



EVENTI 2022

Napoli, 26 ottobre 2022

EMERGENZA-URGENZA CRITICITÀ ATTUALI E SOLUZIONI A BREVE E MEDIO-LUNGO TERMINE

ESPERIENZE A CONFRONTO: LA REGIONE TOSCANA

Dr. Antonio D'Urso
Direttore Generale ASL Toscana sud est

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ACCETTAZIONE IL MODELLO ORGANIZZATIVO IN TOSCANA

L'organizzazione sanitaria è organizzata in tre Aree Vaste dove operano le Aziende USL e le Aziende Ospedaliere Universitarie.

In ogni Azienda Sanitaria è attivo un **Dipartimento di Emergenza Accettazione**, che aggrega le funzioni direttamente coinvolte nella gestione delle urgenze ed emergenze (tradizionalmente Medicina e Chirurgia Accettazione ed Urgenza ed Anestesia e Rianimazione)

Nelle Aziende USL, **il Dipartimento di Emergenza Accettazione assicura la presa in carico del paziente in emergenza urgenza nella fase territoriale e nella fase ospedaliera nell'Area Vasta di competenza.**

Nel Dipartimento di Emergenza Accettazione opera quale figura di riferimento **il medico di emergenza urgenza** che ruota su **tutti** i servizi, sia pre-ospedalieri che intraospedalieri (118/PS/OBI), costituendone il riferimento professionale certo.



MODELLO UNITARIO DELL'EMERGENZA

118 e Pronto Soccorso

Atto di intesa Stato-Regioni Maggio 1996 in applicazione del DPR 27/03/1992

SISTEMA DELL'EMERGENZA TERRITORIALE (118): Centrali Operative (centri di ricevimento delle chiamate sanitarie con il compito di coordinare l'attività territoriale del soccorso attraverso l'invio sul posto del mezzo appropriato (ambulanza, automedica, elisoccorso) con il personale idoneo

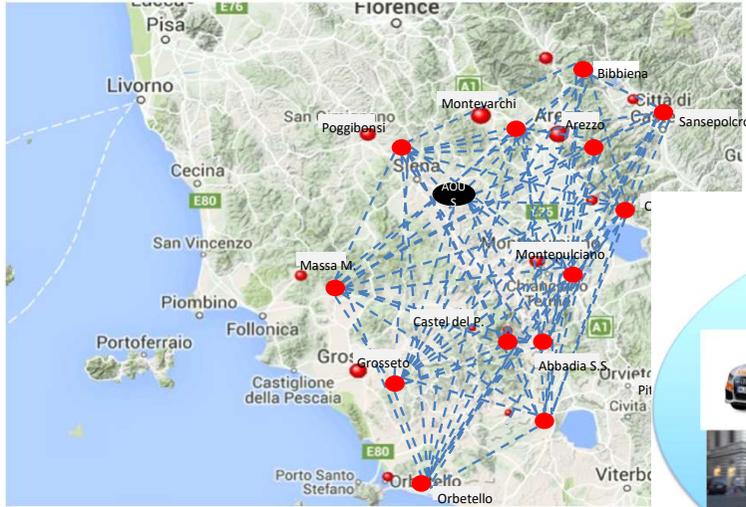
SISTEMA OSPEDALIERO (DEA): strutture semplici e complesse in grado di rispondere in maniera differenziata alla necessità di intervento (Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso, DEA 1. e 2 livello) ed organizzata in diversi setting (Accettazione, Pronto Soccorso, Osservazione Breve).

