

Prot. FIMMG/FI/2020/139

Firenze lì, 23 Dicembre 2020

PEC

Al Presidente della Regione Toscana  
Eugenio Giani

All'Assessore al Diritto alla Salute  
Regione Toscana  
Simone Bezzini

All'Assessora alle Politiche sociali, all'edilizia  
residenziale pubblica e alla cooperazione  
internazionale della Regione Toscana  
Serena Spinelli

Al Responsabile dell'Ufficio di Gabinetto  
del Presidente della Giunta Regionale  
Ledo Gori

Al Responsabile di Segreteria dell'Assessore  
Bezzini - Assessorato Diritto alla Salute e Sanità  
Manuele Braghero

Al Direttore della Direzione diritti di cittadinanza e  
coesione sociale della Regione Toscana  
Carlo Rinaldo Tomassini

Al Direttore Generale AUSL Toscana Centro  
Paolo Morello Marchese

Al Direttore AOU Careggi  
Rocco Damone

Al Responsabile della Geriatria AOU Careggi  
Andrea Ungar

Al Direttore Dipartimento Specialistiche Mediche  
Azienda USL Toscana Centro  
Giancarlo Landini

**Oggetto: A proposito dell'accordo fra l'azienda sanitaria toscana Centro e l'AOU di Careggi**

E' apparso sulla Nazione un articolo ispirato dagli addetti stampa dell'Azienda Sanitaria Toscana Centro dove si comunica che è stato effettuato un accordo con l'AOU di Careggi che prevede la partecipazione di medici specialisti alla gestione dei pazienti ricoverati nelle RSA affetti da Covid-19. Niente di eccezionale e di nuovo rispetto alla partecipazione degli specialisti alla cure di tali pazienti visto le ordinanze con cui la Regione ha evocato, per l'emergenza in atto, al SSR la diretta gestione di tali pazienti. La fornitura di consulenze specialistiche a pazienti territoriali che non possono essere spostati dalla propria residenza è già prevista dalle normative del SSN ma fino ad oggi tali consulenze

**F.I.M.M.G.**

**Sindacato e Associazione Professionale Nazionale dei Medici di Medicina Generale - Sezione di Firenze**

Via F. Baracca 209 - 50127 Firenze tel: 055/486391 fax: 055/470216 e-mail: [firenze@fimmg.org](mailto:firenze@fimmg.org)

P. IVA: 05202120480

COD FISCALE: 80031330485

erano fatte solo in attività libero professionale. Quindi un giudizio positivo da parte della Medicina Generale sull'assistenza specialistica a tali pazienti affetti da Covid nelle RSA ma affermare che questo è la partenza della riforma della medicina territoriale, che questo è il primo passo per creare una rete integrata di competenze che si proiettano dagli ospedali sul territorio in modo da elevare il livello d'intensità di cure che permetterà di trattare fuori dall'ospedale pazienti che prima dovevano necessariamente essere ricoverati, che questo è il primo passo per arrivare a casa dei pazienti cronici per evitare il loro aggravamento, tali affermazioni ci sembrano alquanto azzardate. Il modello da attuare sarebbe quello dei GIROT attivabili anche dagli infermieri territoriali.

Forse qualcuno ha in mente un diverso modello di assistenza sanitaria rispetto al nostro, quello basato sulla specialistica dove, in un futuro prossimo, una parte della popolazione si garantirebbe l'assistenza sanitaria attraverso le mutue e le compagnie d'assicurazione similmente a quei paesi ove la tutela della salute del cittadino non è un diritto di tutti e dove esistono livelli differenziati d'assistenza legati alla capacità di pagare del singolo o della categoria d'appartenenza. Come già l'Azienda Sanitaria aveva ammesso nella revisione pattuita con la Medicina Generale della famigerata Delibera 897 ove i reparti, i DEA, gli infermieri, potevano attivare a livello territoriale i GIROT essenzialmente composti da geriatri, nel SSN esistono normative, competenze assistenziali e pari dignità di tutti i professionisti del SSN che vanno rispettati, in particolare quelli che rendono sostenibile economicamente il servizio per tutti i cittadini.

Questo non vuol dire che non sia necessaria una profonda revisione dell'organizzazione socio-sanitaria a livello territoriale, in particolare dell'assistenza nelle RSA e ai cronici anche da parte della medicina generale, ma tale revisione non può prescindere da alcuni principi fondamentali:

- A) Tutti i cittadini, anche quelli istituzionalizzati nelle RSA, hanno diritto a scegliersi ed avere un medico a ciclo di fiducia a cui rivolgersi prioritariamente (ai sensi della legge 833).
- B) Tale medico assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun paziente in carico, si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per i propri assistiti, persegue gli obiettivi di salute dei cittadini con il miglior impiego possibile delle risorse (art. 45, 67, 78 e 95 dell'ACN 2005 e succ. mod. e integrazioni ai sensi del decreto legislativo 30/12/1992 n. 502. Tali prerogative il medico di MG le perde solo in caso di ricovero ospedaliero e solo per il periodo della degenza.
- C) L'attivazione delle consulenze specialistiche, l'art. 48 dell'ACN 2005 ai sensi del decreto legge 30/12/1992 così recita:
  - 1. Il consulto con il medico specialista può essere attivato dal medico di assistenza primaria qualora lo ritenga utile per la salute del paziente.
  - 2. Esso viene attuato di persona dallo specialista e dal medico presso gli ambulatori pubblici nell'ambito territoriale della Azienda del paziente.
  - 3. Il consulto, previa autorizzazione della Azienda, può essere attuato, su richiesta motivata del medico di assistenza primaria, anche presso il domicilio del paziente.

