

Arezzo 27 Novembre 2024

L'esperienza della Regione Toscana: la Rete integrata dei PS

Dott.ssa Michela Maielli

Responsabile del SETTORE

“Assistenza Ospedaliera, Qualità e Reti Cliniche”

Direzione “Sanità, welfare e coesione sociale”

Regione Toscana



Regione Toscana



Atti regionali

- Emergenza Urgenza (DGRT 1424-2022)
- Pronto Soccorso (DGRT 596-2022 e DGRT 532-2023)
- Continuità Assistenziale (DGRT 1425-2022)



Regione Toscana

L'EMERGENZA URGENZA

DGRT 1424-2022

LINEE DI INDIRIZZO PER L'AGGIORNAMENTO
E L'ARMONIZZAZIONE DEL SISTEMA REGIONALE DI
EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE



CRITICITA'

Modelli di gestione
disomogenei

Elevato tasso di
medicalizzazione

Postazioni di emergenza
sanitaria territoriale a bassissimo
livello di attività

OBIETTIVI

L'EMERGENZA URGENZA



aumentare la capillarità della rete



rafforzare il coinvolgimento e l'integrazione con gli enti di volontariato

DGRT 1424-2022



omogeneizzare il sistema sull'intero territorio regionale



garantire l'integrazione con il servizio di continuità assistenziale



migliorare l'appropriatezza dei profili professionali impiegati con incremento delle ambulanze infermieristiche



garantire l'aggiornamento del personale sanitario dipendente e del volontariato, mediante specifici interventi formativi



indirizzare i cittadini all'uso del percorso più efficace e corretto del sistema di emergenze-urgenza



assicurare l'integrazione con la medicina di emergenza intra-ospedaliera (Pronto Soccorso-Osservazione Breve Intensiva-Medicina Emergenza Urgenza-Rianimazione)



potenziare alcuni Pronto Soccorso con la dislocazione presso queste sedi di automediche



Regione Toscana

L'EMERGENZA URGENZA I PUNTI DI FORZA

DGRT 1424-2022



Regione Toscana

#ForumRisk19

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

- riconoscimento della **reale autonomia operativa all'infermiere** già da anni molto diffusa sul territorio regionale, come previsto dalla normativa vigente e grazie alla presenza di **procedure, protocolli, algoritmi clinico-assistenziali** condivisi con il Direttore della C.O. 118 che consentono all'Infermiere di poter fornire un soccorso avanzato
- ampliamento della **potenzialità della rete territoriale grazie alla presenza delle postazioni infermieristiche** (> tempestività, > priorità di intervento rispetto alla gravità)
- integrazione con la **Riforma della Continuità Assistenziale e del Pronto Soccorso**

Si tratta di un percorso privo di interruzioni della delicata catena della sopravvivenza, da realizzarsi tramite un'organizzazione integrata con il sistema emergenza ospedaliero (PS-OBI-MEU), una formazione specifica pluridisciplinare e interdisciplinare degli operatori e attraverso l'uso comune di linee guida diagnostico-terapeutiche.

PRONTO SOCCORSO

DGRT 596-2022

**INDIRIZZI DI RIORGANIZZAZIONE DEI
RAPPORTI FRA MEDICINA D'URGENZA (DEA)
E AREA MEDICA PER LA SOSTENIBILITA'
DEGLI ACCESSI PRONTO SOCCORSO**



LINEE DI INDIRIZZO OPERATIVE

1. Obiettivo di riduzione gli accessi in PS e diminuzione del boarding
2. Turnazione di guardia in DEA da parte dei medici dell'Area Medica
3. Impiego dei medici specializzandi

LINEE D'INDIRIZZO DI GESTIONE DEL PAZIENTE

1. Presa in carico precoce
2. Gestione della presa in carico post triage

PRONTO SOCCORSO

DGRT 532-2023

**INDIRIZZI OPERATIVI PER PREVENIRE E
GESTIRE I FENOMENI DI OVERCROWDING E
BOARDING NEGLI OSPEDALI DELLA
REGIONE TOSCANA**



**AZIONI ORDINARIE DA APPLICARE SECONDO
PRIORITA' DERIVANTI DALL'ANALISI DEI DATI PER
SINGOLA STRUTTURA OSPEDALIERA**

- a) Interventi da mettere in atto per ridurre il sovraffollamento**
- b) Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e delle strategie di dimissione precoce e protetta**

AZIONI STRAORDINARIE

AZIONI ECONOMICHE E ORGANIZZATIVE

PRONTO SOCCORSO

A) INTERVENTI DA METTERE IN ATTO PER RIDURRE IL SOVRAFFOLLAMENTO

A livello delle strutture ospedaliere e della rete

Allineamento dei dati di occupazione dei posti letto e dei tempi medi di degenza agli standard di riferimento

Protocolli per i "frequent user"

Numero standard di posti letto con un numero programmato di **posti letto per il PS**

Affidi Diretti Specialistici

Bed management 12 ore 7/7
Flussista 12 ore 7/7

Rotazione programmata di tutti i dirigenti sanitari di area medica con specializzazione equipollente a MEU

Specifici protocolli da parte del Servizio di emergenza territoriale 118 con le strutture dell'emergenza-urgenza ospedaliera

See & Treat e Fast Track

A livello di zona distretto/società della salute e cure primarie

Continuità Assistenziale (CA), vicino ai Pronto Soccorso di determinati ospedali, con gestione dei casi identificati con i codici 4 e 5, a seguito del triage-out del PS.

