

**Indirizzi operativi
per prevenire e gestire i fenomeni di
overcrowding e boarding negli ospedali della
Regione Toscana**

Allegato A

Decisione Comitato Tecnico Scientifico n. 4 del 06/04/2023



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

Segreteria OTGC

Roberta Bottai
Stefania Della Luna
Giuseppina Agata Stella

Il presente documento è stato elaborato dal Settore Assistenza ospedaliera, qualità e reti cliniche – Direzione Sanità, welfare e coesione sociale – Regione Toscana. Anno 2023

Revisione e integrazioni sono a cura di un gruppo multidisciplinare di esperti, su mandato dell'Organismo Toscano per il Governo Clinico: Giuseppe Pepe (coordinatore), Cristiana Baggiani, Enrico Benvenuti, Fabrizio Bottino, Stefania Catarzi, Ferdinando De Negri, Mirco Donati, Lorenzo Ghiadoni, Michele La Nigra, Simone Magazzini, Stefano Masi, Marco Massagli, Ettore Melai, Peiman Nazerian, Maria Olivan Roldan, Piero Paolini, Daniele Pezzati, Giorgio Tulli, Gianni Vaccarella, Maurizio Zanobetti, Paolo Zoppi.

Le proposte di integrazione sono riportate nel testo sottolineate.

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
Via T. Alderotti, 26/n
50139 Firenze (FI)
segreteriaotgc@regione.toscana.it

INDICE

1. Introduzione
2. Premesse normative vigenti e specifiche di indirizzo sulle tematiche in oggetto (overcrowding e boarding)
3. La rete MEU nel SSR
4. Individuazione cause del sovraffollamento nel Pronto Soccorso
 - o Fattori legati all'accesso
 - o Fattori legati alla gestione interna
 - o Fattori legati al deflusso

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

A) Interventi da mettere in atto per ridurre il sovraffollamento: a livello delle strutture ospedaliere e della rete a livello di Pronto Soccorso /DEA a livello di zona distretto/società della salute e cure primarie

B) Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e delle strategie di dimissione precoce e

protetta AZIONI STRAORDINARIE

- Misure su Standard di personale organico in PS (integrato con rotazione programmata di equipollenze)
- Misure su boarding (attivazione/implementazione della presa in carico precoce)
- Misure su overcrowding (appropriatezza di accessi al PS) ed integrazione anche sperimentale con Continuità Assistenziale

AZIONI ECONOMICHE

- Incarichi aziendali di alta ed altissima professionalità per medici di ruolo in PS >5 <10anni, >10 anni
- Azioni straordinarie regionali in linea con DM

ultimo ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

- DATI attività PS 2019-2022
- DATI di sovraffollamento in particolare andamento boarding sia per USL che per presidio ospedaliero
- REPORT di verifica attivazione PGSA negli anni 2019-2022
- TABELLE analisi attività dei PS e personale organico medico ed infermieristico in servizio (ultimo censimento ARS)

Introduzione

Il sistema di emergenza sanitaria territoriale e la medicina emergenza urgenza ospedaliera con il pronto soccorso (PS) sono le due strutture della Medicina Emergenza Urgenza (MEU) fondamentali e irrinunciabili del sistema sanitario nazionale del sistema di emergenza urgenza sanitaria.

La peculiare mission irrinunciabile della MEU è quella di inquadrare e stabilizzare i pazienti con patologie acute la cui gestione risponde a criteri di “non differibilità”, patologie abitualmente inquadrate nei codici 1 e 2 del nuovo triage (DGRT n 806/2017). Per ottimizzare l’attività di stabilizzazione può rendersi necessaria una breve permanenza dei pazienti in aree attrezzate denominate HDU che sostanzialmente rispondono ai requisiti della terapia sub intensiva. Le attività di OBI/HDU sono funzioni specifiche della MEU perché non rivolte a pazienti con percorso già definito ma riservate al processo decisionale di indicazione al ricovero o di scelta del setting più appropriato. Al momento in cui la diagnosi è definita e così come la indicazione al ricovero in setting o specialità definiti, la permanenza presso queste aree diventa inappropriata e configura una attività di “astanteria” che non compete più alla MEU. Fanno eccezione quei pazienti il cui percorso è così prossimo alla conclusione che il trasferimento in altra unità operativa comporterebbe un inutile dispendio di tempo e risorse. Per questa quota di pazienti seppur marginale (10%), la MEU può generare ricovero ordinario presso i propri letti e produrre SDO.

È previsto inoltre che i medici in servizio presso il DEA abbiano anche compiti di accoglienza dei pazienti con problematiche medico-chirurgiche urgenti, anche differibili (codifica 3 al triage) esercitando in questo caso attività di inquadramento e di filtro al ricovero. Anche per migliorare questa funzione il DEA può aver bisogno di un periodo di osservazione (controllo clinico strumentale longitudinale) che può protrarsi fino a 48 ore e che si espleta presso l’area dedicata della OBI. Residuale ma non da escludere l’attività per la patologia minore che storicamente affluisce ai PS (ferite, piccola traumatologia, ecc) che per la tipologia di prestazioni richieste possono appropriatamente trovare soluzione nei DEA.

Attualmente la MEU vive una condizione di grave difficoltà che si traduce in costante sovraffollamento delle strutture e progressiva riduzione del personale disposto a lavorarci. Le cause di tutto ciò non hanno a che fare con la natura della mission sopra descritta, al contrario ne rendono sempre più difficile lo svolgimento. Esse consistono nell’indiscriminato accesso in PS di patologia minore (crowding) e nella permanenza dei pazienti già inquadrati e destinati al ricovero (boarding). Di queste cause il boarding è probabilmente la più impegnativa per il personale e la più pericolosa per l’utenza come dimostrano i dati della letteratura internazionale anche in termini di mortalità intra-ospedaliera (*The Association Between Length of Emergency Department Boarding and Mortality. Adam J. Singer, e all. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2011; 18:1324–1329*).

Premesse normative vigenti e specifiche di indirizzo sulle tematiche in oggetto (overcrowding e boarding)

Le attività della MECAU (Medicina e Chirurgia Accettazione e Urgenza), oggi ridenominata Medicina di Emergenza Urgenza (MEU) sono stabilite dalla **Legge n. 132 del 12/2/1968 (“legge Mariotti”)** e dal **DPR n. 128 del 27/3/1969 Ordinamento interno dei servizi (art. 14)**, secondo i quali “la decisione del ricovero spetta al medico dell’accettazione, la decisione sulla durata del ricovero e sulla dimissione spetta ai curanti”.