MODELLO UNITARIO DELL'EMERGENZA

118 e Pronto Soccorso

- ❖ INTEGRAZIONE DEL PERSONALE
- ❖ INTEGRAZIONE OPERATIVA E FUNZIONALE
- ❖ INTEGRAZIONE TECNOLOGICA E DIGITALE

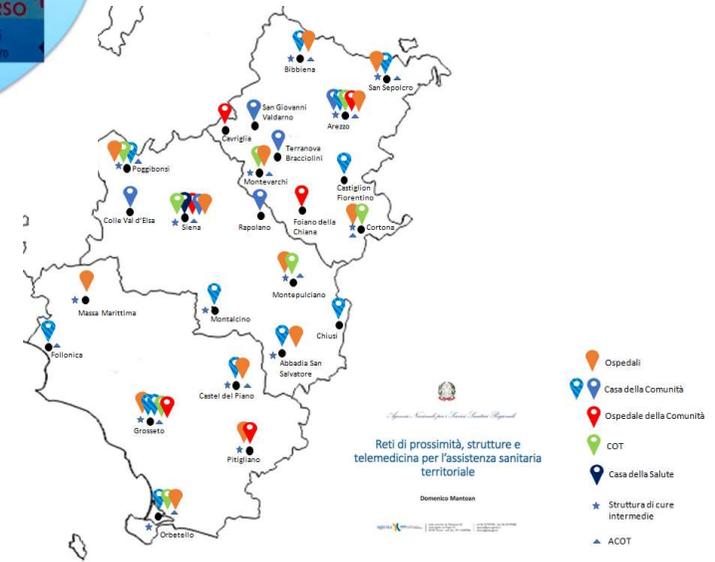
LA RETE OSPEDALIERA COMPLANARE



I SERVIZI IN RETE



IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA URGENZA



Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

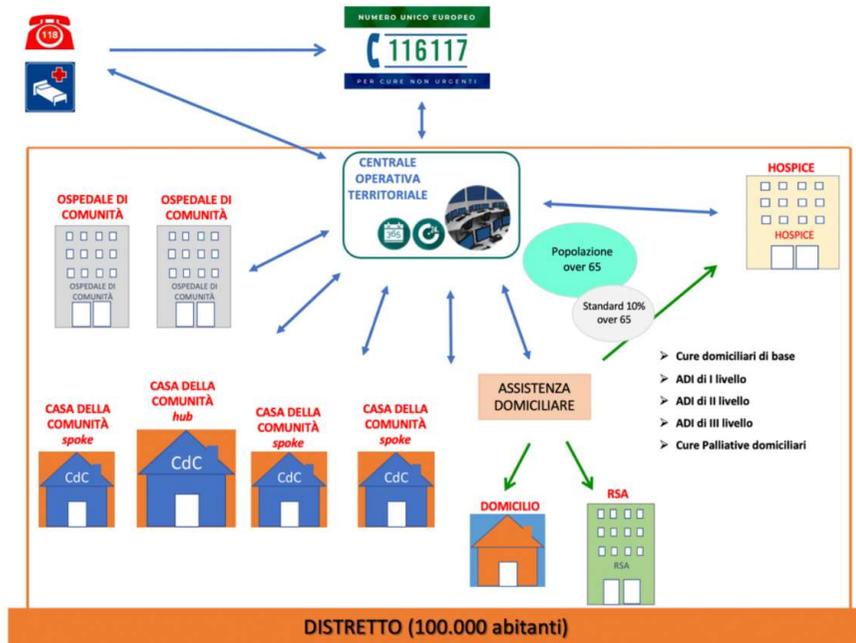
Domenico Mantovani

EMERGENZA-URGENZA
CRITICITÀ ATTUALI E SOLUZIONI A BREVE E MEDIO-LUNGO TERMINE

LA RETE TERRITORIALE

MODELLO UNITARIO DELL'EMERGENZA

PARTE DEL SISTEMA DI OFFERTA OSPEDALIERA E TERRITORIALE



Azienda	Popolazione	Indice accesso	CdC
Centro	1.599.248	43,6%	28
Nordovest	1.250.151	34,1%	25
Sudest	818.934	22,3%	17
RT	3.668.333	100,00%	70

