

**MODELLO DI PERCORSO ORGANIZZATIVO
DI ACCESSO AI SERVIZI**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 12 del 15/06/2023



Regione Toscana



Articolazione funzionale dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico, ai sensi dell'art. 49 ter della l.r. 40/2005:

- a) Coordinatore;
- b) Ufficio di coordinamento;
- c) Comitato tecnico scientifico

Coordinatore dell'OTGC
Prof. Stefano Grifoni

Supporto amministrativo:
Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato prodotto da un gruppo multidisciplinare di esperti su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico (istituito con Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40, modificata con Legge regionale 25 luglio 2017 n. 36).
L'intero documento in formato PDF è consultabile sul sito Internet della Regione Toscana al seguente indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/pubblicazioni>
Chiunque è autorizzato, per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché ne citi la fonte.

Organismo Toscano per il Governo Clinico - Commissione percorsi assistenziali
Modello di percorso organizzativo di accesso ai servizi

Sommario

FRAMEWORK DI RIFERIMENTO.....	2
OBIETTIVO.....	3
CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	3
METODOLOGIA DI LAVORO.....	5
<i>IL MODELLO TOSCANO</i>	5
Centrale Operativa Territoriale (COT).....	5
Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117.....	7
Punto Unico di Accesso (PUA).....	9
<i>FASE DI MAPPATURA</i>	10
RACCOMANDAZIONI.....	12
<i>INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE ED INFORMATICHE</i>	12
<i>QUALITA' ED EFFICACIA</i>	13
<i>FORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI</i>	13
<i>COMUNICAZIONE</i>	13
Riferimenti essenziali.....	14

FRAMEWORK DI RIFERIMENTO

L'accesso al servizio sanitario è considerato un fattore centrale nel determinare la performance del sistema di cure, dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria (1). L'accesso ai servizi di salute rimane tuttavia una nozione complessa da inquadrare, come dimostrato dalle varie interpretazioni che si ritrovano in letteratura (2). Misurare e caratterizzare l'accesso ai servizi può rivelarsi una missione complessa, soprattutto quando si provano a considerare dimensioni più ampie oltre l'accessibilità ai servizi. Spesso l'accesso è percepito come uno specifico attributo del percorso organizzativo, mentre l'utilizzo (usato come proxy di accesso) è influenzato sia dall'offerta che dalla domanda ed include quindi caratteristiche individuali quali le preferenze, le abitudini, le informazioni elaborate.

In sanità quando si parla di accesso facciamo riferimento all'opportunità o la facilità con cui l'utenza/la comunità è in grado di usufruire dei servizi in proporzione ai bisogni di salute (3). In generale, l'accesso ai servizi sanitari agisce da fattore mediatore tra la capacità del sistema di produrre servizi e il loro utilizzo (4). L'accesso alle cure può quindi essere valutato in funzione dell'offerta (sistema) e della domanda (caratteristiche della popolazione). Tuttavia, è l'organizzazione del sistema che più propriamente determina le risorse dell'offerta ed è questa componente che può essere più facilmente controllata e modificata nel breve termine. In tal senso negli anni si è enfatizzato il ruolo dei fattori facilitatori e di ostacolo dalla prospettiva del sistema organizzativo nell'utilizzo dei servizi (1).

Peraltro, l'utenza che accede ai servizi sanitari e sociosanitari è sempre più caratterizzata da una popolazione più anziana, con alta prevalenza di malattie croniche e comorbidità; questo fatto sottolinea la necessità di ripensare il concetto di accesso ai servizi di salute, includendo la prospettiva dei pazienti nell'approccio valutativo.

ACCESSO COME OPPORTUNITA'

L'accesso può essere definito come l'opportunità di raggiungere ed usufruire dei servizi sanitari e sociosanitari, in quelle situazioni in cui un bisogno di cura, anche solo percepito, sta emergendo. L'accesso ai servizi è dunque determinato da un'interfaccia tra il modello organizzativo dell'offerta da un lato, e le caratteristiche individuali, di comunità ed ambientali dall'altro; va quindi interpretato come l'insieme delle fasi che permettono al paziente di soddisfare il bisogno di cura all'interno del sistema salute (5).

Possiamo concettualizzare questo percorso in cinque dimensioni che riguardano sia la prospettiva del sistema (offerta) che quello della popolazione (domanda).

ORGANIZZAZIONE DELLE CURE

1. **Vicinanza dei servizi.** Intesa sia come vicinanza geografica sia come vicinanza conoscitiva (trasparenza, chiarezza)
2. **Accettabilità.** Si riferisce agli aspetti sociali e culturali che determinano nelle persone l'opportunità di accettare i servizi offerti

3. **Disponibilità**, sia essa spaziale che temporale
4. **Convenienza economica** (misurata anche in funzione del consumo di tempo, oltre che di spesa monetaria)
5. **Adeguatezza**. Si riferisce all'appropriatezza del servizio offerto ed alla qualità.

