



2025:
**LA RETE OSPEDALIERA
IN AUSL TOSCANA SUD-EST**

Criticità, analisi e proposte

Segreteria Aziendale **ANAAO ASSOMED**



Autori

Marino Artusa

Coordinatore di Segreteria Aziendale ANAAO-ASSOMED

Francesco Carbone

Segretario Aziendale ANAAO-ASSOMED

Si ringrazia per la collaborazione fattiva il

dott. Flavio Civitelli *Vice-segretario Nazionale Vicario ANAAO-ASSOMED*



Sommario

PREMESSA	4
Rete Ospedaliera	6
Background	7
Popolazione	7
Criticità attuali nella Rete Ospedaliera della AUSL TSE	7
La rete dei Pronto Soccorso	8
Accessi al PS	8
Rapporto medico/paziente (tempo dedicato per paziente)	8
Tempi di assistenza	8
Posti letto	10
Ricoveri AREA MEDICA	11
Criticità PS nel quintetto	13
Iperafflusso, affollamento, boarding	14
Soggetti coinvolti nell'affollamento/boarding	15
Azioni per ridurre l'iperafflusso	16
Costi degli accessi "impropri"	16
Interventi governo dei flussi	17
Fenomeno dell'overcrowding	20
A) Cause interne al PS	20
Tempo di assistenza richiesto e quello garantito	20
B) Cause esterne al PS	20
Fenomeno Boarding	23
Fattori intraospedalieri	23
Fattori extra ospedalieri	25
Azioni di supporto alla carenza degli organici dei PS	25
Adesione volontaria	26
Accordi di area vasta e con le AOU viciniori	26
Azioni per contenere il fenomeno delle fughe dei medici	28
Sul versante economico	28
Carriere	29
Qualità della vita lavorativa	29
SCHEDA 1 - Risorse in relazione al PS	31
SCHEDA 2 - Costi delle azioni discusse in relazione ai PS	33
Sintesi risorse razionalizzate e razionalizzazione costi	37

Criticità presenti nei Pronto Soccorso periferici e disagiati	38
Parametri distanze DM70/2015	38
Guardia interna per rafforzare la continuità assistenziale	39
Centro medico avanzato diurno (CMAD) H12	40
Ospedali periferici: una mission possibile	41
La “cintura internistica”	42
Chirurgia	44
Popolazione residente nelle aree disagiate	45
Qualità dei servizi nei presidi di aree disagiate	46
Sostenibilità degli ospedali in area disagiata	46
SCHEDA 3 - Proposte normativamente sostenibili per incrementare l'attrattività sul piano formativo, professionale ed economico	48
Cause della scarsa attrattività	48
AREE DISAGIATE - Azioni per i professionisti che optano per operare in sede disagiata	51
Garanzie su percorsi formativi di qualità	51
Valorizzazione professionale	52
Valorizzazione economica	53
Recupero spese e tempi di viaggio	53
Conciliazione tempi di vita e di lavoro	54
Benefit alloggi	55
Welfare aziendale	55
AREE DISAGIATE - Scelta su base volontaria incentivata del lavoro in “proiezione”	56
AREE DISAGIATE - Azioni di riordino delle sedi di attribuzione (approccio aziendale)	57
APPENDICE 1 - Norme di riferimento	59
APPENDICE 2 - Tabelle	64

PREMESSA

Come tutti i sistemi umani, anche il servizio sanitario per mantenersi deve affrontare nuove sfide, che per essere vincenti devono apportare benefici a tutti i soggetti coinvolti.

L'attenzione alle esigenze di tutti, la partecipazione attiva sollecitata e valorizzata, la trasparenza nelle posizioni sono la base di un percorso condiviso. Il confronto può allora essere aperto, franco e portare ad una condivisione tra tutti i soggetti. Obiettivo è trovare soluzioni che siano a vantaggio dei cittadini utenti, del servizio sanitario, dell'Azienda, degli operatori e dei territori, come venivano chiamati una volta. La gradualità ed il buon senso vigilano a garanzia di diritti acquisiti.

Lo sviluppo scientifico impetuoso, l'evoluzione tecnologica pressante, la nuova era digitale con l'Intelligenza Artificiale, le aspettative della popolazione, l'andamento demografico, la carenza degli specialisti, sono criticità che si sommano in modo esponenziale moltiplicando i disagi per i cittadini che devono accedere servizi ai sanitari e per le Aziende sanitarie che devono garantirli.

