



SPERIMENTAZIONE DI PUNTI DI INTERVENTO RAPIDO TERRITORIALI (PIR)

INDICE

INDICE	1
PREMESSA.....	2
IL CONTESTO	3
LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E I PIR.....	4
TIPOLOGIA PIR.....	5
OBIETTIVI.....	6
CAMPO DI APPLICAZIONE	6
SINTESI DELLA PROCEDURA OPERATIVA	7
a. individuazione ed accesso del paziente	
b. percorso del paziente	
c. articolazione oraria	
REQUISITI STRUTTURALI.....	10
DOTAZIONE STRUMENTALE	10
INFORMATIZZAZIONE PIR	11
RELAZIONE CON I SERVIZI.....	11
PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE.....	12
I DISPOSITIVI DI GOVERNO ED OPERATIVITÀ DELLA SPERIMENTAZIONE AZIENDALE	12
FORMAZIONE	13
CAMPAGNA INFORMATIV DELLA POPOLAZIONE	14
RIFERIMENTI	14

ALLEGATO 1 INDICATORI MONITORAGGIO ATTIVITA' ED IMPATTO

ALLEGATO 2 PROBLEMATICHE SANITARIE A GESTIONE PIR

ALLEGATO 3 COSTI EMERGENTI ANNUALI PER SPERIMENTAZIONE

PREMESSA

Allo stato attuale il Sistema dell'Emergenza-Urgenza sta affrontando una delle più gravi crisi dal 1992, anno della stesura delle linee guida dell'Emergenza pre-ospedaliera ed ospedaliera in applicazione al DPR 27 marzo 1992. Tra le possibili cause rientra anche il progressivo cambiamento del case-mix di pazienti valutati in Pronto Soccorso (PS), composto sempre di più da malati cronici, anziani e comorbosi, associato ad un aumento continuo del volume di pazienti in carico alle strutture di Emergenza-Urgenza (overcrowding e boarding). Infine, contribuisce a questa profonda crisi l'alta percentuale di codici a bassa complessità (codici minori) che affollano i PS regionali.

Gli utenti coinvolti in tali accessi spesso si rivolgono al PS per un'errata percezione della propria situazione/patologia. In altri casi, l'utente si rivolge al PS per comodità di accesso in relazione alle proprie consuetudini di vita, trattandosi di un servizio spesso in posizione geografica chiave ed aperto 24h/24h. Talora subentra anche il tentativo dell'utenza di aggirare le liste d'attesa per alcune tipologie di prestazioni sanitarie.

L'uso improprio del servizio incide in modo sostanziale sui tempi di presa in carico e gestione complessiva degli utenti, spesso producendo ripercussioni negative sulla percezione del cittadino rispetto alla qualità e affidabilità del servizio offerto, nonché sulla valutazione generale dell'accoglienza. Queste considerazioni aumentano nell'utenza la tensione e la conflittualità con la quale si rapporta ai servizi e, di conseguenza, acuiscono le difficoltà di gestione della casistica da parte del personale sanitario.

Con DGR 806 del 2017, la Regione Toscana (RT) ha approvato il documento "Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso – Linee di indirizzo" che ha visto la formulazione di un nuovo modello di presa in carico dell'utenza, integrando alla gravità clinica, la complessità assistenziale. Vengono così definiti percorsi a bassa complessità quei percorsi destinati a pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico, con bisogni a bassa complessità assistenziale.

Successivamente l'ACN della Medicina Generale 2019-2021 approvato il 4 aprile in Conferenza stato regioni ha inoltre individuato tra i compiti della forma associativa monoprofessionale chiamata Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT), attiva in Toscana già dal 2015 l'unità operativa di garanzia dell'assistenza primaria durante tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana grazie ai medici del ruolo unico che vi operano, attraverso i propri studi professionali, nelle Case della Comunità, negli ambulatori di continuità, entro dei limiti di territorio e di popolazione assistibile ben definita.

La DGRT 1508/22 ha delineato la programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del DM 77/22. Si prevede, in particolar modo, che i medici del ruolo unico di assistenza primaria siano obbligatoriamente assegnati ad una AFT e siano tra loro funzionalmente connessi, mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali che consenta ad ogni medico della AFT l'accesso ad informazioni cliniche degli assistiti degli altri medici operanti nella medesima AFT per un'efficace presa in carico e garanzia della continuità delle cure. Ogni AFT sarà collegata funzionalmente alla propria UCCP che ha sede presso le Case di Comunità (HUB e SPOKE) ed agli studi associati del MMG (SPOKE).