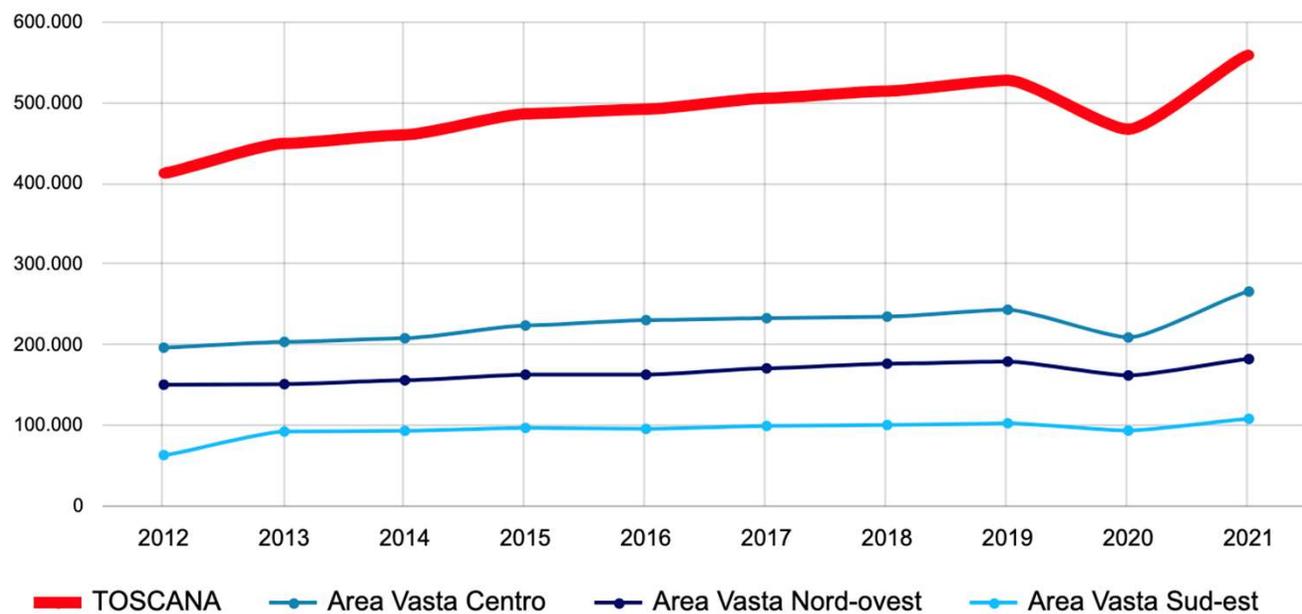
Regione/PA	Popolazione (ISTAT 01/01/2021)	PL Cure Intermedie attivi in Regione	PL OdC da realizzare con fondo recovery	OdC da realizzare con fondo recovery
Toscana	3.668.333	953	460	23

Chiamate ricevute dalle centrali 118 con richiesta di soccorso



Numero - Totale

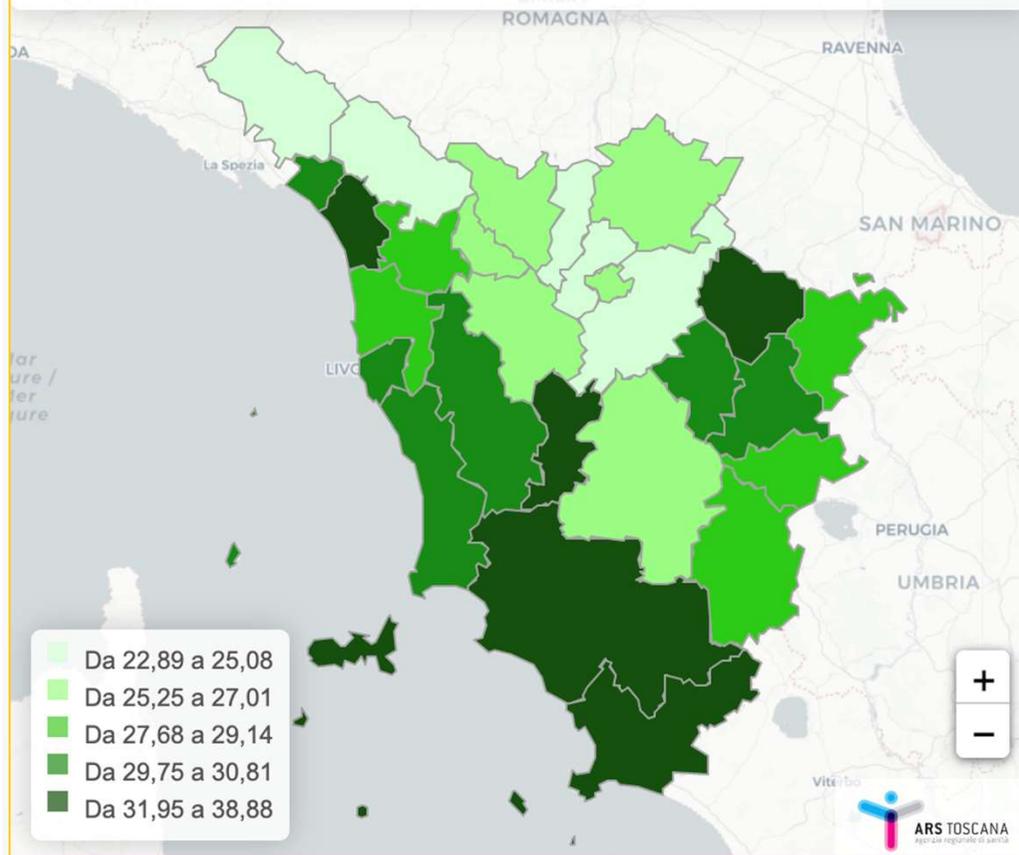
Fonte: RT prestazioni 118 (RFC 134)



