negli

LE PAROLE DELLA SANITÀ Accettazione, accoglienza, presa in carico

atti di programmazione socio-sanitaria è assai comune l'uso del termine "accesso", a denotare tuttavia essenzialmente un diritto: accesso universalistico, accesso alle informazioni, accesso alla terapia del dolore, ecc. Il termine "accettazione" è riservato alle pratiche burocratiche e alla identificazione di specifici uffici. Più diffuso il termine "accoglienza".

L'**accoglienza** è di per sé cordiale, ospitale, poiché accogliere vuol dire approvare, accettare, dare ospitalità, includere. Il suo contrario è, appunto, allontanare, respingere, rifiutare, escludere.

L'accoglienza è una delle funzioni degli operatori sanitari, un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita e persona che assiste all'interno di una relazione di aiuto, focalizzata sui bisogni dell'utenza e sulla partecipazione alle decisioni assistenziali che la riguardano. L'accoglienza comporta pertanto una reciprocità stabilendo un rapporto bidirezionale. Si chiedono informazioni e si danno informazioni. L'operatore si presenta, informa del servizio nel quale la persona viene ospitata, illustra la composizione della équipe, i diversi compiti dei professionisti che ne fanno parte, la disposizione dei locali dei quali l'ospite può avere necessità e, qualora – come spesso accade – il luogo è "disagiato" (alcune aree non sono a norma, ci sono lavori in corso, alcuni locali sono inaccessibili, ecc.), cioè la realtà comune a molte delle situazioni nelle quali lavoriamo, se ne scusa. L'operatore che legge queste righe, e che subisce da tempo quella situazione di disagio si chiederà *"Ma che colpa ne ho io? Tanto più che ho chiesto di porvi rimedio da tempo..."*. Nessuna colpa; è solo il modo di accogliere, come succede in un albergo in ristrutturazione o, in occasione di una visita improvvisa e inattesa, in casa propria, quando c'è disordine!

L'accoglienza è un atto che si ripete, nelle diverse porzioni del percorso assistenziale; sostituisce l'accettazione nel primo contatto e viene nuovamente attuata, con le necessarie presentazioni e informazioni, nel reparto o nel passaggio a un diverso livello di intensità di cura. È il primo gradino, la porta di accesso per una

presa in carico.

Il termine **presa in carico** si ritrova con identico significato in francese "*prise en charge*", mentre l'espressione inglese "*taking charge*" si riferisce essenzialmente alle funzioni territoriali, anche con una connotazione paternalistica, mentre a livello ospedaliero si esplicita più pragmaticamente in "*admission*"³.

La valenza del termine si chiarisce riflettendo sulla sua etimologia. "Carico" viene da carro, dal latino *carrum*. Quel mezzo antico, di trasporto che l'*homo sapiens* ha messo a punto e utilizzato in tutto il mondo da circa 5000 anni, con l'invenzione della ruota. Forse non a caso i territori – le Americhe – dove non era in uso furono chiamati "*Nuovo mondo*".

Il carico è l'operazione di mettere sopra il carro e, traslatamente, il carico è ciò che si colloca sul carro e, in senso più generale, su altro veicolo. Carico è anche aggettivo, poiché da bambini si giocava con le parole: "*...arriva un bastimento carico di B.? Di banane!*".

La parola è poi passata al significato figurativo di responsabilità, aggravio, onere: "*mi sono assunto il carico di aiutare quell'orfano*", "*ormai sono senza lavoro e sono a carico [mantenuto] di mia figlia!!!*".

Da qui poi incarico, come peso, onere, che viene addossato a qualcuno, ovvero anche mansione, fino alla forma istituzione di affidamento dell' *in-carico*, da parte del Capo dello Stato, che sottintende la ricerca della formazione del Governo.

In sanità la presa in carico assicura la continuità assistenziale⁴, in particolare quando la persona passa da una unità operativa all'altra o da diversi livelli del sistema socio-sanitario (ospedale/domicilio; ospedale/residenza; MMG/specialista, ecc.). In quest'ottica la presa in carico può essere definita come una modalità di *governance* di un processo assistenziale articolato e integrato nei suoi diversi passaggi, ovvero una modalità per garantire al cittadino un insieme coordinato di interventi rivolti a soddisfare un bisogno complesso.