La tenuta del Sistema deve necessariamente confrontarsi con le nuove condizioni per rendere concreto ed adeguato ai tempi un servizio sanitario che mantenga equità, universalità e qualità.

La risposta in termini di volumi non basta se non garantita con un adeguato livello qualitativo (punto debole della delega al sistema privato), una scommessa estremamente difficile che prevede la consapevolezza delle Direzioni Aziendali, del decisore politico, delle Associazioni sindacali rappresentative e della cittadinanza.

Condizioni logistiche ed orografiche hanno la loro rilevanza, ma i parametri di riferimento della sicurezza e della qualità delle prestazioni sono irrinunciabili.

La *sostenibilità economica* di un servizio pubblico essenziale – come è per consenso generale la sanità pubblica – deve confrontarsi con il concetto di equità e qualità delle prestazioni.

Questa, a sua volta non può prescindere dall'appropriatezza, della quale sono parametri l'efficienza nell'uso delle risorse e l'efficacia delle stesse.

Il criterio del consenso e le scelte amministrative sono elementi condizionanti, determinando i parametri oggettivi dell'organizzazione dei presidi ospedalieri.

In tale quadro, **ANAAO-ASSOMED** vede nella appropriatezza organizzativa uno degli elementi di tutela della qualità lavorativa dei professionisti, essendo intuitive le ricadute di un'organizzazione inadeguata in termini di professionalizzazione, rapporto tra vita privata e lavoro (genitorialità, in primis) e rischio clinico.

Allo stato attuale il sistema sta attraversando una situazione di conflitto normativo e strutturale che non sembra dare spazio a soluzioni se non quella di chiudere i servizi e cederli al privato.

Il combinato disposto di:

- **tetti assunzionali**
- **limiti di bilancio**
- **limitazioni nazionali su volumi di prestazioni aggiuntive**
- **blocco del ricorso a gettonisti** (non in Toscana)

creano le condizioni che rendono incompatibile l'attuale tenuta dei servizi con le attuali limitazioni di legge. Se a questo aggiungiamo la tendenziale deprofessionalizzazione e il burnout a cui i professionisti

vanno incontro in certe sedi, la necessità di riconsiderare la sostenibilità di un sistema di fatto insostenibile salta agli occhi.

In tutto questo la sola risposta registrata è quella del, del tutto inutile, **incremento dei posti di accesso alla facoltà di Medicina** che, senza interventi sulla capacità di attrattività professionale e ambientale dei nostri ospedali pubblici si rivelerà solo una fabbrica di sotto-occupati e di braccia e cervelli da destinare agli altri paesi Europei, potrà dare i primi effetti da oggi a 10 anni.

Una decisione quella dell'incremento degli accessi, associata ad una riforma improvvisata, che tenta maldestramente di correggere gli esiti infausti dell'**imbuto formativo** che insieme alla **gobba pensionistica** (ampiamente annunciati da ANAAO e, come oggi, del tutto inascoltati dalla politica) potrebbe decretare la fine del sistema di tutela della salute che ha distinto l'Italia negli ultimi decenni di storia.

Questo paper coglie l'occasione del lancio del Cantiere Sanità aperto dalla Direzione Aziendale dell'AUSLTSE, per offrire un contributo in modo trasparente, proattivo, coraggioso.

L'intento è soffermarsi su soluzioni possibili sul piano della qualità dei servizi offerti e sul piano di un miglioramento nell'appropriatezza dell'uso delle risorse, nel microcosmo dell'AUSLTSE, che su 13 Ospedali presenti ne conta ben 9 classificati come disagiati (DDG 1093/2020): Bibbiena, Sansepolcro e La Fratta di Cortona in provincia di Arezzo; Castel del Piano, Massa Marittima, Orbetello e Pitigliano in provincia di Grosseto; Abbazia San Salvatore in provincia di Siena. In più Nottola per la logistica.

Le ipotesi discusse, per necessario realismo, sono ancorate alle norme di legge, decreti, contrattuali, delibere regionali, accordi aziendali, con l'obiettivo di una applicazione concreta in una visione complessiva e coordinata.