Istituire un ulteriore esito in uscita da PS denominato "inviato alle Cure Primarie"

PRONTO SOCCORSO

B) MIGLIORAMENTO DELL'APPROPRIATEZZA DEI RICOVERI E DELLE STRATEGIE DI DIMISSIONE PRECOCE E PROTETTA

A livello delle strutture ospedaliere e della rete

A livello di zona distretto/società della salute e cure primarie

- Utilizzo appropriato dell'OBI
- Rigoroso rispetto dei tempi di erogazione dei servizi e delle consulenze per i reparti specialistici

- Ricovero dei pazienti in area chirurgica per le patologie "border-line"

- Pianificazione dei rapporti con le ACOT (future COT) attive h 12 e 7/7 e con la Centrale NEA 116117 24h e 7/7

- Servizio di radiologia d'urgenza esclusivamente dedicato al pronto soccorso

- Utilizzo del post-ricovero (ambulatori post-dimissioni e/o in day hospital/service)

- Potenziamento della rete e dell'accesso alle cure palliative e risposta medico-infermieristica h 12 e 7/7 sul territorio (24h in CdC HUB)

- Trasferimento ad altro servizio radiologico di una quota di attività programmata per utenti esterni

- Obbligatorietà della dimissione dai reparti in qualunque momento della settimana

- Appropriatezza dei ricoveri in cure intermedie e delle giornate di ricovero (15-20 giorni)



PRONTO SOCCORSO

AZIONI STRAORDINARIE

1

Attivazione incrementale di risorse aggiuntive in PS/DEA e aree degenza temporanea

2

Attivazione di letti 'buffer' all'interno delle aree di degenza e attivazione di ulteriori aree di degenza

3

Gestione del paziente da parte del reparto di destino attraverso la definizione di spazi destinati ai pazienti a bassa e media complessità che, terminato il loro percorso in pronto soccorso, sono in attesa di essere inviati nel reparto appropriato