Con DGRT 1425 del 12/12/2022 (Riorganizzazione attività ruolo unico A.P. a ciclo orario e avvio percorso per istituzione NEA 116117) è stato approvato il documento recante le linee programmatiche per la riorganizzazione dell'attività del ruolo unico di assistenza primaria a ciclo orario, ai sensi dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale del 28 aprile 2022. L'atto regionale prevede di sperimentare postazioni di continuità assistenziale vicino ai Pronto Soccorso di determinati ospedali anche prevedendo personale infermieristico, al fine di detendere la pressione inappropriata in tali sedi e ha indicato alle aziende sanitarie di procedere alla riorganizzazione del servizio di Continuità assistenziale (CA) con la rimodulazione della presenza notturna delle postazioni di CA.

L'Azienda USL Toscana Centro ha proceduto pertanto ad approvare il piano di riorganizzazione della continuità assistenziale che consentirà la liberazione di ore medico che saranno progressivamente utilizzate per:

- a) garantire il servizio di continuità assistenziale fino alle 24.00 nelle sedi che oggi risultino parzialmente coperte e, in orario diurno, a favore della popolazione che necessita di maggiore assistenza medica e per frenare il ricorso improprio degli accessi in DEA;
- b) svolgere attività per gli assistiti a livello di AFT che necessitino di assistenza medica avanzata, attraverso ambulatori di continuità diurna rivolte a pazienti con sintomatologie acute di gestione ambulatoriale, l'utilizzo di strumenti di diagnostica di 1° livello e l'assistenza domiciliare per pazienti fragili e/o complessi.

Richiamando la necessità di potenziare i servizi territoriali per evitare gli accessi non appropriati al PS, anche la DGRT 532/2023 "Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della Regione Toscana" prevede la necessità di sperimentare postazioni di Continuità Assistenziale (CA) in prossimità dei Pronti Soccorso per una gestione di parte della casistica attualmente in carico ai PS con problematiche riconducibili ai codici 4 e

5 (urgenza minori), realizzate con appositi accordi locali tra zona distretto/società della salute e cure primarie.

Tenuto conto degli indirizzi regionali citati e della previsione di programmazione relativa al numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117, l'Azienda USL Toscana centro, in attuazione della programmazione regionale, sta realizzando il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:

a) attivazione della **Centrale Unica** per la ricezione delle richieste da parte dei cittadini per le cure non urgenti ovvero del **Numero Unico Europeo 116117**;

b) attivazione di ambulatorio di continuità assistenziale gestito da medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria integrati, con personale infermieristico, e ubicato, a seconda delle esigenze territoriali, presso una sede propria o in prossimità di un DEA (purché con percorso ben distinto e separato da quello dedicato all'emergenza): **i Punti di Intervento rapido (PIR)** per le risposte alle urgenze differibili di bassa complessità clinico assistenziale;

c) **rimodulazione del servizio di continuità assistenziale** realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, organizzato per fasce orarie che consentano una **maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00)** ai sensi della DGRT 1425/2022, anche in funzione della necessaria integrazione con la rete degli studi dei medici convenzionati per la copertura h24, disciplinato con protocolli condivisi con il sistema di emergenza-urgenza.

Con la Delibera di Giunta Regionale 541/2024 ha incaricato l'Azienda sanitaria territoriale USL Toscana centro di proporre un progetto per la sperimentazione di Punti di intervento rapido territoriali (PIR) presso le Case della Comunità HUB entro il termine di 60 giorni.

LA RIORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE – I PIR

Lo sviluppo complessivo della riorganizzazione del servizio di CA condiviso con la Medicina Generale e con i territori ha consentito di liberare ore medico da reimpiegare, come previsto anche nel nuovo ACN 2019-201, in attività di continuità medica presso ambulatori di continuità assistenziale diurna (PIR) nelle Case della Comunità ricorrendo all'impiego di medici attualmente a rapporto orario. L'individuazione dei medici che garantiranno i turni nei PIR, partecipando alla prevista formazione specifica, saranno individuati attraverso un bando di selezione i cui criteri saranno condivisi in sede di comitato aziendale della medicina generale.

I PIR territoriali si configurano come attività ambulatoriali che garantiscono l'accessibilità, la tempestività delle cure e la continuità dei percorsi assistenziali ai cittadini che necessitino di cure per urgenze differibili di bassa complessità.