UTENZA/COMUNITA'

1. Capacità di conoscere e navigare nel sistema dei servizi
2. Capacità di cercare il servizio anche in base ai valori sociali, culturali e di genere
3. Capacità di raggiungere il servizio (trasporti, ambiente urbano, mobilità, supporto sociale, abilità tecnologica)
4. Capacità di pagare il servizio
5. Coinvolgimento (empowerment, compliance e care-giver).

Il sopramenzionato framework permette di analizzare le fasi del processo di accesso ai servizi nei singoli nodi che lo compongono, e quindi permette l'individuazione dei determinanti di facilitazione e di ostacolo. Peraltro, questi stessi fattori possono accumularsi durante l'intero percorso; pertanto, le barriere e le resistenze nell'accesso ai servizi di cura andrebbero sempre stimati come una somma pesata degli stessi.

L'oggetto di analisi e revisione da parte della commissione è costituito dai punti di primo incontro/informazione con cui l'utenza interagisce, in modo diretto o mediato.

OBIETTIVO

L'obiettivo della commissione è quello di predisporre un modello di percorso organizzativo di accesso ai servizi in grado di preservare equità, qualità, alto livello di esperienza individuale nell'assistenza e contenuto impatto economico.

CONTESTO DI RIFERIMENTO

Regione Toscana attraverso la DGR 1508 del 19.12.2022 ha recepito e adattato al "modello toscano", le direttive contenute nel DM 77 del 23 maggio 2022 (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale).

La costituzione delle Reti territoriali integrate, come disciplinato nella DGRT 1508/22, permetterà di connettere e sistematizzare ulteriormente i piani sanitari, sociosanitari e sociali. Le Reti territoriali integrate sono infatti fondate sulla disponibilità e l'interazione di percorsi multidisciplinari, unità di offerta adeguatamente diffusa sul territorio e "punti di accesso in grado di corrispondere ai bisogni di ascolto, informazione e orientamento ai servizi e sistemi informativi a supporto".

Costruire una rete di servizi all'interno di un sistema complesso come quello sanitario significa affrontare diverse sfide insite nella struttura del sistema stesso. Le più importanti individuate in letteratura (7,8) sono:

- 1) La variabilità di impegno nel raggiungere gli obiettivi prefissati
- 2) Lo scontro culturale tra gli operatori e le organizzazioni coinvolte
- 3) La perdita di parziale autonomia da parte dei singoli nodi nelle sfere di interesse comune della rete

- 4) La progressiva deresponsabilizzazione da parte di alcuni operatori come conseguenza della corralità delle azioni
- 5) Costi di gestione e le conseguenti difficoltà organizzative.

Riteniamo fondamentale considerare la performance della rete dei servizi nella globalità del sistema tenendo in considerazione varie aree di interesse quali (9,10,11):

- 1) Qualità dei servizi offerti
- 2) Livello di competenza dei servizi
- 3) Qualità delle cure percepite dai pazienti ed il livello di soddisfazione
- 4) Trasparenza
- 5) Il rapporto costo-efficacia.

La tematica è di grande interesse in questo periodo per l'attivazione del NEA 116117, COT e la ridefinizione della rete dei PUA che rappresenteranno elementi fondamentali per il rafforzamento dell'accesso ai servizi.

Abbracciando la concettualizzazione di accesso alle cure come un percorso costituito da più fasi, riteniamo fondamentale il rafforzamento delle reti territoriali integrate nel contesto del primo livello di azione, come delineato da DGRT 1508/22, che va ad interessare le dinamiche interne e le interazioni tra i diversi presidi di ogni singolo ambito, con particolare riferimento alle Case di Comunità, alle COT, PUA e NEA 116117; da connettere alle funzioni e alle prestazioni equivalenti in campo sociale rappresentate tra cui dal segretariato sociale, dal servizio emergenza urgenza sociale regionale, dai punti di accesso ai servizi per l'inclusione socio-lavorativa, ai centri per le famiglie e alle nuove stazioni di posta-centri servizi, ecc. Sarà necessario inoltre garantire le comunicazioni e l'accesso tra gli altri tre livelli delle reti territoriali integrate: a livello zonale, di area vasta e con le reti cliniche a valenza regionale.

L'accesso ai servizi e relativi percorsi elencati potrà essere di due tipi:

- **Diretto**, il cittadino si rivolgerà, ad esempio, direttamente al NEA 116117, al MMG/PLS, al PUA al segretariato sociale o ai punti insieme, ai consultori e ai servizi della salute mentale e delle dipendenze, ai centri servizi/stazioni di posta e ai centri per le famiglie, ecc.
- **Mediato**, ad esempio, su segnalazione dei punti del sistema che hanno già gestito il percorso precedente del cittadino, tra cui ad esempio attraverso le Case di Comunità, MMG/PLS, i Dipartimenti di prevenzione, Ospedali di Comunità ovvero per quanto concerne i bisogni sociali indifferibili attraverso il Servizio Emergenza Urgenza Sociale, ecc.