4

Blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti

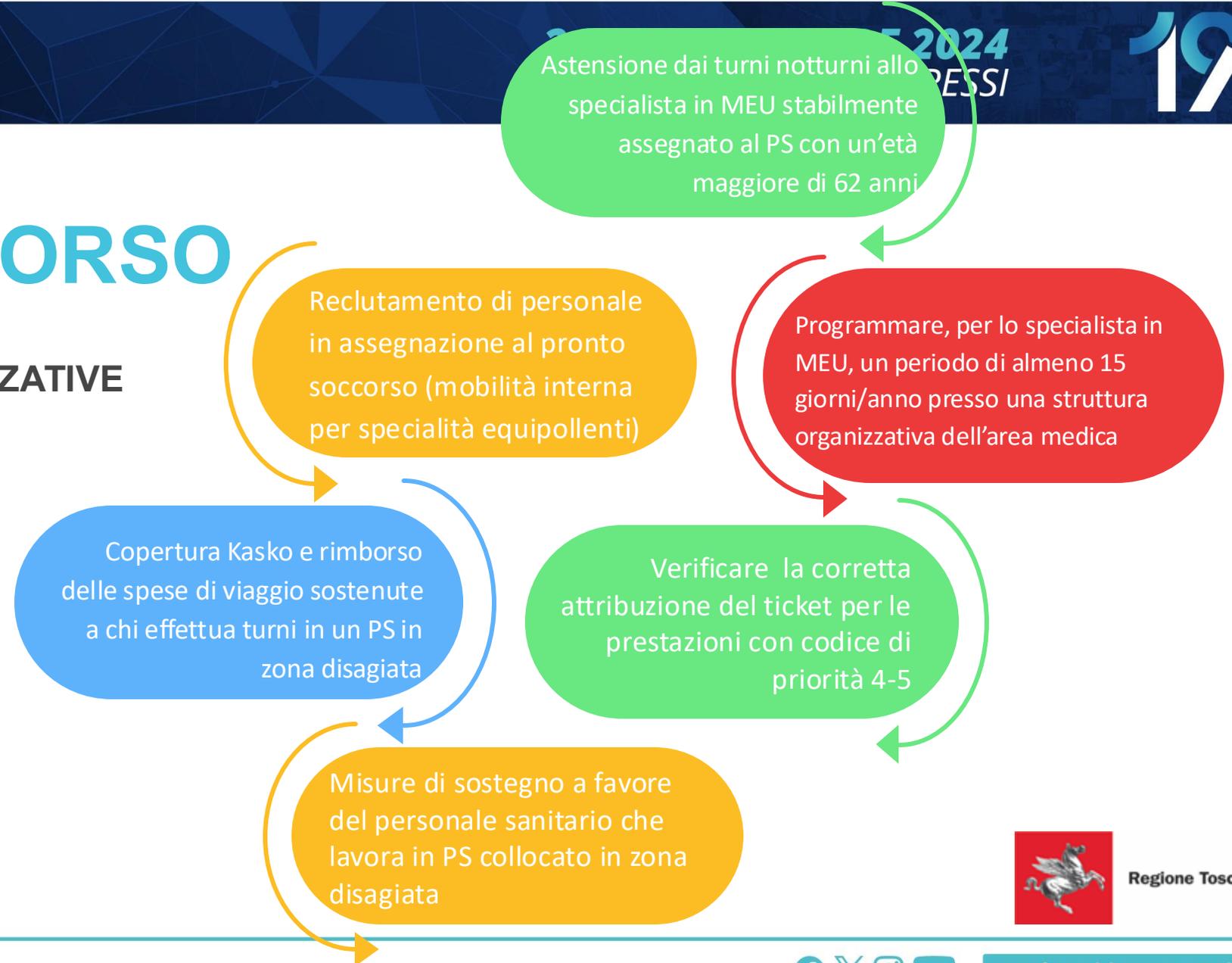
5

"Diversion" del 118 - indirizzamento alternativo dei trasporti sanitari in emergenza



PRONTO SOCCORSO

AZIONI ECONOMICHE E ORGANIZZATIVE



PRONTO SOCCORSO

AZIONI ECONOMICHE E ORGANIZZATIVE

Valorizzazione per i dirigenti medici che svolgono attività in PS in modo stabile, programmata, ricorrente per almeno il 75% del servizio annuale

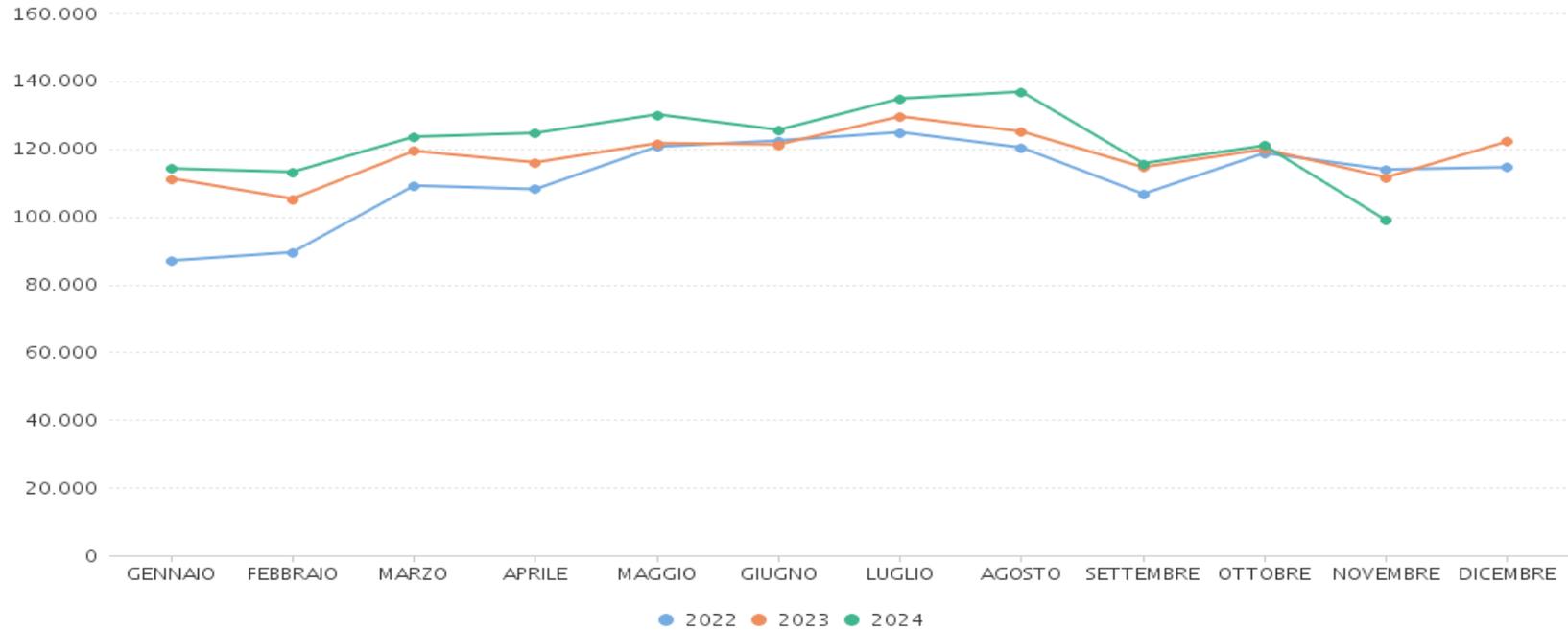
Incarichi valorizzati economicamente in fascia superiore rispetto al normale percorso di carriera