Operano in raccordo con il Medico di famiglia e si avvalgono della collaborazione di COT ai fini della continuità della presa in cura.

I PIR assicureranno in generale attività ambulatoriali presso le Case di Comunità, ad integrazione di quelle effettuate dai Medici di Medicina Generale a ciclo di scelta, al fine di garantire una risposta di continuità medica diurna a livello di AFT per condizioni acute/sub acute o per riacutizzazioni cliniche in pazienti affetti da patologia cronica, anche, ove indicato, con utilizzo diretto di tecnologie diagnostiche e procedure terapeutiche di I livello.

L'obiettivo finale è strutturare una rete di Ambulatori in orario diurno (H12) che siano l'evoluzione delle attività di postazioni della Continuità Assistenziale e nei quali opera una équipe composta da medico e infermiere all'interno delle Case della Comunità HUB, laddove deve essere assicurata la presenza medica H24.

Il bacino di riferimento per ogni ambulatorio nelle Case della Comunità è quello di 1/2 AFT (25-50 mila assistiti).

Gli ambulatori PIR rappresenteranno inoltre uno strumento a livello AFT per fronteggiare, soprattutto in alcuni territori, il problema delle carenze improvvise e temporanee dei medici di medicina generale a ciclo di scelta, oltre a rafforzare l'attività di assistenza primaria nel campo della gestione territoriale delle fragilità e della cronicità in linea con il DM 77/22.

TIPOLOGIA PIR

Sulla base dell'analisi del contesto e delle premesse prodotte dagli atti di indirizzo regionali, tenuto conto della finalità sperimentale delle progettualità e quindi dell'opportunità di testare diverse tipologie di funzionalità del servizio, l'Azienda Usl Toscana Centro individua sperimentalmente 3 tipologie di P.I.R. :

- **P.I.R. tipo A (Ambulatori AFT per Urgenza Minori):** attivi in Case della Comunità HUB o SPOKE in contesti territoriali urbani ad alta densità abitativa mediante accesso filtrato dal Mmg / Aft dell'assistito e/o indirizzati dopo contatto con il 116/117;
- **P.I.R. tipo B (Ambulatori territoriali per Urgenze Minori)** Attivi preferenzialmente in presidi sanitari territoriali in contesti a medio/bassa densità abitativa e minor offerta di prossimità di servizi territoriali e a maggior rischio di carenza di MMG: accesso diretto o mediato dal MMG e 116\117;
- **P.I.R. tipo H (Ambulatori Bassa Complessità)** Attivi in prossimità di Pronti Soccorso ad elevata numerosità di accessi di codici minori: accesso mediante orientamento del paziente presso ambulatorio PIR da parte dell'Infermiere Triage

Le sedi preliminarmente individuate per la sperimentazione dei 3 modelli sono le seguenti:

- PIR tipo A: una per area territoriale: *Empoli* (CDC Gino Strada), *Prato* (CdC Centro Est), *Pistoia* (CdC Il Ceppo), *Firenze* (CDC Le Piagge)
- PIR tipo B: *Figline* (trasformazione del progetto CMA - Centro Medico Avanzato di cui alla DGRT 6/23 in PIR)
- PIR tipo H: Presso ospedale di *Torregalli*

OBIETTIVI

Le finalità del progetto sperimentale sono:

- L'avvio della strutturazione di ambulatori di continuità assistenziale diurna a livello di AFT finalizzata anche a ridurre il carico assistenziale improprio in capo ai servizi di emergenza-urgenza rafforzando la capacità di risposta dei setting di Cure primarie, in presenza di criteri clinici individuati di comune accordo tra i Dipartimenti coinvolti, riducendo l'affollamento degli ambienti, gestendo anche in maniera programmata gli accessi per codici minori;
- valorizzare il ruolo infermieristico nei setting extraospedalieri per la gestione delle urgenze minori;
- superare la logica dell'intervento rivolto all'erogazione della singola prestazione a favore di un approccio integrato finalizzato a una gestione globale della salute del cittadino che vede il MMG come coordinatore clinico dei percorsi assistenziali e le COT come coordinamento della continuità nella transizione delle cure;
- fornire elementi utili ad analizzare i motivi di accesso improprio al servizio di Pronto Soccorso anche al fine di potenziare la capacità diagnostica e terapeutica per pazienti con bisogni urgenti a minor gravità a livello di AFT
- aumentare infine il grado di soddisfazione dell'utenza, riducendo l'attesa per una risposta ambulatoriale a bisogni di minore complessità, limitando così anche il fenomeno del tasso di abbandono prima della visita medica presso i PS