Rete Ospedaliera

Nel vasto territorio dell'AUSLTSE, peculiarità orografiche e logistiche, coniugate a cause storiche e di consenso, hanno determinato l'attuale strutturazione in 13 ospedali dei quali 7 hanno le caratteristiche di ospedali classificati dal DM 70/2015 *di base* (PO La Fratta di Cortona, PO di Massa Marittima) o *disagiati* (PO di Abbazia San Salvatore, PO di Bibbiena, PO di Castel del Piano, PO di Pitigliano, PO di San Sepolcro), la classificazione organizzativa della AUSLTSE li denomina rispettivamente "territoriale" e di prossimità. L'ospedale di Orbetello (Base e Territoriale) viene considerato zonale dalla Regione Toscana nell'accordo del novembre 2008 con le OO.SS. Mediche (Tabella 1)

Tabella 1. Classificazione PO della AUSLTSE

PRESIDIO OSPEDALIERO	CLASSIFICAZIONE			
	DM 70	ACCORDO RT/OO.SS 2008 (convalidato 2024)	AUSLTSE	DDG 1093/2020
PO Arezzo	I Livello	Di Riferimento	I Livello	-----
PO Grosseto	I Livello	Di Riferimento	I Livello	-----
PO Montevarchi	I Livello (2019)	Zonale (II)	Zonale	-----
PO Campostaggia	Base	Zonale (II)	Zonale	-----
PO Nottola	Base	Zonale (II)	Zonale	Disagiato
PO Orbetello	Base	Zonale (III)	Territoriale	Disagiato
PO La Fratta	Base	IV	Territoriale	Disagiato
PO Massa Marittima	Base	IV	Territoriale	Disagiato
PO Abbadia S Salvat	Disagiato	IV	Prossimità	Disagiato
PO Bibbiena	Disagiato	IV	Territoriale	Disagiato
PO Castel del Piano	Disagiato	IV	Prossimità	Disagiato
PO Pitigliano	Disagiato	IV	Prossimità	Disagiato
PO San Sepolcro	Disagiato	IV	Territoriale	Disagiato

Negli anni ottanta del secolo scorso, la Regione Toscana, attuando una coraggiosa politica riformista, ha attivato, con la programmazione dei “Monoblocchi” la razionalizzazione della pletorica presenza di piccoli nosocomi in tanti piccoli comuni; superando resistenze localistiche e contribuendo allo sviluppo di una sanità moderna e di qualità.

Un processo di razionalizzazione che si è interrotto da tempo - ma che alla fine dell’anno 2023 sotto il macigno delle necessità di bilancio della Regione che ha dovuto introdurre, a partire dalla finanziaria de 2024, una pesante tassa regionale per evitare il deficit di gestione - si è reimposto come un ineludibile percorso da riprendere.

Già nel 2023 per l’AUSL-TSE si è immaginata la riconversione degli ospedali di Castel del Piano e di Cortona (La Nazione di Arezzo, 29 Dicembre 2023), per i quali veniva prospettata una trasformazione/riconversione in sedi di lungodegenza e Centro di Assistenza e Urgenza (CAU).

La successiva fiammata polemica ha congelato il percorso per la difficoltà ad assumere scelte che possono essere impopolari e fomentare risentimenti nei territori interessati.

Il tema, tuttavia, rimane sottotraccia ed è sul tavolo anche del confronto regionale con i sindacati.

Si impone una riflessione: quali sono i reali motivi della difesa dei presidi ospedalieri in aree periferiche, quando è acclarato dalla letteratura scientifica, che **la qualità delle prestazioni è strettamente correlata alla casistica?** Insomma, troppo piccolo è pericoloso. Tanto che il DM 70/2015 all’art. 9.2.2 “Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate”, qualifica tali Presidi come “*strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna*”.

Un dato ben conosciuto anche alle popolazioni ed ai sindaci che le rappresentano.

In realtà le popolazioni difendono i presidi ospedalieri, non tanto per la tipologia di prestazioni da fare sottocasa, quanto perché l'ospedale è un presidio di lavoro qualificato per un numero discreto di concittadini.

Quindi il criterio prevalente appare prima economico e sociale piuttosto che sanitario, motivo per il quale la necessaria riorganizzazione della Rete Ospedaliera della Toscana, pur riemergendo ripetutamente negli ultimi due decenni, è stata sistematicamente sottaciuta.

L'emergere di situazioni critiche nell'AUSLTSE, come il rischio default dei Pronto Soccorso, per carenza di personale e la consapevolezza che sono necessari cambiamenti strutturali, sono l'occasione per una riflessione più generale, che la segreteria ANAAO affida al confronto secondo quanto previsto dall'Organismo Paritetico per l'Innovazione (Art. 8, CCNL/2024) ed al Cantiere Sanità attivato dall'Azienda.