Periodo di formazione collettiva aggiuntiva (da inserire nel PAF) con costi a carico dell'azienda da considerare orario di lavoro o riconoscimento dei costi di formazione individuale pari a 1.500 euro/anno a dirigente

Valorizzazione dell'attività di tutor dei dirigenti medici in servizio (non esclusivamente il primario) ai neoassunti e specializzandi da retribuire come attività formativa in orario di servizio

PRONTO SOCCORSO

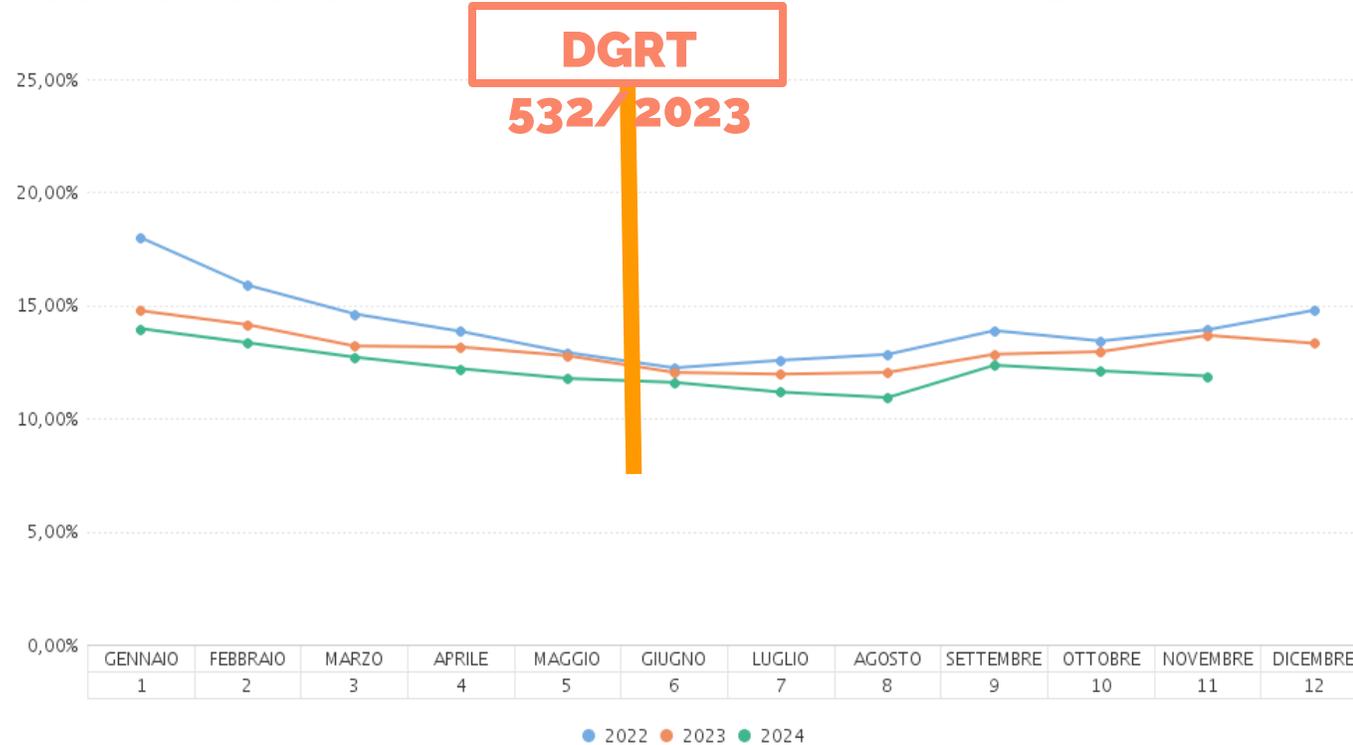
ACCESSI IN PS CONFRONTO 2022-2023- 2024



	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
2022	87.004	89.459	109.120	108.071	120.612	122.365	124.880	120.324	106.655	118.749	113.866	114.546	1.335.673
2023	111.276	105.250	119.343	115.969	121.624	121.257	129.526	125.083	114.551	119.839	111.550	122.174	1.417.441
2024	114.167	113.146	123.539	124.649	130.119	125.569	134.800	136.821	115.657	120.932	98.691		

PRONTO SOCCORSO

RICOVERI DA PS - CONFRONTO 2022-2023- 2024



	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
2022	17.98%	15.89%	14.62%	13.85%	12.91%	12.24%	12.57%	12.83%	13.88%	13.42%	13.93%	14.79%
2023	14.76%	14.15%	13.20%	13.16%	12.77%	12.03%	11.96%	12.04%	12.84%	12.95%	13.68%	13.32%
2024	13.97%	13.35%	12.71%	12.20%	11.77%	11.59%	11.16%	10.92%	12.35%	12.10%	11.87%	