La durata prevista della fase sperimentale è di 6 mesi prorogabili in base agli esiti della sperimentazione.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente progetto prevede la partecipazione di personale:

- Medici di medicina Generale - ruolo unico delle zone distretto dove si svolgerà la sperimentazione

- Infermieri
- DEA del Presidio Ospedaliero prescelto
- Medici Dipartimento Cure Primarie

L'Equipe PIR Medico- Infermieristica

I Medici sono individuati tra i medici di continuità assistenziale delle AFT di riferimento. Per la gestione dei turni i medici faranno riferimento ad un referente di sede PIR che si relazionerà con il Coordinatore sanitario di Zona Distretto e con il supporto del servizio amministrativo di segreteria CA.

Gli infermieri saranno individuati tra coloro che presentino una pregressa esperienza di almeno due anni formati per la gestione dei protocolli percorso a bassa complessità. Gli infermieri afferreranno per la gestione dei turni alla Direzione SOS infermieristica zonale.

L'equipe lavorerà omogeneamente nel P.I.R, gestendo le tre fasi del percorso:

- Accesso e prima valutazione
- Presa in carico del paziente
- Chiusura episodio e dimissione

I percorsi integrati vengono definiti in accordo tra il Dipartimento di Emergenza-Urgenza, Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica ed il Dipartimento di Medicina Generale, il Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale

SINTESI DELLA PROCEDURA OPERATIVA

A. INDIVIDUAZIONE DEL PAZIENTE

In generale i pazienti gestibili all'interno dei PIR sono pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico. Per l'individuazione delle problematiche sanitarie trattabili nei PIR si fa riferimento all'Allegato 2.

A1. ACCESSO DEL PAZIENTE ALL'AMBULATORIO CODICI MINORI DA TERRITORIO PIR TIPO A (CDC HUB O SPOKE):

In base alle sintomatologie e problematiche definite, i pazienti accedono al servizio ambulatoriale secondo due possibili canali di accesso:

1. il MMG contattato dal paziente invia il medesimo all'ambulatorio nella Casa di Comunità di riferimento dell'AFT, trasmettendo contestualmente informazione sintetica in merito al problema clinico all'ambulatorio medesimo. L'invio è fatto motivando che avviene nella impossibilità di gestire in tempi brevi direttamente la sintomatologia nell'orario

programmato dell'attività ambulatoriale o la necessità di valutazione diagnostica o terapeutica non disponibile in ambulatorio.

2. Il cittadino contatta il numero del servizio ambulatoriale (116117), che effettuerà una valutazione di eleggibilità all'ambulatorio, programmandone l'accesso attraverso il MMG

Il Cittadino si recherà presso l'ambulatorio PIR con un appuntamento fissato dal MMG e/o 116 117 c mediante utilizzo di una APP integrata ad una agenda su procedura CUP.

A2. ACCESSO DEL PAZIENTE ALL'AMBULATORIO TERRITORIALE PER URGENZE MINORI: PIR TIPO B

Il Cittadino consapevole delle problematiche sanitarie trattabili presso il PIR (Allegato 2) accede direttamente acquisendo un diritto alla valutazione clinica-assistenziale sulla base dell'ordine di accesso, munendosi di un numerino all'ingresso.

A3. ACCESSO DEL PAZIENTE ALL'AMBULATORIO BASSA COMPLESSITA' - PIR TIPO H

In fase di accesso al PS l'infermiere di Triage effettua una valutazione preliminare (Spot Check) del paziente sulla base di una la scheda di valutazione infermieristica al fine di acquisire informazioni utili a definire l'eleggibilità del paziente al percorso PIR. In caso positivo l'infermiere fornirà l'informazione al cittadino circa l'esistenza del percorso ambulatoriale presente nelle vicinanze del PS, appropriato per il problema presentato e con tempi di attesa ridotti rispetto al PS. Se il paziente decide di ricorrere al PIR l'infermiere segnalerà l'accesso su agenda PIR-PS.

B. PERCORSO DEL PAZIENTE

Nei PIR tipo A il cittadino inviato accede con un appuntamento fissato dal medico su agenda di prenotazione PIR.