4. Il medico e lo specialista concordano i modi e i tempi di attuazione del consulto nel rispetto delle esigenze dei servizi della Azienda.
5. Qualora lo specialista ritenga necessario acquisire ulteriori notizie riguardanti il paziente, può mettersi in contatto con il medico di famiglia che è impegnato a collaborare fornendo tutti gli elementi utili in suo possesso.
- 6) I medici che operano in forme associative complesse (equipe territoriali e medicina di gruppo) ed in Unità di cure primarie (UTAP), possono organizzare la risposta al bisogno di prestazioni specialistiche, anche sotto forma di consulto, mediante l'accesso diretto del medico specialista dipendente o convenzionato nella sede della forma associativa per la erogazione delle prestazioni e delle consulenze ritenute necessarie. Fatto salvo il rispetto degli standards definiti dalla legge, tali attività sono disciplinate dagli Accordi regionali.

D) In merito all'assistenza alla cronicità il DPCM 12 Gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 così recita:

#### Art. 4

##### Assistenza sanitaria di base

1. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi ed attraverso i medici ed i pediatri convenzionati, la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche secondo la migliore pratica ed in accordo con il malato, inclusi gli interventi e le azioni di promozione e di tutela globale della salute.
2. Il Servizio sanitario nazionale garantisce in particolare le seguenti attività e prestazioni:
  - a) diffusione della cultura sanitaria e la sensibilizzazione sulle tematiche attinenti l'adozione di comportamenti e stili di vita positivi per la salute;
  - b) l'informazione ai cittadini sui servizi e le prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale e regionale e sul loro corretto uso, incluso il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie ed il regime delle esenzioni;
  - c) l'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari, il counselling per la gestione della malattia o della disabilità e la prevenzione delle complicanze;
  - d) l'attivazione di percorsi assistenziali a favore del bambino, che prevedano la presa in carico entro il primo mese di vita, in collaborazione con le strutture consultoriali ed ospedaliere, e a favore dell'adulto, anche attraverso la valutazione multidimensionale e la tenuta della scheda sanitaria, **il consulto con lo specialista** e la continuità assistenziale nelle fasi dell'accesso al ricovero ospedaliero, della degenza e in quella successiva alla dimissione, con particolare riguardo alle patologie ad andamento cronico ed evolutivo;
  - e) il controllo dello sviluppo fisico, psichico e sensoriale del bambino e la ricerca di fattori di rischio, con particolare riguardo alla individuazione precoce dei sospetti handicap neuro-sensoriali e psichici ed alla individuazione precoce di problematiche anche socio sanitarie;
  - f) le visite ambulatoriali e domiciliari a scopo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo;

- g) la prescrizione di medicinali inclusi nel prontuario terapeutico nazionale, la prescrizione di prestazioni specialistiche incluse nel Nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, la proposta di prestazioni di assistenza integrativa, la proposta di ricovero e la proposta di cure termali;
- h) le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie previste dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- i) l'esecuzione degli screening previsti dalla normativa nazionale e dalla normativa regionale applicativa;
- j) l'assistenza domiciliare programmata alle persone con impossibilita a raggiungere lo studio del medico perché non deambulanti, o con gravi limitazioni funzionali o non trasportabili con mezzi comuni, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa ed in collegamento, se necessario, con l'assistenza sociale;
- k) le certificazioni obbligatorie per legge ai fini della riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola materna e alle scuole secondarie superiori, nonché ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;
- l) la certificazione di idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al decreto del Ministro della sanità del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni, art. 3, lettera a) e c) nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente;
- m) la certificazione per l'incapacità temporanea al lavoro;
- n) la certificazione per la riammissione al lavoro, laddove prevista;
- o) le vaccinazioni obbligatorie e le vaccinazioni raccomandate alla popolazione a rischio;
- p) l'osservazione e la rilevazione di reazioni indesiderate post-vaccinali.

Sempre in merito all'attivazione di consulenze specialistiche per farlo occorre fare una diagnosi, compito per legge esclusivo del medico. L'infermiere non può, se non in caso d'urgenza, attivare consulenti medici specialisti, deve informare dello stato di salute del cittadino il MG che valuterà l'eventuale intervento specialistico.

Queste sono alcune delle norme che regolano l'attività della medicina generale e se l'Azienda Sanitaria vuole iniziare una discussione che porti realmente ad una revisione dell'assistenza a livello territoriale convochi, questa volta, la Medicina Generale insieme alle altre professionalità presenti nel SSN e nel rispetto delle reciproche competenze e professionalità definisca processi assistenziali che vedono nella maggiore integrazione fra tutte le componenti lo strumento adeguato a migliorare la qualità delle prestazioni da erogarsi a quegli strati di popolazione più bisognosi d'assistenza come quelli che risiedono nelle RSA.

Vittorio Boscherini

Segretario Provinciale FIMMG Firenze



**F.I.M.M.G.**

**Sindacato e Associazione Professionale Nazionale dei Medici di Medicina Generale - Sezione di Firenze**

Via F. Baracca 209 - 50127 Firenze tel: 055/486391 fax: 055/470216 e-mail: [firenze@fimmg.org](mailto:firenze@fimmg.org)

P. IVA: 05202120480 COD FISCALE: 80031330485