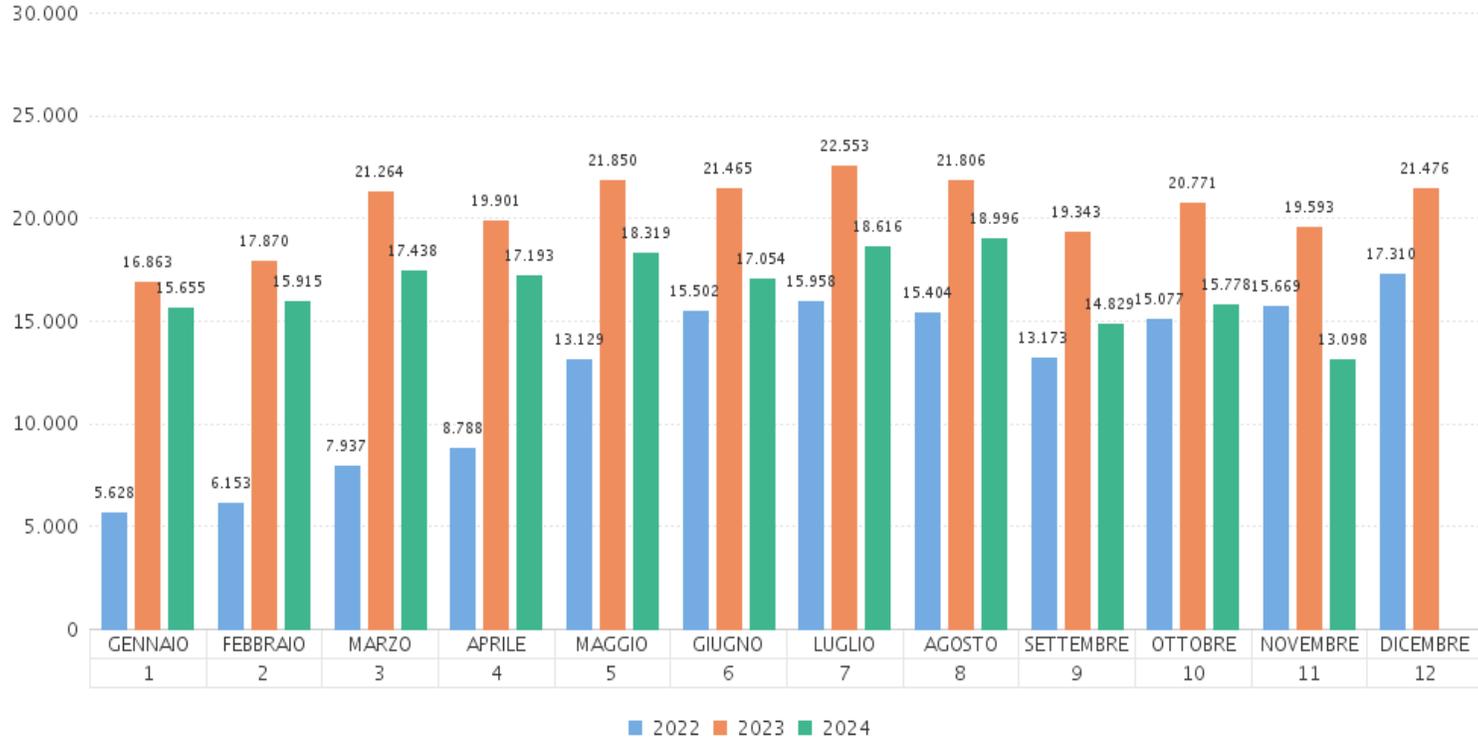


Regione Toscana

**PRONTO
SOCCORSO
Fast Track**

**CONFRONTO
Prestazioni Totali
2022-2023-2024**

**(Ultima
Rilevazione 27
novembre 2024)**



	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
2022	5.628	6.153	7.937	8.788	13.129	15.502	15.958	15.404	13.173	15.077	15.669	17.310	149.728
2023	16.863	17.870	21.264	19.901	21.850	21.465	22.553	21.806	19.343	20.771	19.593	21.476	244.755
2024	15.655	15.915	17.438	17.193	18.319	17.054	18.616	18.996	14.829	15.778	13.098		