Nei PIR tipo B e tipo H al momento dell'accesso l'infermiere del PIR effettua una prima valutazione dei pazienti in attesa e procede all'intervista dei pazienti secondo l'ordine di accesso per valutare le problematiche che hanno motivato l'accesso.

Il paziente accede così alla valutazione clinica assistenziale nell'ambulatorio, medico-infermieristica.

Le prestazioni direttamente erogabili dall'equipe sono le seguenti:

- visita medica;

- certificazioni (anche INAIL);
- trattamento farmacologico al bisogno;
- prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali;
- procedure chirurgiche minori (per esempio, suture, medicazioni);
- prelievo per indagini di laboratorio – POCT;
- osservazione post-trattamento;
- attivazione di prescrizioni, percorsi e prestazioni a completamento dell'iter diagnostico-terapeutico;
- medicazioni;
- bendaggi e immobilizzazioni delle estremità in caso di piccoli traumatismi;
- gestione cateterismi vescicali; problematiche minori di Cateteri centrali
- valutazione parametri vitali.
- terapie infusionali

L'equipe medico-infermieristico prende in carico il paziente tramite apertura della scheda clinica.

Il percorso ambulatoriale PIR può avere 3 possibili evoluzioni:

1. Valutazione ed eventuale erogazione prestazioni sanitarie medico/infermieristiche: il percorso del paziente si conclude con le prestazioni erogate e prescrizioni farmaci, insieme alla pubblicazione su Repository aziendale della relazione per il medico curante;
2. Valutazione ed eventuale erogazione prestazioni sanitarie medico/infermieristiche con attivazione di un percorso di diagnostica di primo livello e ambulatorio specialistico (solo prescrizioni Priorità U); l'equipe del PIR effettuerà la prenotazione della prestazione prescritta in codice U e da erogare entro 48 h, utilizzando agende dedicate eventualmente se disponibili nella medesima CdC;
3. Valutazione ed eventuale rinvio nel caso del PIR tipo H al DEA: in ogni momento, al mutare della condizione clinica, o qualora la rivalutazione medico/infermieristica ne ravveda le necessità, il paziente può essere inviato a percorso "tradizionale" di PS con trasporto a cura di AUSL.

Al fine di dare continuità assistenziale l'infermiere può raccordarsi con i servizi territoriali attraverso l'attivazione della COT per garantire il proseguimento delle prestazioni al domicilio (infermieri di comunità o AIUTI) o il collegamento con gli ambulatori territoriali a gestione infermieristica, concordandolo con MMG/AFT

L'esito dell'eventuale prestazione specialistica prescritta dal PIR, ad episodio concluso, dovrà essere valutato dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta, senza che l'utente torni al PIR.

Il Medico di Medicina Generale /AFT è il riferimento per ogni cittadino assistito.

Nel caso di pazienti che abbiano avuto accesso per Traumi con sospetta frattura si procede se necessario alla prenotazione della RX diagnostica con codice priorità U. In questi casi va precisato e comunicato al paziente che una volta effettuata la RX diagnostica, in caso di frattura, dovrà recarsi direttamente presso il PS di riferimento territoriale, che riceverà segnalazione da parte di COT.

Nel caso il paziente presenti un problema urgente non trattabile nel PIR (per gravità clinica o per complessità diagnostico- terapeutica), il medico PIR invia il paziente a Pronto Soccorso di competenza con trasporto a cura di AUSL, se necessario.

Nel caso di pazienti che si presentino con un problema non urgente e manifesti sintomatologia che NON rientra nei criteri di accesso, il medico lo invia al MMG/percorsi territoriali (mediante COT).

C. ARTICOLAZIONE ORARIA

L'ambulatorio dovrebbe garantire di norma la copertura oraria modulabile su 12 h (ad esempio dalle 08.00 alle 20.00), 7 giorni la settimana. La copertura oraria potrà comunque essere definita in rapporto al volume di attività atteso, secondo le esigenze locali.