Accessi in Pronto Soccorso

Tasso standardizzato per età (x 100) - Anno 2021 - Totale

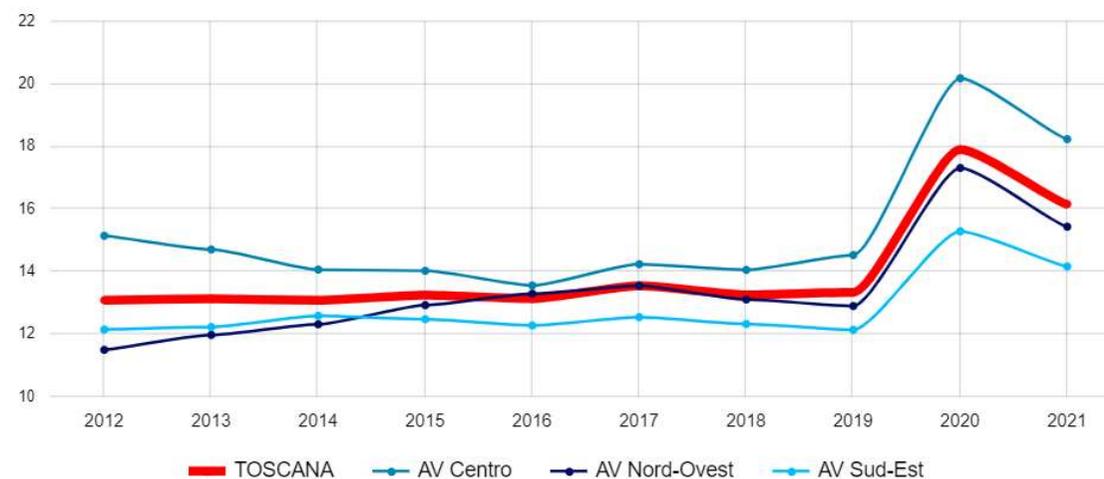
Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