Si tratta di una azione – la presa in carico – messa in atto da parte della organizzazione sanitaria attraverso un processo organizzato, che

implica l'attivazione dei Punti Unici di Accesso (PUA) a livello distrettuale, la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno e conseguentemente l'articolazione di pacchetti assistenziali a seconda del bisogno espresso. Delinea pertanto, fin dal suo utilizzo dapprima nell'ambito dei servizi sociali, in particolare in riferimento a fasce di popolazione debole (infanzia e adolescenza, non autosufficienza, ecc.) l'impegno a definire e a garantire un carico globale fondato su un processo individuale di valutazione dei bisogni.

L'evoluzione del concetto, in ambito sanitario e, in particolare, ospedaliero, assume tuttavia sfumature diverse e consiste in una funzione che ha il suo inizio con il processo di accoglienza, ma che mette il cittadino (e i familiari) nelle condizioni di individuare non solo un soggetto organizzato (l'équipe, il servizio), ma anche un soggetto relazionale (il medico Tutor, l'infermiere di processo) che è garante del percorso e della condivisione delle scelte terapeutiche e assistenziali, quindi sul piano non solo gestionale, ma anche umano e (mi si consenta il termine) compassionevole.

Il termine latino che a me pare più prossimo, per indicare tale funzione è il verbo *tollo*, che ha il significato di raccogliere, sollevare ma anche incoraggiare e confortare⁵. Gli autori classici lo utilizzano in ambito marino, per indicare il caricare una nave, prendere a bordo e che traslato vuol dire addossarsi, prendere su di sé. Non a caso nella liturgia: "*Agnus Dei, Filius Patris, Qui tollis peccata mundi, miserere nobis*".

Marco Geddes da Filicaia

marco.geddes@gmail.com

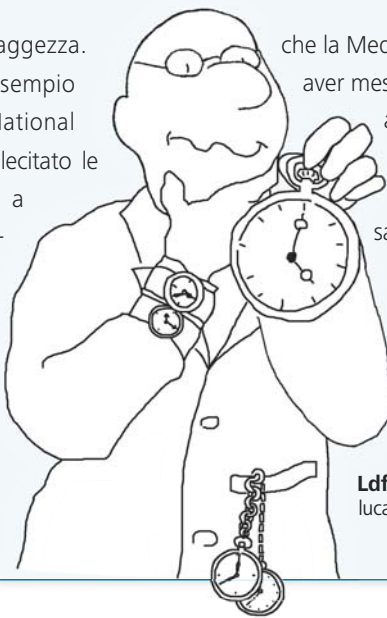
BIBLIOGRAFIA

1. Regolamento dei regi Spedali di Santa Maria Nuova e di Bonifazio, per Gaetano Cambiagi editore granducale. Firenze, 1789.
2. Belli CM. Ordinamento dei servizi negli ospedali e istituzioni affini. Milano: Ulrico Hoepli, 1914.
3. McKee M, Helay J. The role and functions of hospitals. In McKee M, Helay J, eds. Hospitals in a changing Europe. Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 2002, pp. 61 ss.
4. Punto unico di accesso, presa in carico, continuità assistenziale. Monitor, Supplemento al numero 21/2008.
5. Castiglione L, Mariotti S. Vocabolario della lingua latina. Milano: Loescher Editore, 1994.

MAI PIÙ SENZA

SAGGI

Abbiamo riscoperto la saggezza. *Choosing Wisely*, per esempio con la campagna della National Physicians Alliance che ha sollecitato le società scientifiche americane a elencare i cinque interventi sanitari che, nella propria disciplina, andrebbero "saggiamente" dismessi. Per carità: è forse un'iniziativa lodevole ma, a voler pensare male, fa rientrare dalla finestra l'Esperto – quello con la E maiuscola –



che la Medicina basata sulle prove sperava di aver messo alla porta. Chiuso in un angolo, anche il Presidente della Repubblica è ricorso ai saggi. Assediato dalle critiche ha precisato che non di saggi si trattava ma di consulenti: *peso el tacon del buso*, se è vero che un consulente è una persona che prende in prestito il tuo orologio, ti dice che ora è, si mette in tasca l'orologio e ti manda il conto.

Ldf

luca.defiore@pensiero.it