REQUISIT STRUTTURALI

- Area dedicata all'accoglienza dotata di un punto di accesso/accoglienza e un'area per l'attesa
- Almeno 1 Ambulatorio con i requisiti dell'ambulatorio medico previsti dalla normativa vigente per l'autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie e uno spazio in cui il paziente può essere trattenuto in attesa di completamento diagnostico/terapeutico o per la rivalutazione post-trattamento

DOTAZIONE STRUMENTALE

Per permettere il corretto funzionamento del servizio si ritiene necessaria una dotazione minima per l'ambulatorio Codici Minori:

- pulsossimetro, otoscopio, sfigmomanometro, glucometro, fonendoscopio, abbassalingua
- bombola ossigeno e attrezzatura per somministrazione (cannule nasali e maschera facciale, tubi raccordo, gorgogliatore)

- apparecchi per analisi POCT :
 - o Emocromo Hb (se possibile anche GR GB e PTL)
 - o Glicemia
 - o Creatinina
 - o Elettroliti (Na K)
 - o AST ALT
 - o PCR
 - o INR
 - o da valutare anche: SBEGA, Covid-19 Test Rapido, RSV test Rapido
- materiale per suture e immobilizzazioni
- materiale per prelievi ed infusioni
- Dotazione farmacologica minima standardizzata
- ECG connesso in rete per eventuale tele-refertazione (chiarire quali sono le Cardiologie di refertazione)
- Ecografo
- Carrello emergenza in Struttura.

INFORMATIZZAZIONE PIR

L'equipe del PIR di tipo A con riferimento gli assistiti di AFT potrà utilizzare, quando disponibile, la scheda sanitaria dei gestionali in rete dei medici di AFT (collegamento in rete previsto anche nell'AIA).

I PIR utilizzeranno un modulo specificamente sviluppato sul medesimo gestionale della Centrale Unica 116/117 (Beta 80) completo di scheda clinica medica, scheda infermieristica, registrazione prestazioni (catalogo delle prestazioni individuate come erogabili da Servizio) e tracciabilità percorso dimissione (es. invio in PS, rinvio al mmg, attivazione COT etc..).

La chiusura dell'episodio produrrà una nota/relazione in PDF che sarà messa a disposizione del MMG dell'assistito nel Repository aziendale al quale possono accedere i MMG/AFT al fine di ricevere le informazioni dell'avvenuto accesso e assumere eventuali decisioni di continuità del percorso assistenziale dell'assistito.

RELAZIONE CON I SERVIZI

L'ambulatorio PIR deve avere accesso ai servizi specialistici: percorsi in CDC o accessibilità con prescrizione DEMA a prenotazione di prestazioni specialistiche con codice U.

L'equipe, al fine di assicurare continuità al percorso terapeutico, segnala a COT per attivare percorsi appropriati di continuità e per raccordarsi con MMG anche per gli accessi nei festivi.

PARTECIPAZIONE ALLA SPESA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Nei PIR tipo A, dove l'attività alla popolazione assistibile delle AFT di riferimento da parte del MMG, **la visita medica e le prestazioni effettuate dall'equipe** (per esempio medicazioni, suture, ECG, ecografia e POCT) sono **esenti da compartecipazione**.

Nei PIR di tipo B e H, in analogia a quanto già codificato per il CMA presso PO Serristori, e tenuto conto dell'accesso diretto anche da parte di cittadini non residenti ne' domiciliati in Toscana si prevede una compartecipazione di **€ 25 ad accesso**.

Le prestazioni specialistiche erogate a seguito di prescrizione SSN da parte del medico PIR sono comunque soggette alla vigente normativa relativa alla compartecipazione alla spesa (ticket).

Sono da considerarsi **esenti alla compartecipazione/ ticket** di € 25, in analogia con quanto avviene in PS, gli utenti che abbiano avuto accesso per **avvelenamenti o traumatismi** (che esitino in sutura o immobilizzazione), gli **appartenenti alle forze** di Polizia, Carabinieri, Forze armate e Vigili del fuoco, che non godono di copertura Inail per le prestazioni erogate in seguito a infortuni sul lavoro, **assistiti di età inferiore ai 14 anni**.

I DISPOSITIVI DI GOVERNO ED OPERATIVITÀ DELLA SPERIMENTAZIONE AZIENDALE

La responsabilità della gestione e organizzazione dei PIR afferisce al Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale dell'Azienda USL. La responsabilità di coordinamento medico tecnico e professionale è in capo al Dipartimento Medicina Generale.

Il Dipartimento assistenziale assicura la presenza qualificata del personale infermieristico afferente al PIR che avrà come riferimento organizzativo il coordinatore assistenziale della struttura di ubicazione.