Accessi ai PS della Toscana che esitano in un ricovero

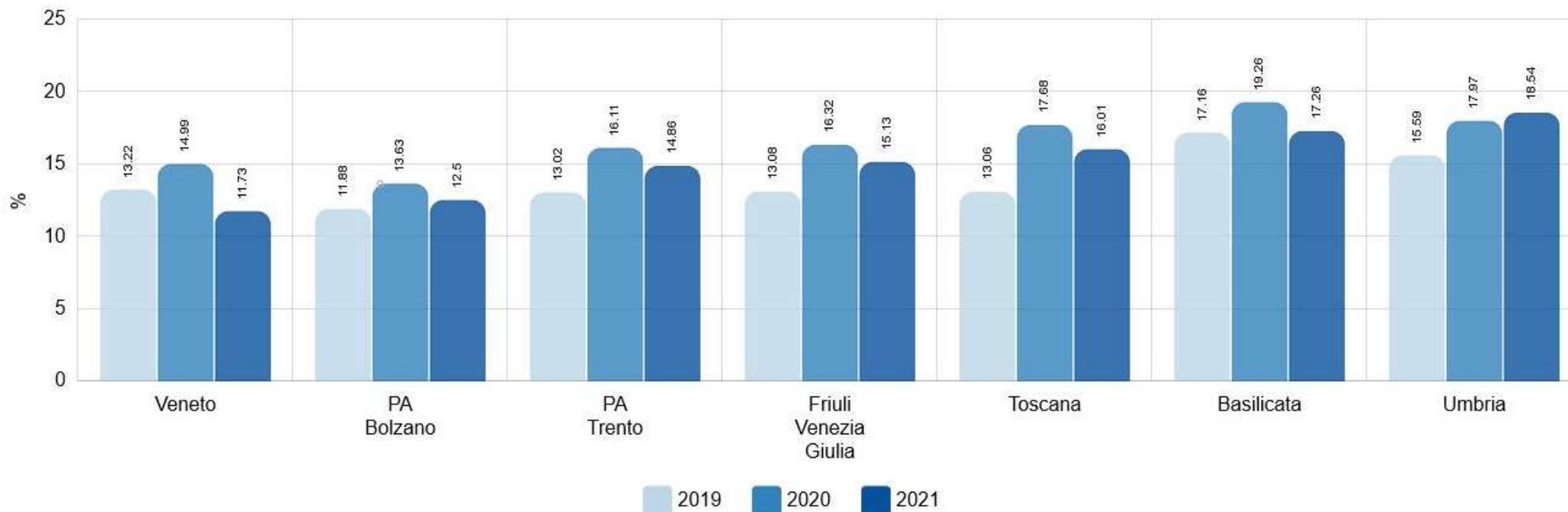
Totale

Fonte: RT Pronto soccorso (RFC 106)



PERCORSO EMERGENZA URGENZA – CONFRONTO TRA LE REGIONI

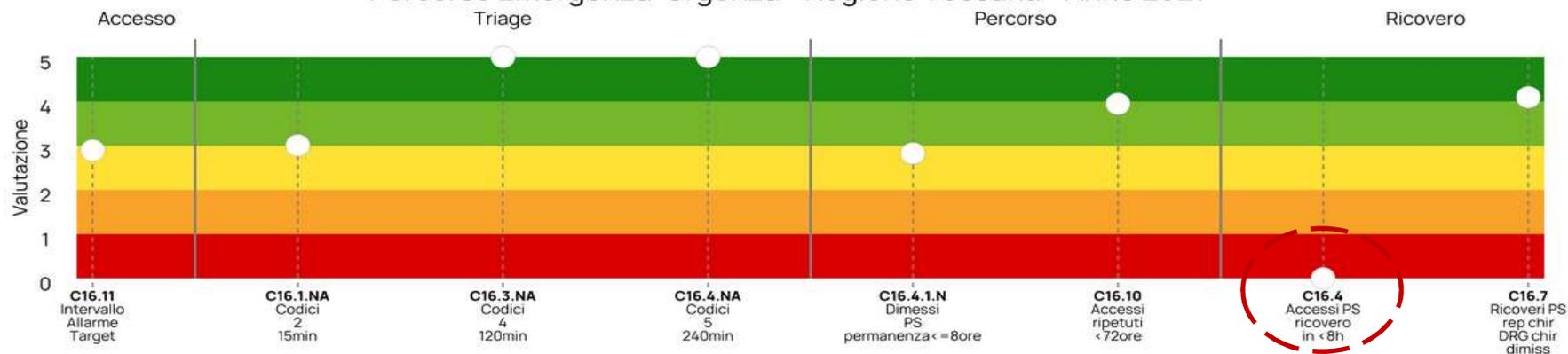
C16.9 - Percentuale accessi al Pronto Soccorso inviati a ricovero
Regioni - Trend 2019-2021



