



Covid-19. Fase 2 senza il territorio



🗨️ 1 👁️ 4.4K ⌚ 7 Min | 31 Agosto 2020

Alessandro Bussotti e Gavino Maciocco

”

La colonizzazione dell'ospedale nei confronti del territorio avviene in poche ma decisive mosse, la prima è quella di mettere fuori gioco la medicina di famiglia e l'organizzazione distrettuale.

La Asl Toscana Centro (la più grande della regione, con oltre 1 milione e 600mila di abitanti) ha recentemente approvato una delibera (897/2020) con la quale si **rivoluziona l'assetto dei servizi territoriali con l'intento (o il pretesto) di meglio affrontare la Fase 2 dell'Emergenza Covid-19.**

Del documento di 44 pagine (vedi **Risorse**) poche righe ne riassumono in pieno la filosofia: *“Bisogna ottenere una presenza efficace della specialistica ospedaliera sul territorio e questo si deve realizzare con equipe medico infermieristiche che, a partenza dall'ospedale, si proiettano sul territorio ad intercettare i malati e curare efficacemente sul posto”.*

L'opera di colonizzazione dell'ospedale nei confronti del territorio avviene in poche ma decisive mosse, la prima delle quali (una vera pre-condizione) è quella di mettere fuori gioco la medicina di famiglia e la vigente organizzazione distrettuale. A seguire le seguenti tre:

1. **Costituzione del Gruppo di Intervento Rapido Ospedale e Territorio (GIROT)** è composto da un team multi-professionale a conduzione prevalentemente geriatrica, e può prevedere la partecipazione di medici Internisti e Medici D'Urgenza, si completa con la presenza di Infermiere di Famiglia e Comunità (IFC)/Infermiere di Distretto oppure Infermiere di Comunità Residenziale (ICR). I GIROT si proiettano sul territorio in situazioni complesse a più alto impatto interprofessionale per la definizione di un percorso di cure e assistenza. In tali situazioni viene coinvolto il **TEAM del GIROT, cosiddetto di base**, composto dallo specialista ospedaliero del presidio di riferimento territoriale e dall'infermiere di riferimento del contesto, e avrà il compito di valutare, prendere in carico il caso e definire un percorso assistenziale e di cura che può aprirsi verso altri livelli, professioni, specialisti e punti della rete aziendale. Oltre ai GIROT di base si definiscono i **GIROT specialistici** che sono caratterizzati dalla presenza dello specialista di branca coinvolto sulla base dello specifico bisogno emerso. Possono essere integrati, qualora si ritenga necessario, dalla presenza dell'infermiere di riferimento (già presente nel GIROT di base) per la rivalutazione e riformulazione del piano clinico-assistenziale e per le attività da svolgere al domicilio del paziente. **I GIROT hanno una definita zona geografica di pertinenza nella quale sono presenti:** a) un nucleo di



cittadini corrispondente a un numero identificato di cellule assistenziali dell'Infermiere di Famiglia e Comunità; b)

gli ospiti presenti in determinate strutture per anziani. Il GIROT lavora, di norma, su programmazione di interventi complessi ma non urgenti: attivabili in 6/7 giorni. **Il GIROT è attivato prevalentemente dall'infermiere territoriale di riferimento**; quest'ultimo provvederà alla programmazione degli accessi interfacciandosi con il medico ospedaliero individuato nella zona territoriale secondo un orario di disponibilità fornito dal Direttore del Dipartimento di Medicina e Specialistiche Mediche.

2. **CENTRALE (Centrale infermieristica di continuità assistenziale).** La Centrale per la continuità di assistenza infermieristica territoriale è **una struttura operativa che risponde al bisogno assistenziale del cittadino che ha necessità di una risposta veloce, mirata e competente** e che non abbia caratteristiche di emergenza clinica, bensì assistenziale. Tale risposta viene elaborata attraverso il coordinamento e il raccordo con gli snodi operativi della rete. La logica di funzionamento prevede la massima integrazione tra strutture ospedaliere e territoriali, le competenze e l'organizzazione che le caratterizzano. La Centrale sarà inserita all'interno della Centrale Operativa 118 Firenze-Prato, sarà operativa sulle 24 ore 365 giorni l'anno attraverso l'impiego, nella fase iniziale, di due postazioni di personale infermieristico dipendente dell'Azienda USL Toscana Centro. **L'attivazione della Centrale avverrà utilizzando il numero verde 800 118 118 già operativo presso la Centrale 118 Firenze-Prato.** Potranno contattare la Centrale i seguenti soggetti: a) i Pronto Soccorso della Azienda USL Toscana Centro in fase di *pre-triage* e in fase di dimissione dal PS per l'attivazione di un percorso assistenziale; b) la Continuità Assistenziale: qualora si ravveda l'appropriatezza dell'integrazione di un intervento infermieristico anche allo scopo di evitare un accesso ospedaliero; c) le Strutture socio-sanitarie residenziali presenti sul territorio dell'Azienda per le stesse motivazioni al punto precedente d) i pazienti in carico al servizio territoriale per garantire continuità assistenziale e la loro permanenza a domicilio in sicurezza; e) 118: qualora si ravvedano le caratteristiche di specifiche necessità assistenziale risolvibili con l'intervento infermieristico.