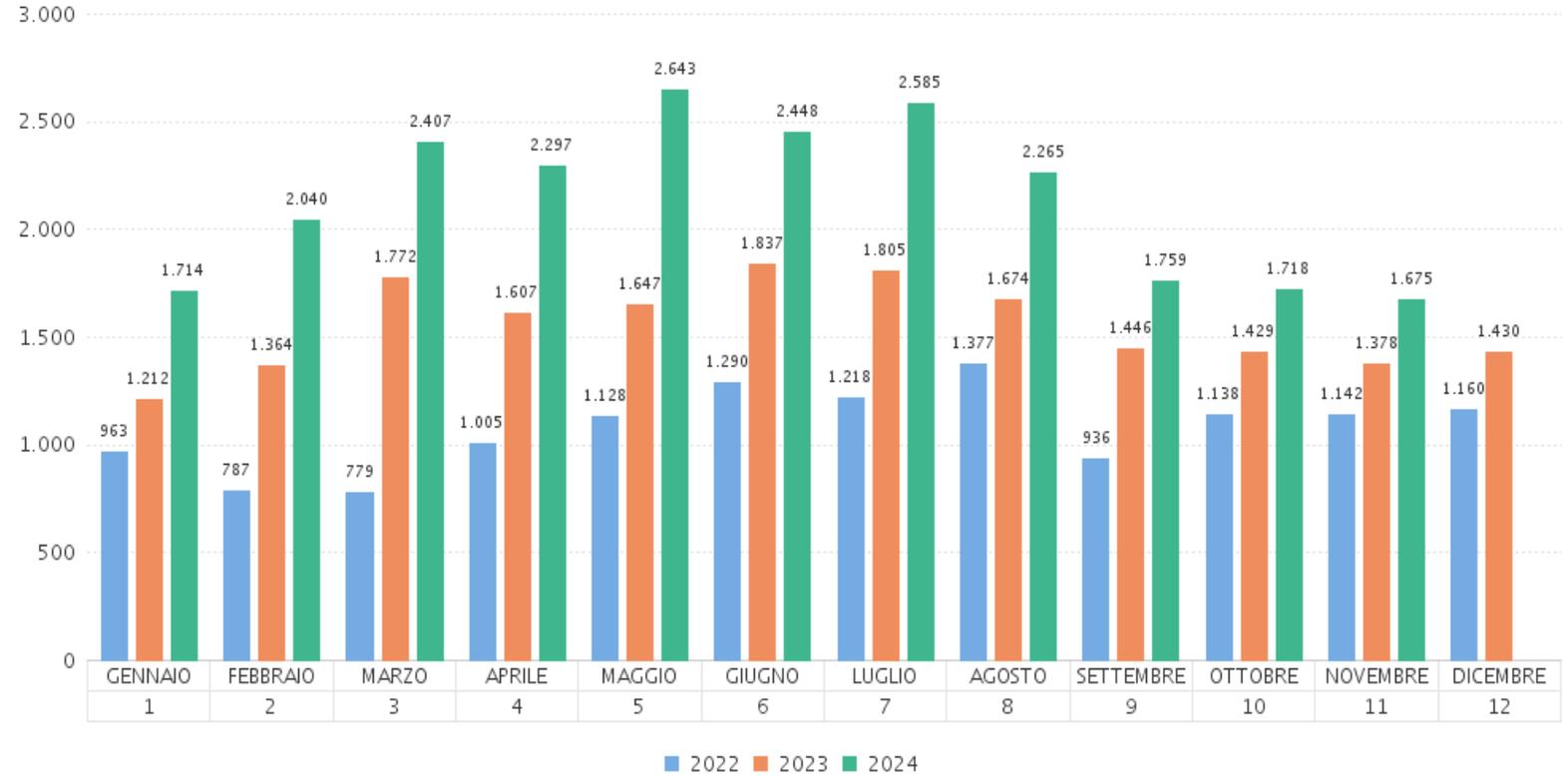
Regione Toscana

**PRONTO
SOCCORSO**

See&Treat

**CONFRONTO
2022-2023-2024**

**(Ultima
Rilevazione 27
novembre 2024)**



	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
2022	963	787	779	1.005	1.128	1.290	1.218	1.377	936	1.138	1.142	1.160	12.923
2023	1.212	1.364	1.772	1.607	1.647	1.837	1.805	1.674	1.446	1.429	1.378	1.430	18.601
2024	1.714	2.040	2.407	2.297	2.643	2.448	2.585	2.265	1.759	1.718	1.675		



PRONTO SOCCORSO

Come monitorare in futuro gli Accessi Evitabili?

EDAC Modificata
(Emergency Department
Avoidability Classification)

CLASSI EDAC	EVITABILE	POTENZIALMENTE EVITABILE	NON EVITABILE
DEFINIZIONI	VISITE IN PS CHE SAREBBERO POTUTE ESSERE GESTITE DALLE CURE PRIMARIE	VISITE IN PS CHE SAREBBERO POTUTE ESSERE POTENZIALMENTE GESTITE DALLE CURE PRIMARIE	VISITE IN PS CHE NON SAREBBERO POTUTE ESSERE GESTITE DALLE CURE PRIMARIE
ETA'	18-70		NON CLASSIFICATI COME EVITABILI
TRIAGE	4-5	3	
CONSULTO SPECIALISTICO	NO		
ESITO VISITA PS	DIMISSIONE A DOMICILIO		