DGRT n. 693/2011 avviava il progetto sperimentale “Net Visual DEA”, di innovazione gestionale per il miglioramento del flusso del paziente tra PS e Area di Degenza, ritenuto necessario assicurare l’efficienza della capacità produttiva del DEA, per prevenire la saturazione della domanda in ingresso dei pazienti con destinazione ricovero.

Il DM 70/2015, ed in particolare l'articolo 1, comma 5, lettera l dove viene già indicata la necessità di adeguare la rete dell'emergenza-urgenza anche prevedendo specifiche misure per assicurare la disponibilità di posti letto di ricovero nelle situazioni ordinarie e in quelle in cui sono prevedibili picchi di accesso;

La DGRT n. 974 del 13/09/2017 "Piani aziendali per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (PGSA). Linee di indirizzo" con la quale si indicano le modalità di redazione dei Piani Aziendali per la Gestione del Sovraffollamento in Pronto Soccorso (PGSA) e le verifiche di attivazione;

La DGRT n. 806 del 24/07/2017 "Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo" ha individuato le modalità di gestione dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, con particolare riferimento alla presa in carico, ai flussi di lavoro e alle varie modalità di dimissione. Nella stessa sono stati anche definiti gli standard di personale in organico sulla base dei flussi e dei carichi di lavoro.

DGRT n. 476/2018 linee di indirizzo, azioni di contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa. Attivazione dei sistemi di monitoraggio e di cruscotti sui flussi ma anche sul fenomeno del boarding in PS.

La successiva DGRT n. 657 del 21/06/2021 ha integrato con ulteriori note di indirizzo per il funzionamento del sistema di emergenza urgenza regionale. In particolare è stata riconfermata la necessità di attivazione di tutti i possibili percorsi di Fast Track che devono essere definiti e concordati fra i vari professionisti coinvolti consentendo l'invio del paziente direttamente dalla fase di triage allo specialista interessato, senza un interessamento del medico di PS, e la chiusura con firma del referto da parte dello stesso specialista. Nello stesso atto considerata l'urgenza derivante dall'incertezza sul mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e della necessità di una risposta regionale, in particolare per individuare strumenti in grado di mitigare nell'immediato il problema della carenza di organico, è stato previsto nello specifico sui fenomeni carenza di personale e dell'overcrowding e boarding:

1. di dare mandato alle direzioni aziendali di porre in essere con immediatezza le seguenti azioni:
 - a) coinvolgimento dei medici in organico alle altre discipline specialistiche equipollenti presenti nel presidio considerato (in particolare Medicina Interna e Chirurgia Generale) per supporto pazienti internistici/chirurgici, presa in carico anticipata del boarding;
 - b) attivazione di tutti i percorsi possibili di Fast Track rimettendo alla Direzione Sanitaria Aziendale e/o il Responsabile di Presidio la formalizzazione adeguata dei singoli percorsi;
2. rotazione programmata per periodi adeguati dei medici specializzandi nei presidi di pronto soccorso, assegnazione ai PS nei primi 2 anni di servizio gli internisti e geriatri assunti a tempo indeterminato.

DGRT n. 596/2022 Indirizzo di riorganizzazione dei rapporti tra medicina d'urgenza /DEA) ed Area Medica per la sostenibilità degli accessi di PS. Tra le linee di indirizzo di sistema, operative e di gestione del paziente, si istituiva la "presa in carico precoce" dalla Medicina Interna dei pazienti selezionati dal MEU con indicazione al ricovero, da realizzarsi in maniera strutturale in aree di "Admission Room" separate dal DEA e per intera gestione della specialistica, con successivo esito ricovero, dimissione o invio a percorso extra ospedaliero. In premessa si dava impulso alle Direzioni Generali aziendali a mettere in atto le azioni di riorganizzazione per sostenere la carenza di personale medico del settore MEU.

Le linee di indirizzo sono state acquisite a livello aziendale ma messe in atto ancora con ampia disomogeneità nei PS e DEA regionali. Sono pertanto necessari strumenti normativi più stringenti (Legge Regionale/DGRT) e comunque appare ineludibile un piano di monitoraggio stretto dei provvedimenti adottati presidio per presidio.

La rete MEU nel SSR

La rete dell'emergenza ospedaliera è costituita da strutture a diversa complessità assistenziale che si relazionano secondo il modello Hub e Spoke integrato. Tali strutture devono essere in grado di rispondere alle necessità d'intervento secondo livelli di capacità crescenti, in base alla loro complessità, alle competenze del personale nonché alle risorse disponibili.

Il Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015 n.70, relativo alla definizione degli standard dell'assistenza ospedaliera, individua il Pronto Soccorso (PS) come la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al Dipartimento di Emergenza e Accettazione – DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo specifici protocolli organizzativo - assistenziali mirati alla gestione delle diverse patologie.

Le indicazioni del DM n. 70/2015, definiscono i seguenti elementi caratterizzanti le strutture sede di Pronto Soccorso e le strutture sede di Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

La funzione di pronto soccorso è prevista per: un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento, un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità.

La struttura sede di DEA di I livello serve un bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati superiore a 45.000 e deve essere dotato di specifiche specialità indicate nel decreto.

La struttura sede di DEA di II livello serve un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000 e deve essere dotato di specifiche specialità indicate nel decreto.

Si configura un modello organizzativo dell'assistenza che, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, preveda uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze con strumenti sempre più sofisticati e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera, garantendo in tal modo, una reale continuità dell'assistenza, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti e la trasmissione di immagini e dati.

L'organizzazione dell'emergenza non può prescindere dal modello a rete, un modello organizzativo che assicura la presa in carico del paziente mettendo in relazione, con modalità formalizzate e coordinate, professionisti, strutture e servizi che erogano interventi sanitari e sociosanitari di tipologia e livelli diversi nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica e organizzativa.

La Rete individua i nodi e le relative connessioni definendone le regole di funzionamento, il sistema di monitoraggio, i requisiti di qualità e sicurezza dei processi e dei percorsi di cura, di qualificazione dei professionisti e le modalità di coinvolgimento dei cittadini.