La Centrale avrà la possibilità di offrire un ventaglio di risposte differenziate in funzione del bisogno/problema rilevato: a) **Consiglio telefonico.** Questa modalità varia dal rinvio del contatto al MMG e/o distretto territoriale alla corretta informazione al cittadino per un suo appropriato orientamento nella rete dei servizi aziendali; b) **Attivazione di un accesso ordinario da parte dell'IFC/Inf. di Distretto** nel caso in cui il bisogno non abbia necessità di una risposta immediata ma possa essere, concordandolo con l'utente, inserito in una programmazione ordinaria; c) Attivazione di una risposta rapida secondo le seguenti modalità: **Intervento urgente domiciliare e/o ambulatoriale: consiste nell'erogazione di prestazioni infermieristiche in sede ambulatoriale o presso il domicilio del paziente**, in tempi rapidi, destinata ai casi in cui questo possa risultare sicuro e risolutivo, anche allo scopo di evitare un accesso ospedaliero. Tali attività potranno prevedere, se necessario, la collaborazione con il medico della Continuità assistenziale. **See and treat territoriale avanzato:** si tratta di un vero e proprio *See and Treat* territoriale in grado di affrontare e risolvere i casi meno complessi anche in collaborazione con i medici della Continuità Assistenziale. Saranno identificati dei protocolli operativi sui quali verrà fatta la necessaria formazione per lo sviluppo delle competenze specifiche; d) Segnalazione al GIROT competente per zona per utenti in RSA ovvero gli utenti già in carico al GIROT anche per il tramite dell'IFC/Inf. di Distretto/ICR. (Da notare che la medicina di famiglia è completamente esclusa da questo processo).

3. **USCA 2.0: USCA/CA H16.** Vista l'esperienza delle USCA istituite per fronteggiare l'epidemia CoViD-19 che hanno dato prova di capacità rispetto alla presa in carico di pazienti su indicazione della Medicina Generale e in integrazione con i servizi infermieristici e specialistici dell'Azienda, si propone l'istituzione di un servizio medico che garantisca la presenza nelle ore diurne e serali (H16) **per la presa in carico di pazienti cronici territoriali, di pazienti in alcuni setting di cure intermedie, di pazienti cronici in RSA** e garantire il servizio ambulatoriale presso le sedi AUSL, che saranno ampliate rispetto alle attuali sedi CA. L'attivazione avverrà rivolgendosi al Centro Servizi aziendale.

I sindacati dei medici di famiglia hanno duramente contestato la delibera 897 con un comunicato del 10 agosto (vedi Risorse) per non essere stati coinvolti nella sua stesura e per essere stati esclusi dai percorsi assistenziali, come si legge in alcuni passi del comunicato: "L'attivazione dei GIROT da parte dei reparti e dei DEA, del 118 e dell'Infermiere di Comunità non tiene conto che tutte le normative sanitarie nazionali e regionali affidano la responsabilità dell'attivazione dei percorsi assistenziali a livello territoriale al medico di medicina generale" (...) "Sull'attivazione da parte del personale infermieristico di consulenza specialistiche mediche si ricorda che per attivare una consulenza specialistica occorre fare una diagnosi medica e la diagnosi è di competenza esclusiva del medico".

Il comunicato della FIMMG insiste molto – a ragione – sulle violazioni normative della delibera 897, ma il progetto dell'Asl Toscana Centro non sta in piedi per motivi organizzativi/gestionali e perché è in aperto contrasto con le strategie di sanità pubblica sulla cronicità ampiamente affermate e condivise (vedi Piano nazionale della cronicità). Le carenze organizzative/gestionali sono evidenti, basta leggere i numeri: nella delibera si calcola che i pazienti cronici complessi siano circa 140 mila mentre si prevede che il numero dei medici specialisti coinvolti in attività di presa in carico territoriale, nei Girot, siano 32 (trentadue) per l'intera Asl. I GIROT svolgono un'attività programmata, si riposano la domenica e non intervengono nelle urgenze, coprendo quindi solo una minima parte dei bisogni della popolazione affetta da patologie croniche. Di qui la necessità di allestire una robusta rete di protezione per le richieste insoddisfatte, più o meno urgenti, da parte di pazienti cronici, con l'istituzione della Centrale infermieristica e dell'Usca 2.0, una nuova forma di guardia medica diurna e serale. **L'effetto finale dell'operazione sarà inevitabilmente l'aumento delle ospedalizzazioni dei pazienti cronici.**