Come già menzionato, i modelli elaborati dalla letteratura e le ricerche empiriche, che spiegano il comportamento dei soggetti nel ricorso ai servizi sanitari, riconoscono l'esistenza di variabili che influiscono sulla domanda di servizi sanitari e che possono essere raggruppate in:

- variabili di bisogno
- variabili individuali (domanda)
- variabili di sistema sanitario (offerta)

Partendo dal bisogno percepito (soggettivo) per arrivare al bisogno oggettivo (sintomatico), il cittadino esprime la domanda di assistenza quando percepisce che il suo stato di salute non corrisponde al livello atteso. Un elemento che influenza la percezione del proprio stato di salute è peraltro il livello di fiducia verso il decisore istituzionale e verso chi fornisce le informazioni. L'informazione è pertanto un elemento molto importante nella formazione delle preferenze e quindi nella domanda. Questo anche alla luce della diffusa rete informativa "informale" che permette l'acquisizione di elementi non sempre affidabili o verificati (web). La letteratura riconosce che il modo migliore per governare la domanda sia di farlo prima che la domanda incontri i servizi (6). In tal senso i modelli organizzativi di accesso che si stanno attuando in RT o che verranno attivati nel prossimo futuro, possono agire in questo senso. Per tali motivi riteniamo fondamentale il ruolo di presa in carico indiretta e la risposta informativa/operativa che il nuovo NEA 116117 andrà a compiere per un percorso di accesso ai servizi più efficace ed appropriato.

METODOLOGIA DI LAVORO

L'approccio metodologico adottato ha previsto innanzi tutto la **costituzione del Gruppo di Lavoro**, basato sul concetto di coprogettazione come processo trasversale tra le linee professionali territoriali e ospedaliere.

A questo, ha seguito una **fase di mappatura** e revisione dei percorsi organizzativi di accesso ai servizi. Questa fase si è resa particolarmente utile per comprendere al meglio il piano informativo da affrontare nella messa in opera del nuovo modello di percorso. In particolare, si sottolinea l'importanza della comunicazione interna e della disseminazione delle informazioni attraverso l'approccio sistematico nelle diverse fasi della realizzazione dei percorsi assistenziali.

Alla fase di mappatura ha fatto seguito il **disegno del processo ideale**. Attraverso la revisione di linee di indirizzo, letteratura, normativa vigente e, qualora necessario, costruzione di un consensus di esperti, si è predisposto un percorso di accesso ideale.

L'ulteriore fase vede la **transizione del modello ideale a quello reale** declinato nel contesto di riferimento. Questo momento ha permesso di analizzare le criticità delle fasi del percorso organizzativo

L'ultima fase prevede quindi la **predisposizione di raccomandazioni** relative alle criticità emerse ed il precipuo piano di miglioramento.

IL MODELLO TOSCANO

Il modello Toscano delle reti territoriali integrate che si sta configurando, dunque, prevede una stretta connessione con tre nodi funzionali: le COT, il NEA 116117 ed il PUA.

Centrale Operativa Territoriale (COT)

La COT è lo strumento operativo di governo dei percorsi e dell'interfaccia territorio-ospedale-territorio e concorre a garantire la continuità assistenziale per il paziente. L'esperienza Toscana delle ACOT è giudicata un modello vincente che deve essere la base di un'evoluzione verso la COT (in particolare per la multiprofessionalità e multidisciplinarietà del TEAM) mantenendo la propria caratteristica di TEAM

distrettuale deputato alla presa in carico dell'assistito. Da quanto deriva dal DM 77, e dall'esperienza maturata in Regione Toscana con le ACOT si individuano due livelli operativi, una COT Aziendale di riferimento e le COT Zonali, queste ultime inglobano le ACOT esistenti, ampliandone le relative funzioni. La COT zonale sarà connessa con la COT aziendale e con gli operatori del territorio della zona distretto, oltre che con il livello ospedaliero di riferimento.

Personale

Il personale che rappresenta lo standard di riferimento è costituito da medico di comunità, infermieri, assistente sociale, ed eventualmente fisioterapista, oltre a medici specialisti di consulenza ed al personale di supporto, che collabora adottando come metodica operativa la multi-professionalità del TEAM. Il gruppo si raccorda con il MMG/PdF della persona per le valutazioni e azioni cliniche di competenza.