Il teleconsulto rappresenta un utile supporto alle reti specialistiche di emergenza, in quanto, essendo connessa alle Centrali Operative 118, permette flussi informativi e trasporto di dati tecnici e immagini fra tutti i Centri collegati, con la possibilità di anticipare informazioni sui pazienti in arrivo e ricevere dati sulla disponibilità dei posti letto.

In un contesto, come quello attuale, in cui il normale funzionamento viene messo in crisi dalla sproporzione tra la domanda di assistenza sanitaria, eccessiva e spesso impropria, costituita dall'elevato numero di pazienti in attesa e in carico, e l'insufficiente presenza delle risorse umane, tecnologiche e strutturali disponibili e necessarie a soddisfarla, si parla di sovraffollamento (overcrowding).

L'overcrowding è un fenomeno complesso, poiché le esigenze di rapida risposta del Pronto Soccorso alle necessità diagnostiche e terapeutiche degli utenti trovano ostacoli "strutturali" in fattori non legati a specifiche situazioni di emergenza (cioè, che non giustificano l'adozione delle misure PEIMAF-Piano di Emergenza Interna per il Massiccio Afflusso dei feriti), bensì a variabili umane e organizzative. L'overcrowding assume quindi la rilevanza di un problema prioritario e frequente poiché si ripercuote negativamente non solo sulla qualità dell'offerta sanitaria, sia in termini di sicurezza e qualità delle cure erogate ai pazienti, ma anche sulla tutela della salute e sicurezza degli operatori ed il loro di benessere psicofisico.

Alla luce di quanto sopra, il sovraffollamento ha ripercussioni sull'intero sistema ospedaliero e sull'emergenza territoriale. Pertanto è necessario attuare delle misure sistematiche finalizzate a prevenire ed affrontare le situazioni di overcrowding, incremento critico dell'affluenza e della permanenza all'interno del Pronto Soccorso dei pazienti che stanno completando l'iter diagnostico, e parallelamente individuare soluzioni operative a breve e medio termine, anche di tipo straordinario, per la soluzione del boarding, fenomeno determinato da altre specialità ospedaliere, che determina lo stazionamento di pazienti che hanno completato l'iter in PS e che rimangono in attesa di essere ricoverati in un reparto.

Tali azioni sono finalizzate – complessivamente - a rendere più snelle e veloci le fasi del "processo" e di "uscita" del paziente dal sistema di emergenza urgenza al fine di garantire un efficace e tempestivo percorso di cura e di ricovero. Inoltre dovranno integrarsi con quanto già previsto con le Linee di Indirizzo per l'aggiornamento e l'armonizzazione del SSR di emergenza sanitaria territoriale (DGRT n. 1424 del 12/12/2022), e con quelle di potenziamento e riorganizzazione del Dipartimento Emergenza Urgenza.

Individuazione cause del sovraffollamento nel Pronto Soccorso

Le motivazioni che possono generare tempi d'attesa, o dilatati tempi di permanenza, sono sicuramente multifattoriali e da ricercarsi principalmente nell'elevato numero di accessi giornalieri che la struttura deve sostenere; tuttavia, può essere concausa anche la matrice organizzativa interna rapportata al livello di complessità della struttura.

Tra le diverse cause che determinano situazioni di sovraffollamento possiamo individuare fattori legati all'accesso, alla gestione interna, al deflusso e all'integrazione ospedale territorio.

Fattori legati all'accesso:

- la tendenza da parte dei pazienti che presentano patologie rientranti in codici minori, ad auto presentarsi in PS senza previo contatto con il proprio Medico di Medicina Generale (MMG); tale aspetto è legato anche all'estrema facilità di accesso al PS che fornisce cure e prestazioni h24 e indistintamente tutti i giorni della settimana;
- l'incremento degli accessi in determinati periodi dell'anno legato alla stagionalità di fattori epidemiologici e alla mobilità della popolazione (es. periodo influenzale oppure periodi di vacanza e turismo);
- il progressivo invecchiamento della popolazione che ha determinato un aumento di pazienti affetti da malattie croniche e, di conseguenza, un maggior numero di accessi in PS a seguito della riacutizzazione delle stesse e la mancata presa in carico dalla sanità territoriale;

- i tempi lunghi nello scorrimento delle liste d'attesa per prestazioni specialistiche;
- l'utilizzo del PS come punto di invio e porta di ingresso di pazienti esterni o ambulatoriali da parte delle altre specialità (mediche e chirurgiche) per percorsi non urgenti;
 - le possibili difficoltà nell'attribuzione del codice di triage da parte del servizio di emergenza-urgenza territoriale legati alla non corretta identificazione del grado di criticità e complessità dell'evento over valutazione.

Fattori legati alla gestione interna:

- l'elevata richiesta di consulenze e prestazioni radiologiche che porta il sistema a livelli critici e lunghe code di attesa è da riferire a due cause: la prima, la crescente complessità dei pazienti legata alla cronicità ed età avanzata; la seconda, la lunga permanenza in PS che spinge il sistema a coinvolgere specialisti di varie discipline per portare avanti il percorso diagnostico e di cura, nonostante sia già chiara la indicazione alla gestione in altro contesto;
- la necessità di aggiornare gli ambiti del Fast-track, del See & treat e dell'Osservazione breve e la mancanza di percorsi di fast-track per prestazioni a bassa complessità e di percorsi ambulatoriali post-PS al fine di favorire la presa in carico successiva del paziente garantendo una dimissione sicura e riducendo il fenomeno dei reingressi;
- la carenza di personale medico specialista in Emergenza Urgenza e la conseguente presenza in PS di medici non esperti (con rapporti di lavoro non continuativi e/o con scarsa esperienza); tale aspetto può determinare in alcuni casi l'adozione di comportamenti basati sui principi precauzionali della medicina difensiva con il conseguente maggiore utilizzo delle prestazioni diagnostiche, e relativo aumento dei tempi di permanenza in Pronto Soccorso e dei ricoveri inappropriati;
- la presenza di pazienti provenienti dalle aree extracomunitarie talvolta senza cittadinanza, residenza e privi di un sostegno sociale. Il paziente straniero presenta maggiori difficoltà di gestione a causa della comprensione linguistica e dalla tipologia di affezione a patologie legate al paese di provenienza.