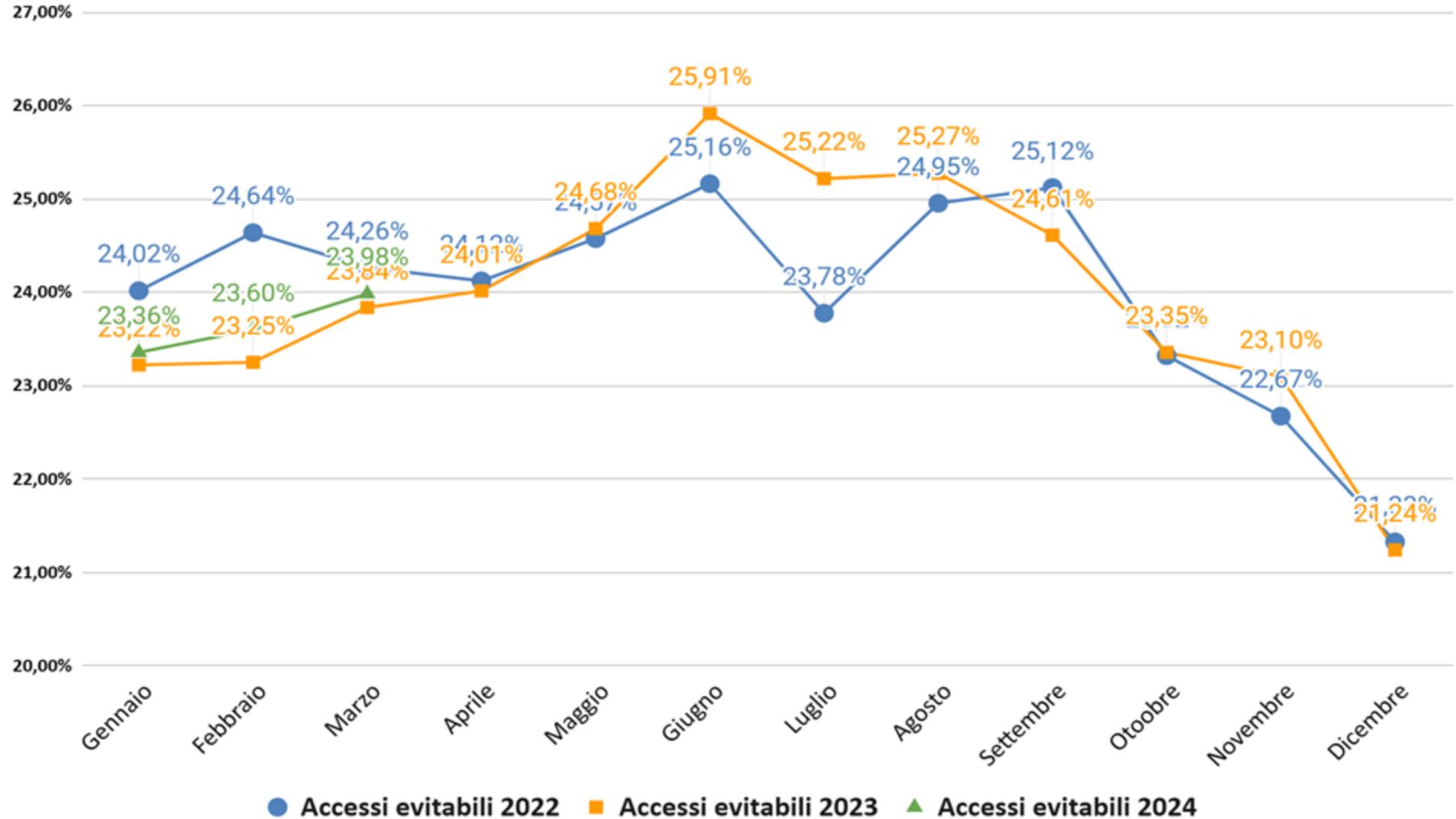


Regione Toscana

PRONTO SOCCORSO

Accessi Evitabili
(% sugli accessi
totali)
CONFRONTO
2022-2023-2024

(Ultima
Rilevazione 9
Aprile 2024)



Regione Toscana

PRONTO SOCCORSO

**Accessi Evitabili +
Potenzialmente
Evitabili
CONFRONTO
2022-2023-2024**

**(Ultima
Rilevazione 9
Aprile 2024)**



Regione Toscana





LA CONTINUITÀ' ASSISTENZIALE

DGRT 1425-2022

LINEE PROGRAMMATICHE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ' DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO



LINEE PROGRAMMATICHE PER LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ' DEL RUOLO UNICO DI ASSISTENZA PRIMARIA A CICLO ORARIO

Premesse

Il processo di riorganizzazione del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex servizio di continuità assistenziale/guardia medica) si inserisce in una linea di sviluppo e di continuità rispetto al ridisegno dell'assistenza primaria e del ruolo unico della medicina generale già delineato nella nostra Regione fin dal 2012 in attuazione dei principi indicati dalla Legge n.189 (c.d. Balduzzi): con l'accordo integrativo regionale di cui alla DGR n. 1231/2012 è stata infatti disciplinata la costituzione delle AFT di medicina generale e, a partire dal 2013, tutti i medici di assistenza primaria e di continuità assistenziale sono entrati a far parte di una AFT (ad oggi sono istituite 115 AFT di MMG).