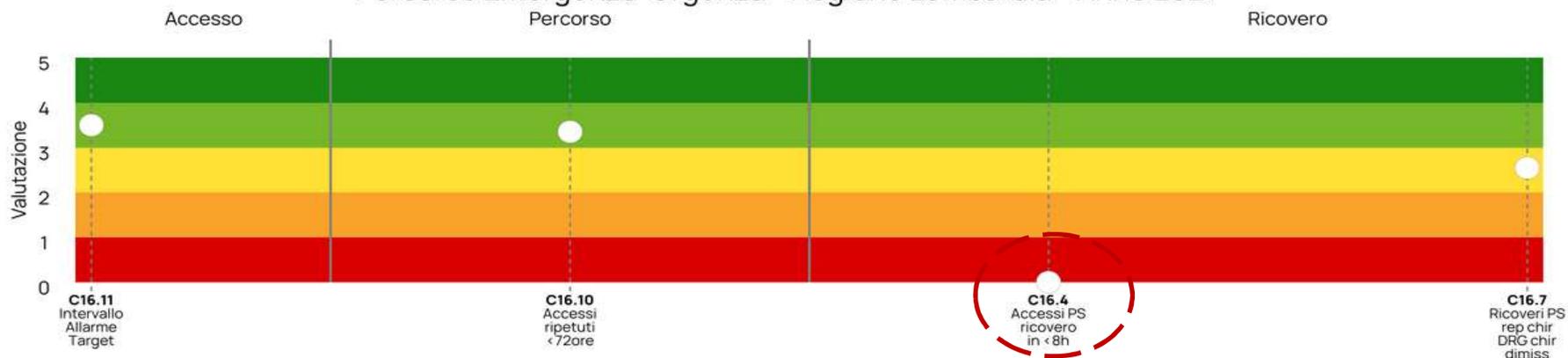
Fonte: Network Regioni – Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

PERCORSO EMERGENZA URGENZA – CONFRONTO TRA LE REGIONI

Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Toscana - Anno 2021



Percorso Emergenza-Urgenza - Regione Lombardia - Anno 2021



Fonte: Network Regioni – Laboratorio Management e Sanità Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

LE DIECI SPECIALITÀ MEDICHE PIÙ CARENTI A LIVELLO NAZIONALE NEL 2025 CON PENSIONAMENTI ATTESI IN BASE ALLA LEGGE FORNERO DEL 2011