La COT deve assicurare il coordinamento, la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Infatti:

- È l'interfaccia con le Case di Comunità (CdC), gli ospedali, la rete di emergenza-urgenza e la rete dei servizi territoriali (domicilio, Ospedale di Comunità (OdC), cure intermedie, *hospice* e rete delle cure palliative, RSA, salute mentale...).
- Condivide le disponibilità di posti letto delle strutture dell'assistenza territoriale (OdC, Cure Intermedie, RSA, Hospice ecc.), in modo tale da garantire l'ottimizzazione del flusso di dimissione e massimizzare il turnover.
- Traccia e monitora le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro dei pazienti presi in carico.
- Collega la rete dei professionisti dell'assistenza territoriale (MMG/PdF, IFeC, professionisti riabilitazione, team ADI, servizi sociali ...), dalla quale deve poter ricevere le segnalazioni in tempo reale, corredate da tutte le informazioni necessarie alla presa in carico.
- Attiva, in presenza di un bisogno socio-sanitario complesso, l'UVM/UVMD zonale competente e gli altri servizi socio sanitari territoriali.
- Ottimizza gli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale e coordina la dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento residenziale.
- Fornisce supporto informativo e logistico continuo ai professionisti della rete intra-CdC (MMG, PdF, MCA, IFeC ecc.), inter-CdC, territoriale e territoriale-integrata riguardo le attività e servizi distrettuali.
- Coordina l'attivazione dei percorsi di telemonitoraggio e televisita.

I percorsi di presa in carico che le COT Zonali potranno attivare riguardano:

- Percorso residenziale socio-sanitario mediante coinvolgimento delle commissioni multiprofessionali per l'inserimento in RSA temporanea fino ad un massimo di 60 giorni e presa in carico da parte dell'assistente sociale della COT.
- Percorso domiciliare sanitario o socio sanitario con attivazione di percorsi di assistenza infermieristica domiciliare, percorsi di supporto sociale con erogazione di prestazioni domiciliari da parte di figure assistenziali quali OSS o Pronto Sociale domiciliare, percorsi di riabilitazione ortopedica e/o neurologica domiciliari o ambulatoriali, o presa in carico domiciliare da parte di specialisti dell'assistenza territoriale.

- Percorsi di facilitazione e orientamento. In alcuni casi la valutazione e la presa in carico del bisogno non esitano in un'attivazione diretta della risposta, ma in una facilitazione dei percorsi nei confronti di altri servizi per la loro presa in carico, tra cui:
 - Relazione con l'Igiene Pubblica per segnalazione di situazioni di degrado ambientale e facilitazione ed eventuale definizione della presa in carico nei casi di malattie infettive diffuse o sospette malattie infettive diffuse;
 - Relazione con i presidi ospedalieri per coordinare l'attivazione di percorsi strutturati specialistici per persone con bisogni complessi in carico ai servizi sanitari territoriali;
 - Funzione di attivazione e facilitazione con l'UCP/Hospice per le richieste di valutazione a domicilio per persone in condizioni di terminalità, come segnalato dagli operatori territoriali o dal reparto dimettente;
 - Segnalazione alla Protezione Civile dei casi di marginalità;
 - Richiesta di intervento di Protezione Civile e Croce Rossa per supporto logistico ai servizi territoriali attivati (es. trasporto di materiali, ...);
 - Relazione con i servizi di Trasporto per l'attivazione del passaggio dal setting domiciliare alle strutture residenziali di cure intermedie;
 - Relazione con Salute mentale e SERD per assicurare la continuità dell'attivazione dei servizi in persone già in carico presso tali servizi;
 - Relazione con 112 nella situazione in cui vengano rilevate situazioni di emergenza/urgenza.

Centrale Operativa Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117

Le premesse alla base dello sviluppo del Numero Europeo Armonizzato derivano dalla decisione presa dalla Commissione europea 2007/116/CE per disciplinare la riserva dell'arco di numerazione con radice 116 ai servizi armonizzati a valenza sociale. L'obiettivo dell'utilizzo di tale numerazione è quello di mettere in contatto l'utente con personale tecnico ed eventualmente sanitario, per assicurare informazioni sui servizi sanitari, consulenza sanitaria o accesso al servizio di continuità assistenziale.

Contestualizzando l'utilizzo del servizio del numero 116117 al cambiamento organizzativo e programmatico della sanità regionale, soprattutto territoriale (anche in considerazione delle evoluzioni stimulate dal PNRR e dalla recente esperienza pandemica in corso, vedasi DM n.77/2022), si considera tale progettualità come un nuovo servizio per il cittadino per richiedere assistenza, prestazioni o consigli sanitari non urgenti e che si pone come supporto funzionale e/o operativo ad altre iniziative, L'obiettivo finale è quello di migliorare l'efficienza e l'efficacia di tutto il percorso assistenziale partendo dal primo contatto con la "porta" di ingresso ai servizi, rappresentando al contempo anche uno strumento di monitoraggio utile anche per la programmazione dell'intero sistema di offerta sanitaria territoriale. La funzione primaria è quella di intercettare per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale.