L'ACN di medicina generale triennio 2016-2018, con l'introduzione del ruolo unico della medicina generale e l'implementazione delle AFT, offre la cornice negoziale di riferimento necessaria per completare il processo riorganizzativo avviato nel 2012 e nell'Accordo integrativo regionale della Continuità Assistenziale di cui alla DGR n. 488/2018.

Una necessaria riflessione in merito alla garanzia del servizio di continuità assistenziale è altresì imposta dal fenomeno ormai diffuso della carenza di personale medico per la copertura dei servizi territoriali di assistenza primaria.

Principi e linee di indirizzo

Il servizio di continuità assistenziale rimane attivo su tutto il territorio regionale, con modalità organizzative atte a garantire la qualità e la sicurezza delle cure, l'efficienza di erogazione e la semplificazione dell'accesso ai cittadini.

Al riguardo, è opportuno evidenziare che il nuovo assetto della continuità assistenziale potrà da subito contribuire a fronteggiare la grave carenza di medici a ciclo di scelta (MMG): il nuovo ACN per la medicina generale prevede la possibilità di affidare incarichi provvisori, soprattutto nelle aree interne della nostra Regione, ai medici titolari del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria (ex continuità assistenziale), in particolare, ai sensi dell'articolo 33: "l'Azienda può conferire un incarico provvisorio interpellando prioritariamente e su base volontaria, i medici titolari del ruolo unico ad attività oraria operanti nella medesima AFT".

Quanto asserito può contribuire a risolvere il problema delle carenze dei medici di medicina generale a ciclo di scelta poiché, oltre a rafforzare l'attività di assistenza primaria nel campo della gestione territoriale delle fragilità e della cronicità in linea con il DM 77/22 e a frenare il ricorso improprio alla presentazione ai DEA attraverso la gestione di alcuni ambulatori specifici vicino a PS di ospedali selezionati, comporterà un aiuto in tempo reale alla risoluzione del problema della ricerca di medici per gli incarichi provvisori nel ciclo di scelta.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Criticità



Attivazione del numero 116117

Riorganizzare le sedi nell'orario 24.00-8.00

Sostenere la formazione dei medici di continuità assistenziale

Utilizzo ore liberate per:

1. Coprire le postazioni vacanti di continuità assistenziale e della medicina generale;
2. Incrementare le attività diurne per i pazienti con fragilità e disabilità;
3. Sostenere sui codici minori l'attività di Pronto Soccorso.

Soluzioni



LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Criticità

**Servizio frammentato e
disomogeneo** sul territorio
regionale

Attivazione del numero 116117
**Delibera n.866 del 22-07-
2024**

**IL NUMERO EUROPEO ARMONIZZATO
116117 ha la funzione di FACILITARE
L'ACCESSO DELLA POPOLAZIONE a
CONSIGLI E CURE MEDICHE NON
URGENTI ed ad altri SERVIZI SANITARI
A BASSA PRIORITA' in accordo con le
COT e con i servizi di CONTINUITA'
ASSISTENZIALE e di EMERGENZA
URGENZA**



NUMERO UNICO EUROPEO		CENTRALE OPERATIVA 116117 REGIONE TOSCANA		REGIONE TOSCANA	
		TOTALE ATTIVITA' 16/09 - 13/11 - TOTALE TOSCANA AUSL TC E SUD EST			
PER CURE NON URGENTI					
TOTALE DELLE CHIAMATE		98.328			
CHIAMATE INOLTRATE AL MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE		68.288			
CHIAMATE CONCLUSE CON INFORMAZIONE NEA		30.040			
TEMPO DI ATTESA MEDIO PER LA RISPOSTA		< 60"			
PICCO MASSIMO DI ATTESA		6'			



CHIAMA 116117

**NUOVO NUMERO UNICO
 SERVIZIO DI CONTINUITA'
 ASSISTENZIALE
 (Guardia Medica)**

tutte le informazioni su:
regione.toscana.it/116117



Il Percorso normativo toscano

DGRT n. 532-2023

INDIRIZZI OPERATIVI PER PREVENIRE E GESTIRE I FENOMENI DI OVERCROWDING E BOARDING NEGLI OSPEDALI DELLA REGIONE TOSCANA

DGRT n.1425 del
12/12/2022

Riorganizzazione sul territorio regionale toscano dell'attività del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario e avvio del percorso finalizzato all'attivazione del numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117

DGRT n. 1508 del
19/12/2022

La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del DM 23 maggio 2022, n. 77

• DGRT n. 1424 del
12/12/2022

Linee di indirizzo per l'aggiornamento e l'armonizzazione del sistema regionale di emergenza sanitaria territoriale.

DM 77/2022

CONCLUSIONI

e

PROSSIMI OBIETTIVI



VALORIZZAZIONE E
SPECIALIZZAZIONE DEI
PICCOLI OSPEDALI;

CARTELLA CLINICA
ELETTRONICA UNICA
REGIONALE;

EVOLUZIONE DEL SISTEMA
INFORMATIVO
TERRITORIALE.



GRAZIE PER L'ATTENZIONE



Regione Toscana