Ciò in una visione di rete, nel caso specifico ospedaliera, con l'**obiettivo prioritario di garantire servizi di qualità** ad ogni livello territoriale (ovvero, detto meglio: tutti i servizi che si offrono alla popolazione devono essere di qualità, in qualsiasi area vengano collocati).

“In ogni caso - prescrive la Regione Toscana nella DGRT 1200/2016 - le Aziende devono assicurare un organico adeguato alle attività da svolgere e dedicato alla sede carente, anche nelle zone disagiate”.

L'articolazione del presente Report affronta con una visione di sistema:

- a) Le criticità con più elevato impatto negativo, che al momento appaiono l'affollamento dei PS negli ospedali maggiori. Ipotesi di governo nel rapporto con le aree specialistiche interne degli ospedali di riferimento;
- b) La “cintura internistica” Focus sulla continuità assistenziale negli Ospedali con accessi al PS inferiori ai 15 mila/anno

Background

Per inquadrare sommariamente l'argomento è utile evidenziare alcuni dati.

Popolazione

La Popolazione residente dell'AVTSE al 2023 risultava 809.138, popolazione sulla quale teoricamente sono calibrati i servizi sanitari. Va notato, tuttavia, che la popolazione che usufruisce dei servizi, dovendosi considerare i 189.266 non residenti (Tab. 2, Appendice 2), somma 998.404, per una percentuale di +18,95.

Criticità attuali nella Rete Ospedaliera della AUSL TSE

Le criticità principali dei cinque Ospedali Maggiori (d'ora in poi **Quintetto**), che comprendono due Ospedali classificati di I livello dal DM 70 (Arezzo e Grosseto) e dei tre ospedali di Base (Montevarchi, Campostaggia e Nottola) sono l'intasamento del Pronto Soccorso (Tab. 3, Appendice 2) e la carenza di posti letto dell'area medica, anche per le difficoltà alla dimissione di pazienti che necessitano di lungodegenza. All'opposto, sette ospedali di Prossimità presentano un afflusso ai PS sostenibile ed una occupazione di letti medici ridotta. Un caso a sé, presenta l'Ospedale di Orbetello per accessi elevati nel periodo estivo – ed in qualche altro periodo al di fuori dei mesi estivi - per l'afflusso di turisti balneari.

La rete dei pronto Soccorso

Già con le prime avvisaglie sulle criticità causate dagli accessi ai PPSS, la Regione Toscana ha intrapreso azioni per dare risposte concrete (a partire dal 2017 con la Delibera 806, fino alla Delibera 532 del 2024).

A fronte di questa copiosa elaborazione di indirizzi non vi è stata una reale implementazione concreta nei servizi. Di seguito, sulla base dello stato effettivo del sistema di emergenza, si ipotizzano percorsi di implementazioni nella AUSLTSE delle indicazioni regionali.

Accessi al PS

Il dato principale da analizzare è quello degli accessi e delle risposte che attualmente il sistema permette e concretamente realizza.

L'andamento degli accessi ai PS regionali e degli ospedali della AUSLTSE, dimostra un incremento costante nell'ultimo decennio. La brusca flessione nel periodo COVID, nel 2024 risulta sostanzialmente annullata (Tab.3, Appendice 2).

Rapporto medico/paziente (tempo dedicato per paziente)

La numerosità degli accessi, deve fare i conti con la mancanza di specialisti causata dalla scarsa attrattività del lavoro in PS (Tab. 3.1). Il rapporto tempo medio dedicabile dal medico per ciascun paziente, indica una *intensità di lavoro* esorbitante negli ospedali del quintetto. Il caso più eclatante è quello del PS di Arezzo che prevede un rapporto medico/paziente di 1/39 nelle 12 ore diurne ed 1/30 nelle 12 ore notturne (Tab. 3.1, Appendice 2)

Tempi di assistenza

Il numero degli accessi e gli organici disponibili condizionano i tempi di assistenza erogabili.

La Tab. 3.2 sintetizza i tempi di assistenza per paziente per tipo di codice delle Linee Guida della DGRT 806/2017.