TOP TEN CARENZE SPECIALISTI ANNO 2025

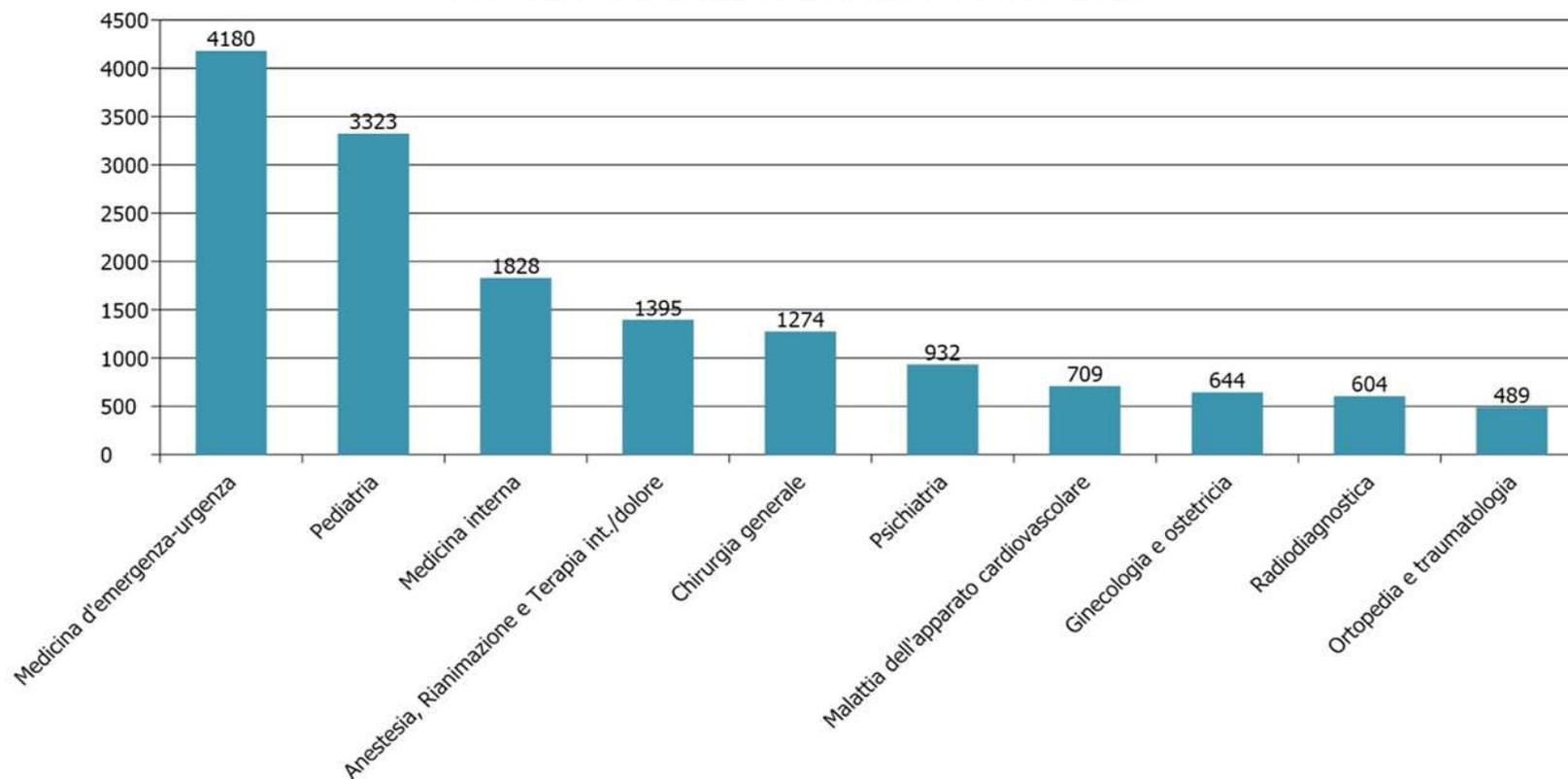


TABELLA 1.

Carenze entro il 2025 delle principali specializzazioni suddivise per regione.

Le caselle in rosso rappresentano deficit superiori a 60 specialisti; quelle in grigio deficit uguali o inferiori a 60; quelle in verde surplus di specialisti.

SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Veneto	Emilia Romagna	Lombardia	Piemonte	Liguria	Friuli Ve- Giulia	Valle d'Aosta	Trentino	Toscana	Marche	Umbria
MEDICINA D'EMERGENZA- URGENZA	184	76	177	194	98	30	0	90	344	148	-17
PEDIATRIA	227	95	510	274	102	20	13	38	329	132	82
MEDICINA INTERNA	92	238	377	154	84	120	8	45	202	53	28
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	32	-83	315	213	99	76	22	47	160	62	49
CHIRURGIA GENERALE	7	-9	159	148	59	29	11	29	104	53	47
PSICHIATRIA	31	93	165	52	63	39	6	11	17	71	19
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	15	145	60	69	53	21	2	8	99	74	29
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4	35	-22	55	26	-2	4	21	96	44	27
RADIOLOGIA	67	91	-8	54	50	4	8	22	127	64	16
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	33	0	59	73	17	4	7	17	82	13	-16
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-15	40	127	19	8	-29	6	-11	14	18	24
NEFROLOGIA	7	-20	22	56	10	31	4	2	40	38	19
OFTALMOLOGIA	30	17	4	56	14	-18	3	0	68	8	7

SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Lazio	Abruzzo	Molise	Basilicata	Campania	Puglia	Calabria	Sardegna	Sicilia	Totale Carenze
MEDICINA D'EMERGENZA- URGENZA	544	211	0	106	800	498	249	153	356	4241
PEDIATRIA	42	98	13	44	278	216	150	259	471	3394
MEDICINA INTERNA	40	25	19	25	119	78	30	73	66	1878
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	-14	37	16	60	43	93	63	81	153	1523
CHIRURGIA GENERALE	-5	46	9	40	129	97	90	116	141	1301
PSICHIATRIA	48	0	12	5	32	15	90	49	126	944
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	-120	35	13	16	69	104	40	33	63	826
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	-28	16	11	30	37	73	51	34	180	690
RADIOLOGIA	-83	-17	-2	33	-32	77	43	38	62	612
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-91	1	8	20	98	64	46	38	78	550
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-85	7	0	15	0	59	57	25	196	474
NEFROLOGIA	22	2	6	16	-37	33	44	61	10	366
OFTALMOLOGIA	-35	5	7	12	-16	33	16	4	31	246

LE AZIONI IN CAMPO

- 1. Ristrutturazione del sistema di emergenza territoriale** nel rispetto dei criteri del *D.P.R. 27 marzo 1992* (“Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”), del *Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70*) ed in coerenza con l’evoluzione della figura infermieristica (di cui al *DM 739/94, L. 42/99, L. 251/2000 e L. n. 43/2006*).