Fattori legati al deflusso:

- la carenza di posti letto disponibili nei reparti di degenza, che sostiene il fenomeno del boarding, con una diminuzione delle capacità di ricovero nelle prime 24 ore e aumento percentuale dei ricoveri oltre le 48 ore pur a fronte di un decremento del numero complessivo dei ricoveri, causata dalla difficoltà a garantire un turnover adeguato per le seguenti motivazioni:
 - occupazione posti letto e tempi medi di degenza non allineati agli standard di riferimento;
 - dimissioni difficili e conseguenti ricoveri prolungati per carenza di posti letto territoriali;
 - riduzione della rete familiare e aumento della povertà associate ad una insufficiente presa in carico da parte dei servizi sociali e del territorio, con conseguente difficoltà nel rientro al proprio domicilio da parte dei pazienti ricoverati;
 - tempi d'attesa lunghi per ottenere consulenze specialistiche, esami radiologici e necessità a volte di trasferire il paziente in una struttura di complessità maggiore;
 - presenza di bolle covid19 nei reparti di degenza o reparti interamente dedicati ai pazienti covid19;
- la carenza strutturale e gestionale dei posti letto territoriali, dei percorsi di presa in carico ambulatoriale e da parte della rete dei servizi territoriali; a questo proposito si deve ribadire che tutta la problematica relativa all'accesso al ricovero ospedaliero non può essere gestita all'interno del PS né delegata al personale medico che vi opera, in quanto la normativa vigente (Legge Mariotti) distingue nettamente la funzione di medico accettante, specifica del medico MEU, e quella di medico "curante" che appartiene alla figura del professionista della disciplina di

competenza della patologia motivo di ricovero. La commistione di questi ruoli oltre ad essere incompatibile per quanto previsto dalla Legge rappresenta anche uno dei fattori concausa delle ricadute prognosticamente negative del fenomeno del boarding.

- la difficoltà, in caso di dimissione del paziente, di reperire un mezzo di trasporto per il domicilio o per le strutture intermedie territoriali o hospice.

Tra i fattori legati al deflusso è rilevante il processo di integrazione ospedale territorio, infatti la letteratura mostra che il tasso di utilizzo del PS è strettamente connesso anche alle modalità del dopo-dimissione. Occorre quindi rafforzare tutti gli strumenti per l'integrazione ospedale-territorio tra cui la dimissione pianificata precoce, il follow up telefonico o con telemedicina del reparto per i primi giorni dalla dimissione, la presa in carico da parte di equipe multidisciplinari ospedaliero-territoriali specifiche per le patologie a più alta ospedalizzazione, formazione e addestramento del paziente e del caregiver, ecc.

Un fattore abilitante del nuovo modello di sanità territoriale sarà sicuramente rappresentato dai nuovi punti di accesso e di erogazione previsti per il territorio: il NEA 116117 e le COT che devono svilupparsi con il preciso scopo della messa in rete dei cittadini, dei professionisti e delle risorse. Il NEA 116117 per l'operatività del nuovo sistema territoriale avrà anche la funzione di filtro sugli accessi in PS/DEA.

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

Prioritaria alle azioni ordinarie deve essere la garanzia della copertura dei turni in PS secondo il modello di servizio previsto dalla DGRT n. 806/2017, che prevede un numero standard di medici in turnazione mattina/pomeriggio/notte in tutte le aree assistenziali previste dal nuovo modello organizzativo di PS, comprese le aree di OBI/HDU. Le azioni e gli interventi i poi da adottare in via ordinaria saranno commisurati sulla base della analisi periodica dei flussi per singola struttura ospedaliera.

A) Interventi da mettere in atto per ridurre il **Boarding** e il sovraffollamento

A livello delle strutture ospedaliere e della rete:

Di seguito si riportano le azioni da adottare all'interno dei diversi livelli per ridurre il sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso.

- 1) Allineamento dei dati di occupazione dei posti letto e dei tempi medi di degenza agli standard di riferimento.
- 2) Determinazione di un **numero standard di posti letto** da rendere disponibili giornalmente da parte dei reparti di degenza per i pazienti provenienti dal PS. In tale calcolo va tenuto conto dei pazienti da isolare perché positivi al COVID.
- 3) Istituzione ed attivazione (laddove non ancora operativa) e potenziamento della funzione di **Bed management per 12 ore 7 giorni su 7, in aderenza a quanto già previsto da atto regionale deliberato. Il Bed management, funzione propria delle DS e DPO, al fine di migliorare il patient flow deve raccordarsi con RSA, cure intermedie, hospice ed altre strutture residenziali per la dimissione, anche attraverso le centrali operative NEA 116117 e le COT dove attivate, tutti i giorni compresi i festivi. Sarà fondamentale il lavoro in rete, secondo la modalità hub and spoke, in modo da trasferire il paziente nel presidio più adeguato alla sua patologia; indispensabile applicare le regole di dimissioni livellate, bilanciate e pianificate, con un numero programmato di posti letto per il PS. L'applicazione di questa funzione annullerebbe il fenomeno del boarding e della necessità della presa in carico in admission room ospedaliera; parallelamente è necessaria la pianificazione precoce degli accertamenti strumentali, radiologici e specialistici da dedicare alla presa in carico precoce presso l'Area medica.**
- 4) In coerenza con l'organizzazione della rete ospedaliera dell'emergenza-urgenza secondo il modello "hub & spoke", anche il Servizio di **emergenza territoriale 118** dovrà condividere con le strutture dell'emergenza-urgenza ospedaliera specifici protocolli, finalizzati all'appropriata e congrua gestione dei pazienti, in relazione alla stabilità del quadro clinico, al ruolo degli ospedali nella rete dell'emergenza-urgenza e all'effettiva capacità assistenziale della struttura ricevente, con facoltà di dirottatore parte della casistica in caso di sovraffollamento ("diversion"), sulla base di accordi definiti con le DPO dei presidi coinvolti.
- 5) Definizione per ciascun territorio di protocolli per l'identificazione, trattamento, dimissione e presa in carico sanitaria e/o sociale dei **"frequent user"**.
- 6) Istituzione ed attivazione di **"affidi diretti specialistici"** che prevedono il libero accesso per pazienti già in carico alla struttura specialistica (es. pazienti cronici o oncologici) attraverso la realizzazione di percorsi dedicati previa valutazione infermieristica all'accesso alla struttura, effettuata da personale adeguatamente formato; l'organizzazione si deve dotare di protocolli atti a definire le modalità di accesso e la strutturazione di un percorso protetto per il paziente.