Tab. 3.2 Tempi medi assistenza (DGRT 806/2017)

Codici (Complessità clinica assistenziale)	tempo medico/paziente (ore)	(minuti)		
		min	max	medio
1-2 Alta	1,5	90		
3 Media	0,75 – 0,80	45	48	46,5
4-5 Bassa	0,22 – 0,25	13	15	14
HDU	1,5 (riferito all'arco delle 24 h)	90		
OBI	0,75 (riferito all'arco delle 24 h)	45		

Limitandosi ai due ospedali maggiori ed in base al numero di accessi per codice, nel 2024, applicando i parametri della DGRT 806/2017, il tempo complessivo assistenziale medio, avrebbe dovuto essere per Arezzo di 2.450.685 minuti; con il personale assegnato all'UOC ne avrebbe garantito solo 954.640 minuti, ovvero il 38,95% del richiesto; con l'attuale ridotta organizzazione della turnistica (appena 4 Medici presenti nelle 12 ore diurne e 2 nelle ore 12 notturne) per la cui copertura è stata attivata l'Attività Aggiuntiva, ne ha 1.576.800 minuti, ovvero coprendo il 64,34% dell'assistenza dell'attività burocratica. Poiché, infatti, almeno il 10% del tempo medico è ormai diventato amministrativo/burocratico, i muniti reali di assistenza media erogati con l'attuale organizzazione diventano $(1.576.800 - 157.680) = 1.419.320$, ovvero il 57,90%.

Situazione migliore, pur se ancora lontana dai parametri di riferimento regionali, quella del PS di Grosseto, dove a fronte dei tempi/minuti dei parametri regionali di 2.982.034, con il personale assegnato l'UO ha disponibile 2.670.930 minuti, ovvero 89,56%. Considerando il 10% del tempo medico viene assorbito da attività burocratiche, il tempo minuti di assistenza al paziente minuti $(2.670.930 - 267.093) = 2.403.837$, corrispondente a 80,61%.

La figura 1 e la tabella 3.3 (Appendice 2) evidenziano la media percentuale del tempo assistenziale per ogni paziente erogato dall'attuale organizzazione nei Presidi Ospedali del Quintetto.

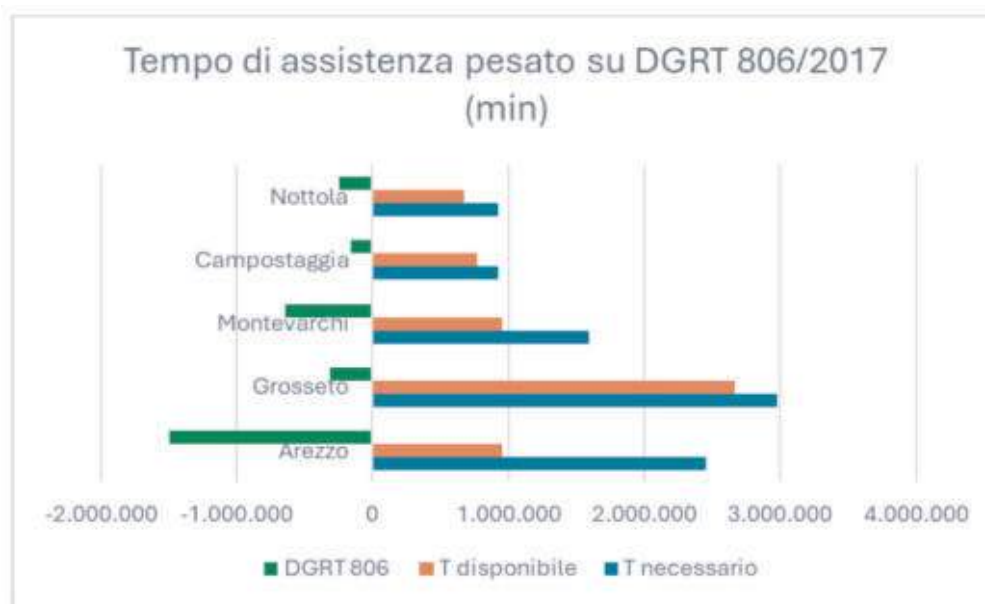


Fig.1. Tempo assistenza-minuti pesato su DGRT 806/2017. In verde delta negativo tra tempo previsto per carico di lavoro (estrpolato, dati 2024) e quello disponibile con i medici in servizio.