I livelli organizzativi del Sistema di Emergenza Territoriale sono:

- 1. Primo livello:** ambulanze di primo soccorso **BLSD** che garantiscono la **tempestività** di intervento
- 2. Secondo livello:**
Ambulanze con **infermiere** una delle risposte professionali del servizio di emergenza sanitaria territoriale
Automediche, con **medico ed infermiere**, integrati con ospedale, in caso di **supporto**
Ambulanze con medico
- 3. Terzo livello:**
Elisoccorso, garantisce **supporto al secondo livello** e rapida centralizzazione

Il **Soccorso sanitario primario** dovrà intervenire in un periodo di tempo non superiore agli **8 minuti per gli interventi in area urbana e di 20 minuti per le zone extra-urbane** (salvo particolari situazioni di complessità oleografica)

Secondo il DM 70/2015, si prevede **un secondo mezzo di secondo livello ogni 60.000 abitanti**, con la copertura di un **territorio non superiore a 350 Km²** applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

SITUAZIONE ATTUALE

	AUTOMEDICA	MEDICALIZZATA	INFERMIERISTICA	STAND BY	
TOTALE	47	34,5	37,5	172,5	119 mezzi di soccorso avanzato

SITUAZIONE FUTURA

	AUTOMEDICA	MEDICALIZZATA	INFERMIERISTICA	STAND BY	
TOTALE	51,5 (+4.5)	9.5 (-25)	62.5 (+25)	176 (+3.5)	123,5 mezzi di soccorso avanzato

CONFIGURAZIONE MEZZI RT VERSUS ALTRE REGIONI

RAPPORTO MEZZI/POPOLAZIONE	MEDICALIZZATI	INFERMIERISTICHE
EMILIA ROMAGNA	1:90.792	1:46.342
LOMBARDIA	1:204.465	1:192.669
TOSCANA Pre-riforma	1:45.637	1:105.415
Post-riforma	1:61.000	1:59000

LE AZIONI IN CAMPO

2. Interventi di formazione e qualificazione professionale:

- ✓ sul **personale medico**: Corsi DEU (per medici abilitati senza specializzazione)
- ✓ sul **personale infermieristico** per la formazione di infermieri qualificati che operano con autonomia professionale definita nel team di soccorso, nelle centrali operative e sul territorio e nei mezzi avanzati di soccorso territoriale infermieristico (INDIA).
- ✓ Sui **volontari delle Associazioni di Volontariato**.

LE AZIONI IN CAMPO

2. Interventi sulla connettività del sistema (esempi):

Caschi con telecamera per le emergenze



Ambulanze georeferenziate

LE AZIONI IN CAMPO

3. **Riconoscimento della quota oraria** di indennità di produttività aggiuntiva e della pronta disponibilità **maggiorata** (fino a 100 Euro/ora per il personale operante nella rete dell'emergenza e nei «piccoli ospedali»).
4. **Integrazione nei turni di PS dei medici delle discipline equipollenti** presenti in ospedale con prospettazione del pagamento in attività aggiuntiva
5. **Riconoscimento economico** dei tempi relativi al passaggio di consegne tra un turno e l'altro (mezz'ora a turno riconosciuta in produttività aggiuntiva)
6. Garanzia ai medici che accettano di operare nei PS periferici, di un limite massimo di permanenza (5 anni) oltre il quale acquisiscono il diritto ad essere trasferiti presso i Presidi di riferimento territoriale

LE AZIONI IN CAMPO

7. **Benefici relativi al percorso di carriera**, per coloro che operano nei presidi periferici e per coloro che, operando nei presidi di riferimento territoriale, danno la loro disponibilità a coprire i turni in sedi periferiche.
8. **Riconoscimento di quote di trattamento economico** di parte variabile per il personale medico che opera nell'emergenza urgenza e nei presidi periferici (Legge Regionale in corso di adozione).

Nessun cambiamento è possibile senza
il coinvolgimento delle persone

«The heart of change» John Kotter, 2002