A livello di Pronto Soccorso /DEA:

- 1) Provvedere alla copertura dei turni avvalendosi di una **rotazione programmata** di tutti i dirigenti sanitari di area medica aventi la specializzazione equipollente alla Medicina D'Emergenza- Urgenza che saranno dedicati esclusivamente alla gestione dei pazienti con codice 3-4-5. Ai medici specialisti in Medicina D'Emergenza-Urgenza del pronto soccorso dovrà essere affidata la gestione dei codici 1-2, della degenza High Dependency Unit (HDU) e dei posti di Osservazione breve intensiva (OBI); i dirigenti sanitari di area

medica aventi la specializzazione affine alla MEU potranno essere coinvolti nella presa in carico precoce di pazienti di loro competenza per disciplina preferibilmente presso le strutture di appartenenza. (N.B.)

La rotazione programmata dovrà essere attuata per la copertura del servizio in PS sulla base di modelli di servizio (con la specifica del numero di medici operanti per attività di PS nella turnazione mattina/pomeriggio/notte) che ogni presidio dovrà elaborare sulla base dei carichi di lavoro come da DGRT 806/2017 al netto dei percorsi di fast track attivati e della casistica realmente presa in carico su tali percorsi.

2) Garantire l'applicazione della DGRT 596/2022 relativa alla presa in carico precoce del paziente avendo cura di precisare a livello aziendale che la presa in carico deve essere garantita, ai sensi della Legge Mariotti, per tutti i pazienti che il medico accettante decide di affidare in regime di ricovero a qualunque disciplina e specialità. Sarà cura delle Direzioni Sanitarie vigilare sulla appropriatezza dei ricoveri anche alla luce della disponibilità in tempo reale dei percorsi di alternativi, anche utilizzando indicatori (es. rapporto tra pazienti presi in carico e pazienti in destino di ricovero).

3) Istituzione ed attivazione delle procedure di fast track presso tutti i PS/DEA 7 giorni su 7 con particolare riferimento alle discipline di Ortopedia, Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Oculistica, Dermatologia, Urologia, Oncologia. I criteri di attivazione di un determinato percorso devono essere definiti chiaramente in specifici protocolli condivisi tra il Pronto Soccorso e le discipline suddette. Il servizio di Fast Track nelle giornate festive dovrà essere attivato, almeno in alcune fasce orarie della giornata per quelle specialità per le quali non si ritiene possibile il rinvio del paziente al giorno feriale successivo all'accesso in pronto soccorso, anche ricalibrando gli organici delle altre specialità.

4) Istituzione ed attivazione di un ambulatorio dedicato al See and Treat con personale esperto, almeno 10 ore il giorno 7 giorni su 7.

5) Istituzione ed attivazione della funzione del "flussista"¹ in pronto soccorso per 12 ore 7/7giorni. Nel contesto la funzione del flussista permette la corretta gestione del percorso del paziente ed in modo coordinato con il bed management (equivale a responsabile di percorso assistenziale ospedaliero, siglato laddove già presente come GPA – gestore percorso assistenziale).

6) Inserire nella programmazione del reclutamento del personale, Bandi di concorso a tempo determinato per titoli e colloquio, almeno annuali, dedicati agli specialisti in formazione MEU ed specialità equipollenti iscritti al terzo anno del corso di formazione specialistica (Riferimento Legge 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m.i, articolo 1, commi da 547 a 548-ter. (Gazzetta ufficiale della Repubblica Italian. Anno 163. N°92. Roma 20, Aprile 2022).

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

1. Sperimentare, laddove non presenti, postazioni di Continuità Assistenziale (CA) in prossimità ai Pronto Soccorso di determinati ospedali, scelti da un apposito gruppo di lavoro regionale istituito ad hoc, anche prevedendo personale infermieristico, al fine di detendere la pressione inappropriata in tali sedi. Con protocolli predisposti e realizzati con appositi accordi tra Gruppo regionale Triage, rappresentanti della MEU e della Medicina Generale/Pediatria libera scelta, prevedere una ulteriore esito in uscita da PS denominato "inviato alle Cure primarie" a seguito dell'accesso triage del PS.
2. Estendere la sperimentazione ad altri ospedali soprattutto sulla base dei previsti picchi di accesso, andamento stagionale e turistico.

¹. *L'Infermiere Flussista è una figura di innovazione nell'assistenza in triage con competenze avanzate e preposta all'integrazione multidisciplinare. Il flussista orienta i pazienti nelle varie aree in un continuo confronto con i colleghi atti al triage. Il flussista prende in carico i pazienti nei momenti di attesa, monitorandoli, controllandoli, e rivalutandoli (equivale a responsabile di percorso assistenziale ospedaliero, siglato laddove già presente come GPA – gestore percorso assistenziale).*

3. Prevedere, per casi selezionati e pianificati fuori dai percorsi di emergenza urgenza, la segnalazione da parte del MMG di accoglienza in ricovero presso aree ospedaliere in regime di ricovero ordinario oppure, in maggior proporzione, di Day Service.

B) Miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e delle strategie di dimissione precoce e protetta

Di seguito si riportano alcune azioni tese al miglioramento dell'appropriatezza sia dei ricoveri che delle dimissioni:

- 1) Attento e appropriato utilizzo dell'**Osservazione Breve Intensiva (OBI)**: da riservare alle patologie risolubili in alcune ore (se finalizzato alla dimissione si ritiene sufficiente il limite delle 36 ore da ridurre ulteriormente in caso di ricovero e cercando di non superare mai le 44 ore) definendo, attraverso appositi protocolli, criteri d'inclusione e di esclusione prestabiliti. Tale area non è destinata all'accoglienza del boarding ma finalizzata al miglioramento dell'attività di filtro. A questo proposito si può prevedere una quota di ricovero (10%) per quei pazienti il cui trasferimento in altra struttura comporterebbe un ricovero di 24 ore.
- 2) Rigoroso rispetto dei tempi di erogazione dei servizi e delle consulenze per i **reparti specialistici** (consulenze specialistiche, imaging e altri esami strumentali) da garantire entro 72 ore per le prestazioni non urgenti, attraverso la creazione di slot dedicati al fine di ottimizzare il timing di ricovero e la durata della degenza.
- 3) **Servizio di radiologia d'urgenza esclusivamente dedicato al pronto soccorso, nel caso in cui non vi sia la possibilità del servizio dedicato** deve essere data priorità dell'esecuzione e refertazione di prestazioni diagnostiche in favore del pronto soccorso e dei relativi posti letto di OBI e HDU nonché delle aree di degenza deputate ad accogliere pazienti dal pronto soccorso.
- 4) **Trasferimento di una quota di** attività programmata per utenti esterni, dal servizio di radiologia interno all'ospedale ad altro servizio radiologico anche attraverso il possibile ricorso al privato accreditato o all'attivazione di contratti di «noleggio temporaneo» di tecnologie sanitarie al bisogno, in modo da poter garantire le prestazioni diagnostiche a pazienti ricoverati e del pronto soccorso in tempi rapidi.
- 5) **Prevedere il ricovero dei pazienti in area chirurgica**: in caso di necessità nei momenti di sovraffollamento per le patologie "**border-line**" (esempio colecistite, pancreatiti ed altre), valutando semestralmente il mantenimento dei LEA relativi all'appropriatezza.
- 6) Utilizzo del **post-ricovero** al fine di rendere più tempestive le possibili dimissioni e ridurre i tempi di ricovero: per i pazienti in cui la problematica acuta è risolta, deve essere incentivato il completamento diagnostico differibile nei 30 giorni seguenti in regime di post-degenza in ambulatori post-dimissioni e/o in day hospital/service.
- 7) **Disporre l'obbligatorietà della dimissione dai reparti in qualunque momento della settimana compreso i giorni festivi e nel fine settimana**: questa azione incrementa la disponibilità di posti letto e riduce i tempi di degenza, garantendo personale medico dedicato alle dimissioni (anche con il ricorso all'attività incrementale).
- 8) **Pianificazione dei rapporti con le ACOT** (future COT) attive h 12 e 7 giorni su 7 come da DM 77/2022, e con la futura Centrale NEA 116117 attiva h 24 7 giorni su 7, con possibilità di dimissioni direttamente dal pronto soccorso verso le cure intermedie, RSA o altre strutture residenziali, il domicilio con attivazione dell'assistenza domiciliare, con procedure agili e senza ulteriori aggravii burocratici in carico al PS.
In particolare per i pazienti anziani prevedere un modello condiviso con i professionisti del percorso

ospedale territorio.

- 9) Potenziamento della rete delle **cure palliative** per favorire una tempestiva presa in carico, nelle 12 ore, dei pazienti sia sul territorio diminuendo gli accessi impropri in pronto soccorso, che dei pazienti in PS.
- 10) **Risposta medico-infermieristica h12 e 7 giorni su 7 sul territorio** da parte dei medici delle cure primarie e degli infermieri dell'assistenza domiciliare (con previsione di estensione all' h24 nelle case di comunità hub) per diminuire gli accessi impropri in ospedale e garantire la presa in carico dei pazienti dimessi.
- 11) Verifica dell'**appropriatezza dei ricoveri in cure intermedie e delle giornate di ricovero (15-20 giorni)**, considerando che i reparti ricorrono al ricovero in cure intermedie in una percentuale altissima dei casi senza che questo determini una effettiva riduzione dei tempi di degenza media.

AZIONI STRAORDINARIE

Anche per le azioni straordinarie, a livello aziendale, è da ritenersi prioritaria la verifica di appropriatezza del personale organico del PS a garanzia dei turni di PS secondo un modello standard di medici ed infermieri sufficiente alla copertura di tutte le aree di assistenza previste in atto delibera 806/2017 del nuovo modello di PS attivo in Toscana, al netto dei percorsi in uscita rapida dai PS (fast track) attivati nella struttura.

Le azioni ordinarie, tra le quali **dotazione standard di posti letto** e la **rotazione programmata** in PS delle **discipline equipollenti** a copertura del turno di servizio in PS, si devono ritenere già attivate e operative, nonché sottoposte e periodica verifica da parte delle Aziende e dall'Osservatorio Regionale.

Pertanto ogni azienda deve avere strutturato oltre al PEIMAF (Piano di Emergenza Interna per il Massiccio Afflusso dei feriti) anche un piano aziendale "straordinario" di gestione del sovraffollamento e del boarding, che deve prevedere alcune fondamentali azioni straordinarie come:

1. l'attivazione incrementale di risorse aggiuntive in PS/DEA sia in termini di postazioni che di personale sulla base di soglie di numerosità di pazienti predefinite; tali risorse aggiuntive devono andare ad incrementare il modello di servizio previsto dalla DGR 806/2017 (numero standard di medici in turnazione mattina/pomeriggio/notte) che le aziende devono aver preventivamente fissato come standard inderogabile per ogni PS, già in fase operativa ordinaria. In tale attivazione incrementale deve essere compreso anche il personale TSRM che presta servizio presso le radiologie di PS o afferenti ad esso.
2. l'attivazione di ulteriori aree di degenza temporanea compreso l'ampliamento dei servizi di supporto;
3. l'attivazione di letti 'buffer' all'interno delle aree di degenza, identificati rispetto a soglie quantitative di pazienti in attesa di posto letto di ricovero;
4. l'attivazione di Admission (DGRT 596/2022) cioè la gestione del paziente da parte del reparto di destino in area esterne al PS e non in carico al personale dedicato ai pazienti in arrivo ed in fase di processo in PS; l'attivazione di Discharge room, cioè camere destinate ai pazienti a bassa e media complessità che, terminato il loro percorso in pronto soccorso, sono in attesa di essere inviati nel reparto appropriato o di essere trasferiti sul territorio attraverso la creazione di percorsi dedicati anche in collaborazione con le ACOT (future COT);
5. potenziamento (massimale) dell'attività di fast-track con estensione dei percorsi esistenti e monitorizzando la reale presa in carico di tutta la casistica eleggibile, soprattutto nei periodi maggiore affluenza turistica e stagionale;

6. blocco temporaneo dei ricoveri programmati o non urgenti per un intervallo di tempo rapportato alla severità del sovraffollamento. Inizialmente tale soluzione dovrà interessare le Unità Operative dell'area medica, e in seconda istanza le Unità Operative dell'area chirurgica;
7. l'indirizzamento alternativo dei trasporti sanitari in emergenza (concordato con Centrale Operativa 118 e da riservare a situazioni di estrema gravità) in base allo stato di sovraffollamento della struttura per evitare il fenomeno del "blocco barella", a seguito del quale il mezzo di soccorso non può tornare nuovamente operativo.