A livello nazionale, sono state individuate una serie di attività e servizi erogabili definiti come **"obbligatori"** e servizi erogabili **"aggiuntivi opzionali"** come definito dalla Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano del 24/11/2016.

Tra i servizi erogati dalla Centrale Operativa (CO) NEA 116117, definiti **"servizi erogabili obbligatori"** abbiamo:

- centralizzazione delle chiamate al Servizio di Continuità Assistenziale;

- piattaforma informativa sui servizi sanitari localmente disponibili e i loro meccanismi di accesso (modalità di accesso di MMG/ PLS anche in caso di difficoltà di reperimento; accesso alla Guardia Turistica);
- trasferimento della chiamata al Servizio Emergenza Territoriale 112, come da protocolli condivisi.

I servizi obbligatori a loro volta sono distinti in due tipologie a seconda del tipo di risposta: **informativa o operativa**

Informativa: rappresenta il primo contatto con l'utente, in grado di effettuare un filtro, in base alla richiesta per quanto concerne la componente informativa e procedurale. Le chiamate sono ricevute da operatori sanitari o laici adeguatamente formati, e che attraverso un'intervista telefonica strutturata e l'accesso a precise schede di azione, sono in grado di fornire una risposta diretta all'utente, di tipo informativo, risoltrice del quesito o che fornisca i dati necessari per indirizzarsi verso il servizio competente in materia.

Operativa: risposte che direttamente o tramite il trasferimento di chiamata sono in grado di erogare la prestazione come cure per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie a bassa intensità assistenziale non urgenti h 24. Le chiamate sono ricevute da operatori sanitari o laici adeguatamente formati che, attraverso un'intervista telefonica strutturata e l'accesso a precisi e oggettivi algoritmi decisionali, individuano la tipologia di fabbisogno attivando il servizio di cure primarie competente o indirizzano l'utente verso strutture presenti sul suo territorio per la risoluzione specifica della problematica quali: MMG/PLS (AFT), Struttura Ambulatoriale, Casa della Comunità, Postazione di Continuità Assistenziale, altri servizi gestiti dalle COT, ecc.

Rientrano, invece, tra i **servizi aggiuntivi opzionali** una serie variegata di attività erogate a differenti livelli da diversi attori del sistema sanitario e da altri enti pubblici e non, la cui risposta deve essere almeno di tipo informativo. **L'obiettivo rimane quello di affrontare la domanda di assistenza non urgente non come semplice instradamento delle richieste verso operatori sul territorio, ma come razionalizzazione di interventi e di risorse.** Compito della CO NEA 116117 è anche quello di monitorare le risorse e le necessità in evoluzione sul territorio. Può inoltre svolgere funzioni di supporto nel coordinamento delle attività sovra distrettuali.

La CO NEA 116117 deve essere in grado di fornire informazioni sull'organizzazione del percorso relativo alla specifica richiesta di bisogno (modalità di accesso ed attivazione del servizio, le sue funzioni, le caratteristiche delle attività erogate, nonché gli orari aggiornati, le sedi ed i riferimenti). Dove possibile, la CO NEA 116117 deve prendere in carico il bisogno inoltrando direttamente la richiesta al servizio erogatore e prevedere un successivo contatto con l'utente.

La CO NEA 116117 si costituisce detentrica delle informazioni relative ad una serie di servizi con cui dovrà essere prevista una modalità di comunicazione "real time". Fra questi riportiamo:

SERVIZI SANITARI:

- ANAGRAFE SANITARIA
- PRESIDII SANITARI DELLA ZONA DISTRETTO
- PRELIEVI EMATICI: PRENOTAZIONE, PUNTI DI EROGAZIONE, RITIRO DEI CONTENITORI PER LA RACCOLTA DI MATERIALE BIOLOGICO, PRELIEVI DOMICILIARI
- AMBULATORI INFERMIERISTICI E SERVIZI ASSISTENZA INFERMIERISTICA TERRITORIALE
- ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER LA DOMICILIARITÀ
- FARMACEUTICA INTEGRATIVA:

- PRESIDI DI INCONTINENZA per prima attivazione e rinnovo.
- FORNITURA NUTRIZIONE (Enterale e Parenterale Totale); PEG (primo inserimento e cambi successivi)
- FORNITURA TRACHEOSTOMIA e sistemi di VENTILAZIONE (materiale prescrivibile dal MMG/PdF) e modalità di ritiro del materiale
- OSSIGENOTERAPIA (Attivazione fornitura Ossigeno Liquido)
- FARMACIE OSPEDALIERE PER RITIRO FARMACI
- FARMACI A DOMICILIO
- CURE PALLIATIVE
- PRESTAZIONI PER RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE

CONSULTORI :

- CONSULTORI GIOVANI
- CONSULTORI FAMILIARI
- VIOLENZA DOMESTICA (CODICE ROSA)

SERVIZI DI CURA INTEGRATI DELLA SALUTE MENTALE ADULTO ED INFANZIA ADOLESCENZA:

- Centro di Salute Mentale
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.)
- Centri diurni di riabilitazione
- Strutture residenziali psichiatriche per adulti (SRP)

SERVIZI PER LE DIPENDENZE

TRASPORTI ASSISTITI (SANITARI)

SANITA' PUBBLICA:

- IGIENE URBANA VETERINARIA
- IGIENE PUBBLICA E NUTRIZIONE

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA, DISABILITA':

- SERVIZI ATTIVABILI SU VALUTAZIONE DELL'UNITA' VALUTATIVA MULTIDISCIPLINARE DISABILITA': SERVIZI CON ACCESSO DIRETTO DEL CITTADINO PROGETTO VITA INDIPENDENTE, ATTIVAZIONE CONTRIBUTO SLA, CONTRIBUTO A FAVORE DELLE FAMIGLIE CON MINORI DISABILI...
- ASSISTENTI SOCIALI e SEUS
- ACCESSO AL PERCORSO SOCIO SANITARIO PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI
- ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO SOCIO-SANITARIO
- ENTI DEDICATI PATOLOGIE SPECIFICHE
- INVALIDITÀ CIVILE ED HANDICAP
- CONTRASSEGNO AUTO PER INVALIDI

Punto Unico di Accesso (PUA)

I Punti unici di accesso, previsti da tempo nel livello normativo promosso dalla Regione Toscana, individuano una soluzione concreta e operativa alla frammentazione e dispersione delle risposte a bisogni assistenziali complessi superando la logica prestazionale. Lo stesso PUA si relaziona e si rapporta con la COT per i bisogni socio-sanitari integrati e con gli altri servizi in maniera graduale in base ai bisogni rilevati.

Il modello organizzativo con cui si vuole sviluppare il PUA, si declina nelle seguenti macro attività:

- *Registrazione dell'accesso*, mediante la quale viene effettuata una raccolta delle domande di accesso alle prestazioni con eventuale inoltro ai servizi competenti.
- *Risposte informative e di orientamento*, assicurando all'utenza l'accesso ad informazioni sempre aggiornate riguardo le opportunità, le risorse, le prestazioni, le agevolazioni inerenti il sistema dei servizi.

FASE DI MAPPATURA

Per categorizzare i bisogni/le richieste che la cittadinanza può rivolgere direttamente al primo punto di contatto con il servizio sanitario/sociosanitario, il Gruppo di Lavoro ha preso come punto di riferimento i servizi opzionali erogabili dal NEA 1116117 (Tabella 1).

Abbiamo quindi eseguito una ricognizione dei punti di accesso ad oggi presenti con la partecipazione attiva dei membri della commissione, identificando in questo modo i titolari delle informazioni necessarie all'utenza per il percorso di accesso ai servizi. I punti di accesso ai servizi di assistenza individuati sono riportati nell'elenco sottostante.

Tabella 1. Servizi aggiuntivi opzionali erogabili dalle Centrali Operative NEA 116117

Partecipazione alla spesa: ticket/esenzioni/pagamenti/rimborsi	Esenzioni per patologia, reddito/età, gravidanza, crisi terremoto, alluvione etc.
	Ticket/pagamenti/rimborsi
	Farmaci gratuiti/pagamento/generici
Visite/esami/terapie/interventi	Modalità di accesso a visite/esami/terapie/interventi Prenotazione/cambio/disdetta visite/esami urgenti, agende, tempi di attesa, presso strutture pubbliche, private accreditate in libera professione, a domicilio
Strutture sociosanitarie	Strutture e operatori sociosanitari/tel, orari, indirizzi
Salute mentale	Strutture e operatori servizi di salute mentale/tel, orari, indirizzi
Reclami	Reclami/lamentele/segnalazioni
Trasporto sanitario	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze a carico SSN
	Richiesta trasporto sanitario a mezzo ambulanze NON a carico SSN
A.R.P.A.	Segnalazioni fenomeni di inquinamento che arrecano grave ed immediato danno all'ambiente
Fauna	Soccorso medico veterinario alla fauna selvatica
	Soccorso medico veterinario animali affetto/protetti/reddito Codice della strada modificato (art. 31 della legge 29 luglio 2010, n. 120)
Aspetti etici/deontologici	Trapianti, donazioni, DAT
Altre	

MACRO CATEGORIA	CATEGORIA
Integrazione sociosanitaria	Assistenza non autosufficienti
	Assistenza o per ausili/protesi/alimenti
	Assistenza disabili/agevolazioni trasporto/contributi
	Assistenza alle dipendenze
Sanità Pubblica	Pareeri/autorizzazioni/accertamenti/ verifiche
	Certificati/vaccinazioni
	Servizio veterinario
Anagrafe sanitaria/assistenza primaria	Iscrizione SSN/tessera sanitaria/ricette mediche/fascicolo sanitario elettronico
	Modalità di scelta/revoca MMG/PLS
	Assistenza sanitaria all'estero/soggiorno temporaneo in Italia
Strutture sanitarie	Ricoveri (ordinari, day hospital/day surgery, etc.)
	Rilascio documentazione sanitaria
Consultorio familiare	Modalità di accesso ai servizi
Educazione e promozione alla salute	Campagne di prevenzione, formazione ed informazione