Per ciascun PIR è individuato:

1. un **referente organizzativo** nominato dal Direttore del Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale Cure Primarie.
2. un **medico referente funzionale e professionale**, individuato dal Direttore del Dipartimento Medicina Generale su proposta del Coordinatore AFT al quale afferisce il PIR, tra coloro che svolgono attività medica all'interno del PIR, con le seguenti funzioni:

- collaborare con il referente del Dipartimento Rete sanitaria territoriale per gli aspetti tecnico/organizzativi relativi alle attività del PIR
- mantenere i rapporti organizzativi con gli altri medici dell'équipe, fornendo suggerimenti e verificando i comportamenti rispetto alle linee guida ed agli obiettivi aziendali
- predisporre i turni di attività e di reperibilità di servizio, secondo un principio di equità distributiva e contemperando l'esigenza di copertura dei turni con le esigenze indicate dai professionisti;
- raccogliere i turni effettivi svolti dai medici a fine mese e comunicarli all'Azienda per il successivo riconoscimento economico
- trasferire ai nuovi incaricati le conoscenze sull'organizzazione del Servizio, sulle linee guida concordate con le Aziende, sulla condivisione dei progetti aziendali
- fornire ai nuovi incaricati le informazioni utili per la conoscenza del territorio e dei Servizi in esso esistenti, nonché ogni altro chiarimento ritenuto utile al fine di una corretta e sollecita attività nell'ambito del Servizio

Per lo svolgimento di tutte le sopra elencate funzioni viene riconosciuto un importo mensile forfettario omnicomprensivo di € ... in analogia ai referenti di sede della continuità assistenziale.

Al fine di monitorare l'andamento della sperimentazione a livello aziendale è costituito una **Cabina di regia** così composta:

- Referente aziendale per la progettazione e sperimentazione
- Board di coordinamento integrato Dipartimenti USL (Dip. MMG, DRST, Dip EU, DAIO)
- Referente regione Toscana
- Rappresentanza sindacale MMG

La Cabina di regia si riunirà mensilmente durante la sperimentazione, si avvarrà dei dati e degli indicatori previsti in Allegato 1, valuterà andamento e indicherà eventuali correttivi migliorativi in corso di attuazione dei percorsi PIR, produrrà i report di attività intermedi per la Direzione Aziendale nonché il report finale alla chiusura della sperimentazione.

FORMAZIONE

Il personale assegnato all'ambulatorio Codici Minori deve completare con profitto i percorsi di formazione specifica, che prevedono anche formazione on site in PS e che si focalizzano sui seguenti temi:

- Protocolli aziendali relativi a *fast-track* e percorsi per la gestione dei problemi minori;
- Triaging, riconoscimento e gestione dei problemi minori
- Riconoscimento degli alert di emergenza/urgenza
- Corso di diagnostica strumentale di I livello (Ecografia Point of Care)

E' obbligatorio l'attestato di BLSD in data non anteriore a due anni.

CAMPAGNA INFORMATIVA DELLA POPOLAZIONE

L'Azienda USL Centro intende accompagnare l'attivazione dei PIR attraverso una campagna informativa alla popolazione ricorrendo sia ad una campagna generale a mezzo stampa, attivando i comitati di partecipazione, informando gli assistiti anche attraverso i MMG delle AFT dei territori interessati. La campagna informativa, condotta in accordo con Regione, ha come finalità la diffusione della conoscenza del servizio nei termini di

- le caratteristiche dei servizi PIR
- la tempistica di attivazione delle diverse sedi sperimentali
- la casistica dei pazienti che possono recarsi ai PIR
- le modalità di accesso
- cosa attendersi dal servizio PIR

La sperimentazione sarà accompagnata da una rilevazione dell'esperienza dei pazienti che si sono rivolti al PIR. Le modalità e gli strumenti saranno condivisi preliminarmente con Regione Toscana.

RIFERIMENTI

- DGRT 1425 del 12/12/2022: "Riorganizzazione attività ruolo unico A.P. a ciclo orario e avvio percorso per istituzione NEA 116117";
- DGRT 806 del 24/07/2017: "Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo";
- DGRT 6 del 9/1/2023: "Progetto sperimentale "Centro Medico Avanzato (CMA)" Presidio Ospedaliero Serristori – Approvazione"
- DGRT 532 del 15/05(2023 indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della regione toscana

- Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992;
- Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni – triennio 2016-2018.
- GRT – Documento preliminare n. 3 del 18/03/2024 “Piano sanitario e Sociale Integrato Regionale 2024-2026. Informativa preliminare ai sensi dell'art. 48 ”.
- DGRT 541 del 06/05/24 “Punti di intervento rapido (PIR) presso le Case della Comunità HUB: incarico alla Azienda USL Toscana Centro di presentare un progetto sperimentale”