AZIONI ECONOMICHE

1. L'Azienda deve prevedere percorsi di valorizzazione specifici (**incarico di Alta ed Altissima professionalità**) per i dirigenti medici che svolgono la propria attività in pronto soccorso in modo stabile, programmata e ricorrente per almeno il 75% del servizio annuale quali:
 - a) l'attribuzione di incarichi professionali valorizzati economicamente (**incarico di Alta professionalità**) in fascia superiore rispetto al normale percorso di carriera del dirigente, sin dal superamento del periodo dei 5 anni; **attribuzione di incarico di altissima professionalità per i dirigenti con anzianità di carriera >10 anni, così come già previsto da progetto in deroga Isola d'Elba e altre zone disagiate;**
 - b) prevedere, ed inserire nel piano annuale di formazione aziendale, la programmazione di un periodo di **formazione collettiva** aggiuntiva con costi a carico dell'azienda su argomenti selezionati sulla base del fabbisogno formativo espresso dai dirigenti stessi **e dal personale del comparto** e che la frequenza agli eventi deve essere considerata orario di lavoro. In alternativa prevedere il riconoscimento dei costi di **formazione individuale** per un massimo economico di 1.500 euro l'anno a dirigente cumulabili negli anni consecutivi di non fruizione sino ad un massimo di 4.000 euro in tre anni che possono essere spesi per la partecipazione ad un singolo evento individuale scelto dal dirigente interessato;
 - c) valorizzazione dell'attività di tutor dei dirigenti medici, anche a rotazione, ai neoassunti e specializzandi retribuendola come attività formativa in orario di servizio a 5€ l'ora per un massimo di 450€ al mese per tutor. Per gli specializzandi deve essere chiarito con la scuola di specializzazione che il tutor deve essere un dirigente medico in servizio presso il pronto soccorso e non esclusivamente il primario;
 - d) nei servizi di pronto soccorso l'Azienda deve organizzare obbligatoriamente il riconoscimento di giornate di riposo in compensazione delle ore svolte dai dirigenti medici, per esigenze di servizio, oltre il normale orario di lavoro. Queste giornate di recupero, nel caso siano state accumulate, devono essere obbligatoriamente concesse dal Direttore della struttura con periodicità trimestrale sino ad un massimo di 5 giornate se maturate.
2. L'Azienda **potrà concedere**, se possibile per la garanzia della copertura dei turni, su richiesta del dirigente specialista stabilmente assegnato al pronto soccorso con un'età maggiore di 62 anni, l'astensione dai turni notturni, mantenendo il servizio h 12 e favorendo l'attività di tutor ai nuovi medici e specializzandi in pronto soccorso [in sintonia con il punto 2 c.);
3. L'Azienda deve attivare tutte le possibili azioni e strategie per promuovere il **reclutamento** di personale in assegnazione al pronto soccorso anche con forme di mobilità interna per le specialità equipollenti e affini, anche ricorrendo a formule di incentivazione economica e per periodi di tempo determinati;
4. L'Azienda deve programmare, per il dirigente specialista di ruolo e stabilmente assegnato al pronto soccorso, un periodo di **servizio di almeno un 15 giorni l'anno** (auspicabile un mese) presso una struttura organizzativa dell'area medica. Durante questo periodo il medico, continuerà comunque a percepire le indennità e gli incentivi economici previsti per il servizio in pronto soccorso;
5. L'Azienda deve attivare e riconoscere **la copertura Kasko** ed il rimborso delle spese di viaggio sostenute con il mezzo personale, a chi effettuata turni di servizio, sia in orario ordinario che in produttività aggiuntiva, in un pronto soccorso in area **disagiata** collocato in luogo diverso dalla

ordinaria sede di lavoro. La quantificazione delle spese deve avvenire attraverso una procedura che tenga conto della distanza dal domicilio del dirigente e delle eventuali spese di pedaggio.

6. L'Azienda deve attuare tutte le necessarie attività e verifiche amministrative al fine di garantire la corretta attribuzione del **ticket** per le prestazioni effettuate in pronto soccorso con codice di priorità 4-5, prevedendo personale dedicato in pronto soccorso e agevolando il pagamento delle prestazioni con sistemi informatici (esempio totem).
7. L'Azienda deve rendersi parte attiva allo scopo di condividere un «*Patto territoriale*», per le **aree disagiate**, che consenta di individuare misure di sostegno a favore del personale sanitario che è disponibile a prestare la propria attività presso le strutture di pronto soccorso. Nello specifico, le misure di sostegno a favore dei lavoratori in esame, potrebbero concretizzarsi in:
 - definizione di tariffe calmierate per asili e mense scolastiche, bonus per assistenti familiari (baby sitter, caregiver), bonus trasporti, bonus o alloggio dei professionisti....

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

L'attività di monitoraggio può essere effettuata solo previa acquisizione dei modelli di servizio di tutti i PS del territorio, che le Aziende comunicano al momento della entrata in vigore della nuova DGR e che aggiornano anche annualmente sulla base delle eventuali variazioni di casistica o di organizzazione interna, nel rispetto dei carichi di lavoro come da DGR 806/2017, che dovrà essere costantemente rispettata.

Questo strumento di monitoraggio e costante verifica è essenziale per garantire equità nella capacità di risposta all'utenza su tutto il territorio regionale ed omogeneità nella valutazione di performance delle singole strutture di emergenza.