PRINCIPALI PUNTI DI ACCESSO AI SERVIZI TERRITORIALI, STATO ATTUALE

1. MMG e loro segreterie
2. PdF e loro segreterie
3. Continuità assistenziale
4. UCA
5. Case della Salute /Comunità
6. Ospedali di Comunità
7. CUP telefonico
8. CUP territoriale
9. Farmacie e parafarmacie
10. Associazioni di terzo settore
11. Istituti accreditati convenzionati
12. Società della Salute
13. Consultorio Familiare
14. Centro consulenza giovani
15. SERD
16. Portinerie dei Presidi Territoriali di Enti Pubblici od ospedalieri
17. Front office Salute Mentale
18. Front office Infermiere di Comunità e Servizio infermieristico AIUTI
19. Front Office Riabilitazione
20. Servizi territoriali del Dipartimento servizio sociale
21. Servizio Emergenza Urgenza Sociale (secondo livello attraverso segnalanti codificati)
22. ASV Counseling
23. PUA o similari
24. URP
25. Ufficio Protesi
26. Medicina Legale
27. Servizio Veterinario
28. Igiene Pubblica
29. Botteghe della Salute
30. Uffici di Prossimità

RACCOMANDAZIONI

Il modello toscano delle Reti Territoriali Integrate, come delineato dalle normative regionali richiamate nel presente report, si prospetta come un'opportunità di grande valore organizzativo e funzionale. In questa fase organizzativa e costitutiva del nuovo modello sarà importante monitorare il processo organizzativo considerando tra gli altri:

- a) Il coinvolgimento degli operatori
- b) Il disegno della rete dei servizi (basato su realtà locali ben strutturate e funzionanti che potranno servire da connessione strategica con i nuovi nodi di accesso in modo da garantire il passaggio di informazioni e conoscenze, altrimenti stagnanti)
- c) Adeguata governance (fondata sulla fiducia interna alla rete)
- d) Stabilità (un core stabile nel tempo, indipendentemente dai cambiamenti organizzativi del sistema, ma che risulti flessibile a livello periferico per adattarsi ai bisogni della comunità).

Di seguito riportiamo le raccomandazioni relative ai campi applicativi di maggiore rilevanza attuale.

INFRASTRUTTURE TECNOLOGICHE ED INFORMATICHE

Tra i servizi aggiuntivi opzionali/integrativi del NEA 116117 si ritrovano alcune delle attività erogate direttamente dalle COT zonali. Pertanto, è necessario definire e predisporre delle modalità di comunicazione e condivisione delle informazioni tra le due tipologie di struttura, in modo da poter assicurare una presa in carico reale ed integrata della persona. Il GdL ritiene fondamentale che COT e CO NEA 116117, a livello regionale, usufruiscano di un sistema informativo condiviso e interconnesso quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali e software di registrazione delle chiamate.

Il personale, dipendente e convenzionato, operante in ogni punto delle reti ospedaliere e territoriale deve disporre delle stesse informazioni aggiornate sul cittadino e quindi:

- condividere un sistema di messaggistica interna criptata per scambio messaggi con gli operatori della COT Aziendale, COT Zonali, NEA 116117, e Servizi Territoriali
- sistema di registrazione telefonata e garanzia di collegamento telefonico
- sistema informatico con tracciatura delle modifiche apportate dal singolo operatore
- sistema di backup dati
- gestione delle segnalazioni in caso di interruzione del sistema informatico
- possibilità di digitalizzare eventuali documenti da allegare

La COT Aziendale, dal punto di vista informatico, deve poter:

- essere interfacciata con altri software
- visualizzare le richieste e le schede di segnalazione provenienti dai vari servizi ospedalieri e territoriali
- accedere alle informazioni anagrafiche, clinico sanitarie e sociali dei pazienti
- tracciare il percorso del singolo paziente nei vari passaggi tra strutture e/o servizi

- avere a disposizione un cruscotto aziendale per la visualizzazione, in tempo reale, dei posti letto nelle strutture territoriali per le risposte di competenza
- avere la possibilità di monitorare puntualmente lo stato di avanzamento della richiesta
- ricevere alert già prefigurati (sulla base degli step individuati) con tempistiche definite
- attivare, in casi eccezionali, le varie procedure aziendali per attivazioni di servizi o richieste (es richiesta di fornitura di ausili e presidi)

QUALITA' ED EFFICACIA

Per garantire efficacia e qualità di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari è necessario che i nodi delle reti territoriali integrate non si sovrappongano nelle loro funzioni. In particolare, il servizio NEA 116117 dovrà garantire una risposta all'utente da parte di un operatore formato in grado di valutare la richiesta e di instradarla verso i servizi/professionisti adeguati a soddisfare il bisogno.