A supporto del modello escogitato dall'Asl Toscana Centro si cita – a sproposito – la delibera regionale n. 273 del 02.03.2020 (Piano sanitario sociale integrato). Del tutto a sproposito perché la Scheda operativa n. 14, dedicata alla

Presa in carico del paziente cronico (vedi **Risorse**) afferma concetti e prassi completamente diversi da quelle sostenuti dalla delibera 897. “Si tratta quindi di potenziare il modello della Sanità di Iniziativa già introdotta nei PSSIR e presentata con atti regionali precedenti basata sulla presa in carico del singolo paziente in base al profilo di rischio e della complessità”. Il soggetto che prenderà in carico il paziente sarà il **“Team delle cure primarie, composto da MMG e infermieri di comunità, che può essere integrato con gli specialisti di riferimento** per le sue condizioni croniche e con l’assistente sociale di comunità”.



Inoltre, una più recente delibera della Giunta Regionale del 22 giugno 2020 rilancia il progetto delle Case della Salute, con l’obiettivo di istituirne almeno una ogni 30 mila abitanti entro il 31.12.2021 (vedi **Risorse**). Nel documento si riafferma che: “Nella Casa della Salute vengono svolti i progetti di sanità di iniziativa, la presa in cura dei pazienti cronici e complessi, i progetti di prevenzione e promozione della salute da comunità professionali multidisciplinari. La Casa della Salute è un presidio integrato sociosanitario della rete territoriale, la cui organizzazione è affidata alla Zona-Distretto/SdS. **Tutti i professionisti sanitari, sociosanitari e sociali afferenti alla Casa della Salute costituiscono un team multiprofessionale ed elaborano in maniera condivisa con la comunità, specifiche progettualità operative per il territorio, basate sulla presa in carico proattiva della cronicità e della complessità**, l’integrazione sociosanitaria, la promozione della salute e l’invecchiamento attivo, che si traducono in percorsi assistenziali e con la presa in carico personalizzata dei singoli cittadini”.

Non è facile cercare di spiegare i motivi che hanno spinto l’Asl Toscana Centro a intraprendere una strada così diversa dalle indicazioni regionali e nazionali (ma molto simile a quella lombarda): forse una ricerca di protagonismo del settore ospedaliero allo scopo di ipotecare i prossimi venturi cospicui investimenti in sanità, forse la debolezza della medicina di famiglia che non ha voluto o saputo difendere e valorizzare il modello della sanità d’iniziativa che ha fornito buoni e talora ottimi risultati (e che ora rischia di essere spazzata via dalla sua concorrente, la sanità d’attesa).

Risorse

[Potenziamento e nuovi modelli organizzativi sperimentali per la fase 2 dell’emergenza Covid 19](#) [PDF: 2 Mb]

[Comunicato Segretari Provinciali FIMMG Toscana Centro](#). Firenze, 10.08.2020[PDF: 672 Kb]

[Regione Toscana. Piano sanitario sociale integrato regionale 2018-2020. Scheda operativa n. 14. La rete dei servizi territoriali e presa in carico del paziente cronico](#). La delibera regionale n. 273 del 02.03.2020 (Piano sanitario sociale integrato) [PDF: 2,2 Mb]

[Del. G.R. 770 del 22.06.2020. Atto di indirizzo sulle case della salute in applicazione alla L.R. 4 giugno 2019, n. 29 “Le case della salute. Modifiche alla L.R. 40/2005”](#) [PDF: 270 Kb]

Alessandro Bussotti, Medico di medicina generale, Firenze.

 [Scarica questo articolo in formato PDF](#)

Sistemi sanitari internazionali

#ASL TOSCANA CENTRO , #COVID-9 , #CURE PRIMARIE , #DISTRETTO SANITARIO , #GIROT , #INFERMIERI DI COMUNITÀ , #MEDICI DI MEDICINA GENERALE , #USCA

[C ompiti per le vacanze 2020](#)

[I n difesa dell’assistenza territoriale](#)

[< PRECEDENTE](#)

[SUCCESSIVO >](#)

Leggi anche