Produzione di report da parte delle aziende per il monitoraggio:

- numero di accessi giornalieri al fine di evidenziare il trend temporale e quindi prevedere con anticipo l'insorgere del livello di afflusso critico sino ad individuare il momento di superamento dell'equilibrio tra domanda e capacità; il numero degli accessi va rapportato alle caratteristiche della struttura, al numero di posti letto e alla disponibilità di personale;
- numero di medici dedicati operativi in PS, specialisti ed equipollenti e numero di medici in rotazione da specialità equipollenti;
- tempi di attesa in pronto soccorso per codice di priorità;
- tempi di permanenza in PS dalla presa in carico al triage alla conclusione della prestazione di Pronto Soccorso;
- tempi di risposta da parte delle ACOT;
- tempi di attesa in PS dei pazienti che hanno completato l'iter diagnostico-terapeutico e attendono di essere ricoverati in reparto (boarding);
- tempo di attesa in PS dei pazienti che hanno completato l'iter diagnostico-terapeutico e attendono il rientro presso il proprio domicilio o altra struttura esterna all'ospedale;
- dimissioni giornaliere, compresi giorni festivi e fine settimana, dell'area medica entro le ore 12 con tendenza a valori maggiori del 10% rispetto ai pazienti ricoverati;
- numero di accessi in OBI e numero di pazienti con permanenza in OBI per più di 44 ore;
- tempo medio di erogazione di servizi/consulenze in OBI e nelle degenze;
- monitoraggio dei tempi di evasione degli esami radiologici effettuati per il pronto soccorso e per le degenze;
- monitoraggio dei Fast Track e See and Treat.

Il suddetto monitoraggio non sostituisce ma integra la verifica dei LEA. Il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** del Ministero della Salute, di cui al Decreto Interministeriale 12 marzo 2019, ha sostituito la Griglia LEA per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, a partire dall'anno 2021.

Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) del Ministero della Salute (DM 12 marzo 2019) è lo strumento che consente di misurare l'erogazione e il mantenimento dei LEA secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza a livello nazionale attraverso un set di 88 indicatori. Il NSG è stato varato in forma di sperimentazione a partire dal 2020 con l'obiettivo di testare la metodologia di monitoraggio dei LEA partendo dal calcolo di un sottoinsieme di 22 indicatori definiti "CORE" raggruppati in tre aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica (6), assistenza distrettuale (9), assistenza ospedaliera (7).

Relativamente all'attività di emergenza in Pronto Soccorso, sono indicati n. 4 indicatori afferenti all'area distrettuale:

- **D05C:** tasso di accessi in pronto soccorso nei giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 20, di adulti con codice di dimissione bianco/verde, (o codici numerici 3/4/5), standardizzato per 1.000 abitanti residenti adulti;
- **D06C:** tasso di accessi in pronto soccorso nei giorni feriali, dalle ore 8 alle ore 20, di minori con codice di dimissione bianco/verde (o codici numerici 3/4/5), standardizzato per 1.000 abitanti minori 0-14 anni;
- **D07Ca:** tasso di accessi in pronto soccorso nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi, di adulti con codice di dimissione bianco/verde (o codici numerici 3/4/5), standardizzato per 1.000 abitanti residenti adulti;
- **D07Cb:** tasso di accessi in pronto soccorso nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi, di minori con codice di dimissione bianco/verde (o codici numerici 3/4/5), standardizzato per 1.000 abitanti minori 0-14 anni.

Relativamente all'attività di monitoraggio e verifica sul boarding e sovraffollamento in Pronto Soccorso, sono indicati n. 4 indicatori afferenti all'area ospedaliera:

- Indicatore gestione del boarding: numero di pazienti in destino ricovero e presi in carico entro 8 ore da AMA/PCP
- Indicatore numero diversion nel mese
- Indicatore attivazione PGSA nel mese
- Indicatore % dimissioni <72 ore da AMA PCP

Gli indicatori e standard saranno approfonditi e definiti con successivo atto di integrazione

Gli indicatori relativi all'attività di Pronto Soccorso hanno la finalità di valutare l'efficienza dell'assistenza, sul territorio, della medicina di base e specialistica. La verifica puntuale e periodica è in carico alle Direzioni Aziendali, che dovranno inizialmente attenersi al cronoprogramma previsto per gli interventi ordinari e soprattutto quelli straordinari. Il controllo è affidato al Dirigente regionale di settore.

Si precisa infatti che le Aziende Sanitarie dovranno redigere un piano di programma entro 15 giorni dalla pubblicazione dell'atto deliberativo, da rendersi operativo entro 3 mesi e comunque entro l'inizio delle rotazioni del personale per le ferie estive.

TABELLA RIASSUNTIVA DELLE AZIONI DA INTRAPRENDERE DA PARTE DELLE AZIENDE SANITARIE

OBIETTIVI	RESPONSABILITA'	TEMPI	VERIFICA RT
ATTIVAZIONE FLUSSISTA*	AZIENDE	3 MESI	Relazione dalle aziende
ATTIVAZIONE SEE AND TREAT	AZIENDE	3 MESI	Relazione dalle aziende
ATTIVAZIONE FUNZIONE BED MANAGEMENT*	AZIENDE	3 MESI	Relazione dalle aziende
<u>GESTIONE DEL BOARDING *</u>	AZIENDE	3 MESI	Relazione dalle aziende CON REPORT DI ATTIVITA
AFFIDI SPECIALISTICI	AZIENDE	12 MESI	Procedure di individuazione di specifici percorsi
ATTIVAZIONE FAST TRACK	AZIENDE	3 MESI	Relazione dalle aziende CON REPORT DI ATTIVITA IMPLEMENTAZIONE (laddove già attivi)
<u>ROTAZIONE PERSONALE EQUIPOLLENTE *</u>	AZIENDE	3 MESI	Relazione dalle aziende CON REPORT DI ATTIVITA e VERIFICA ORARIA
PROTOCOLLI CONDIVISI CON 118 – MODELLO HUB E SPOKE	AZIENDE	6 MESI	Procedura delle aziende

*Si precisa che tra le azioni proposte a 3 mesi la attivazione del flussista e la istituzione del bed management sono destinate ad avere impatto dedicato nella prevalenza dei PO anche perché già operative; invece la gestione con presa in carico del boarding ed il reperimento di personale medico (attraverso la rotazione programmata di discipline equipollenti) sono gli unici due strumenti che permetteranno di dotare i PS della Toscana di modelli di servizio sostenibili garantendo al tempo stesso il godimento del minimo contrattuale delle ferie estive annuali. Per queste ragioni queste misure devono essere applicate con la massima urgenza.