ALLEGATO 1: INDICATORI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE IMPATTO

- ✓ N° pazienti inviati da MMG \ pazienti MMG afferenti AFT
- ✓ N° pazienti inviati per MMG \ totale pz inviati da MMG
- ✓ N° pazienti inviati da 116 \ 117 | totale invii
- ✓ N° pazienti inviati giornalmente dal PS \ N° pazienti giornalmente afferiti PS (triagiati?)
- ✓ N° pazienti inviati al PS \ N° pz autopresentati
- ✓ N° pazienti inviati al PS \ N° pz inviati da MMG/116-117
- ✓ N° pz inviati a II livello (visita o esame) \ N° pz dimessi da PIR
- ✓ N° pazienti rinviati al MMG senza visita PIR/ N° pz dimessi da PIR
- ✓ N° pazienti dimessi da PIR/ N° pazienti che effettuano un accesso nelle 48h successive
- ✓ N° pazienti con più di un accesso PIR per settimana
- ✓ N° pazienti dimessi da CAU entro 90' accesso/ N° pazienti dimessi da PIR

Report mensile su fasce di età pazienti, modalità di dimissione, diagnosi prevalenti, Trend accessi per codici minori nei PS del territorio di riferimento/AFT di riferimento.

ALLEGATO 2 PROBLEMATICHE SANITARIE TRATTATE NEI PIR

<ul style="list-style-type: none"> • congiuntivite • corpo estraneo congiuntivale • irritazioni da lenti a contatto • lente a contatto dislocate • otiti • otalgie • tappo di cerume • sinusite • rinite • faringite • dolore articolazione temporo-mandibolare • gengivo-stomatite • gastroenterite non complicata • singhiozzo • stipsi cronica • diarrea • parassitosi intestinali • difficoltà digestive • cistite • ritenzione urinaria 	<ul style="list-style-type: none"> • ferite superficiali da non suturare • rimozioni di punti • abrasioni • dermatiti da contatto • ustioni da mezzi fisici e chimici, fino al 2° grado, di piccola estensione • orticaria • geloni • crisi di panico • dolore mestruale • dolori muscolari • dolori osteo-articolari • dolore da fibromialgia • contusioni e distorsioni minori • distorsione del piede • dislocazione del dito • frattura del dito • torcicollo • lacerazione semplice • profilassi antitetanica • suture di brevi ferite (lineari e non estetiche) • punture da animali ed insetti
--	--

Sono criteri di esclusione i seguenti segni e sintomi riferiti dai pazienti:

- ✓ Dolore toracico
- ✓ Dispnea acuta
- ✓ Cefalea intensa e inusuale con dolore acuto
- ✓ Sintomi riconducibili a un disturbo neurologico acuto

ALLEGATO 3: COSTI ANNUALI SPERIMENTAZIONE

VOCI DI COSTO	RAZIONALE DELLA SPESA	IMPORTO
COSTI EMERGENTI PER PIR		
Personale*	Infermieri 3,4 FTE	3,4* € 37.000= €125.800
	Medico 84H/sett (si calcola come costo emergente la quota AGGIUNTIVA € 13,62/ H)	84*€ 13,62*52=€ 59.492
Esami di laboratorio POCT	Servizi POCT da acquisire(<u>solo per PIR tipo A – stima su 35 accessi medi giornalieri</u>)	€ 60.000
ECOGRAFO	Ex PNRR	€ 0
ECG con telerefertazione	Da acquisire (<u>solo per PIR di tipo A</u>)	€ 15.000
COSTI ANNUALI SPERIMENTAZIONE (6 PIR)		
4 PIR tipo A= € 260.292 x 4= € 1.041.168 1 PIR tipo B* = € 185.292 1 PIR TIPO H = € 185.292		€ 1.411.752
COSTI DI START UP SPERIMENTAZIONE		
CAMPAGNA DI COMUNICAZIONE – livello AZIENDALE	Attività di comunicazione (depliant, brochure, locandine, inserzioni stampa locali etc.)	€ 5.000
ICT	Adeguamento Gestionali	€ 15.000
COSTI START UP SPERIMENTAZIONE		€ 20.000
TOTALE COSTI EMERGENTI PRIMO ANNO DI SPERIMENTAZIONE		€ 1.431.752

* attualmente per il CMA di Figline, prossimo PIR di tipo B, l'Azienda USL sostiene già costi per il personale medico in attività aggiuntiva