- Gli operatori laici che effettueranno questo servizio dovranno essere opportunamente formati per identificare il bisogno del cittadino ed indirizzarlo verso il servizio opportuno a mezzo di una procedura di filtro. Gli operatori dovrebbero lavorare su specifiche istruzioni operative approvate, che dovranno essere sempre disponibili.
- Sarà utile inoltre prevedere un sistema informativo con filtri ad albero o procedure guidate a scelta multipla.
- Sarà necessario definire il requisito minimo di risposta sia tecnico che operativo.
- Sarà necessario adottare linee di intervento integrate.

L'informazione e l'orientamento dei cittadini rispetto alle opportunità presenti sul territorio e le modalità operative per usufruire delle risorse a disposizione, producono consapevolezza nella scelta e si configurano come un possibile strumento di governo della domanda.

FORMAZIONE E PARTECIPAZIONE DEGLI OPERATORI

Riteniamo fondamentale che gli operatori depongano fiducia nel sistema organizzativo costituito. Per fare questo è necessario che vi sia una partecipazione degli operatori ai vari livelli delle posizioni della struttura organizzativa. È dimostrato infatti, che gli operatori disposti a mettere in campo le proprie risorse percepiscono un alto livello di successo raggiunto dal servizio operativo e che questo funzioni da misura proxy di efficacia del sistema (7).

Un altro aspetto chiave riguarda la formazione adeguata e continua degli operatori. E' attraverso questa, infatti, che l'operatore potrà svolgere i propri compiti in autonomia, sicurezza e qualità, agendo da motore per una partecipazione attiva da parte dei professionisti.

COMUNICAZIONE

La comunicazione interna tra i nodi della rete dovrà essere fluida, continua e trasparente. Le informazioni dovranno essere coerenti e condivise tra i servizi in rete. A questa dovrà accompagnarsi un'adeguata comunicazione esterna. L'utenza deve poter ricevere comunicazioni chiare, esaustive e coerenti che tengano

conto del contesto socio-demografico a protezione dell'equità e del diritto all'accesso ai servizi. Altrettanto importante saranno le campagne comunicative relative ai cambiamenti in corso. Vanno previste campagne di informazione atte a far conoscere ai cittadini l'esistenza e la modalità di servizio forniti dalla CO NEA 116117, COT e PUA in particolare mediante iniziative specificatamente disegnate.

Riferimenti essenziali

1. Shengelia B, Murray CJL, Adams OB: Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. In Health Systems Performance Assessment. Debates, methods, and empiricism. Edited by Murray CJL, Evans DB. Geneva: World Health Organization; 2003:221–234.
2. Haddad S, Mohindra K: Access, opportunities, and communities: ingredients for health equity in the South. Paper presented at the Public Health and International Justice Workshop. New York: Carnegie Council on Ethics and International Affairs; 2002.
3. Whitehead M: The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992, 22:429–445.
4. Donabedian A: Aspects of medical Care administration. Cambridge: Harvard University Press; 1973.
5. Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 1-9.
6. Pencheon, D. (1998). Managing demand: Matching demand and supply fairly and efficiently. *BMJ*, 316(7145), 1665-1667.
7. Provan KG, Kenis P. Modes of network governance: structure, management, and effectiveness. *J Publ Adm Res Theor*. 2008. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum015>.».
8. Schalk, Jelmer, Rene Torenvlied, and Jim Allen. 2010. Network Embeddedness and Public Agency Performance: The Strength of Strong Ties in Dutch Higher Education. *Journal of Public Administration Research and Theory* 20(3): 629–53.».
9. Agranoff, Robert, and Michael McGuire. 2001. Big Questions in Network Management Research. *Journal of Public Administration Research and Theory* 11(3): 295–326.
10. Huxham, Chris, and Siv Vangen. 2005. *Managing to Collaborate: The Theory and Practice of Collaborative Advantage*. London: Routledge.
11. Weiner, Bryan J., and Jeffrey A. Alexander. 1998. The Challenges of Governing Public–Private Community Health Partnerships. *Health Care Management Review* 23(2): 39–55.
12. Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano 24/11/2016 “*Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117*”.
13. AGENAS. Quaderno di Monitor 2022 Supplemento alla rivista semestrale Monitor. LE CENTRALI OPERATIVE Standard di servizio, modelli organizzativi, tipologie di attività ed esperienze regionali .
14. Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.
15. DGRT 19/12/2022, n 1508. La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77.
16. DGRT 350 03/04/2023 “Numero Europeo Armonizzato (NEA) 116117: approvazione del progetto della centrale operativa regionale. “