Per rimanere nei parametri consigliati dal DGRT 806/2017, per i **PS del Quintetto** (Tab. 3.4, Appendice 2):

- sarebbero necessari 8.872.234 minuti per garantire il 100% dell'assistenza rispettando i parametri regionali;
- il tempo assistenziale disponibile con l'attuale personale assegnato alle UOC/PS di 66,5 FTE (1 FTE = 1509 ore = 90.540 minuti nel 2024), totalizza 6.028.850 minuti (- 2.843.384 mancanti);
- l'attuale organizzazione della turnazione abbisogna di 7.358.400 (- 1.329.550) riesce a garantire 81,93% dell'assistenza. Il ricorso all'Attività Aggiuntiva per 2.215.900 ha coperto la differenza tra orario effettivamente usato per coprire la turnazione e quello disponibile con i dirigenti assegnati, di 1.329.550 minuti, ovvero 22.159 ore, corrispondenti a FTE di 14,68 medici.

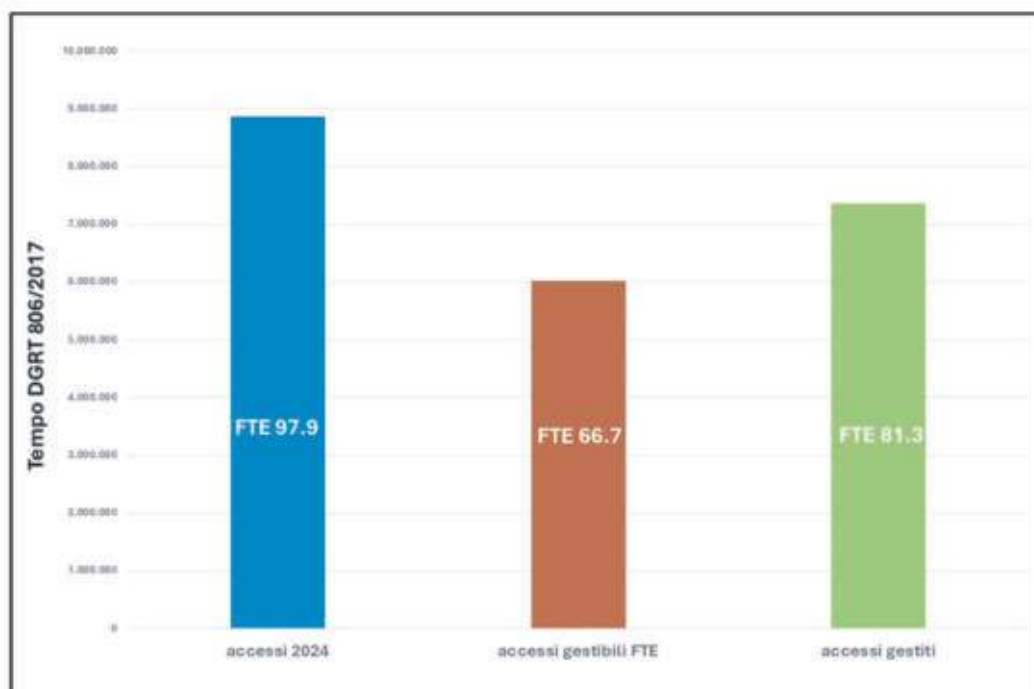


Fig.2. Tempo assistenziale per accessi al PS negli Ospedali del Quintetto, anno 2024. FTE (Full Time Equivalent) corrisponde al numero di medici a utili sulla base delle tempistiche dettate dal DGRT 806/2017 (1 FTE=90.450 minuti).

L'assegnazione dei professionisti, al momento risultante, nei PS del Quintetto, non solo non è coerente con i parametri indicati dalla DGRT 806/2017, ma è lontana dall'essere sufficiente per coprire le turnazioni dell'attuale organizzazione dei servizi. La tabella 3.5 (Appendice 2) evidenzia il quadro del personale del Quintetto.

Posti letto

A dicembre 2024, l'AVTSE risulta carente di 180 Posti Letto ordinari (Fig. 3) e di 160 Posti Letto di Lungodegenza/Riabilitazione (Tab. 4, Appendice 2)

Il tasso di occupazione dei letti di Area Medica considerato ottimale dalle Linee Guida definiscono indicano una copertura tra il 80% e 90% durante l'anno (DM 70, 3.1, Nota punto 2). Per le Aree periferiche, dove è attiva la chirurgia DS e/o Week Surgery, il DM 70 prevede un tasso di occupazione dei posti letto non superiore al 70% (DM 70, 9.2.2). La Tabella 4.1 (Allegato 2) riporta i tassi degli ospedali della AUSLTSE (dato ARS).

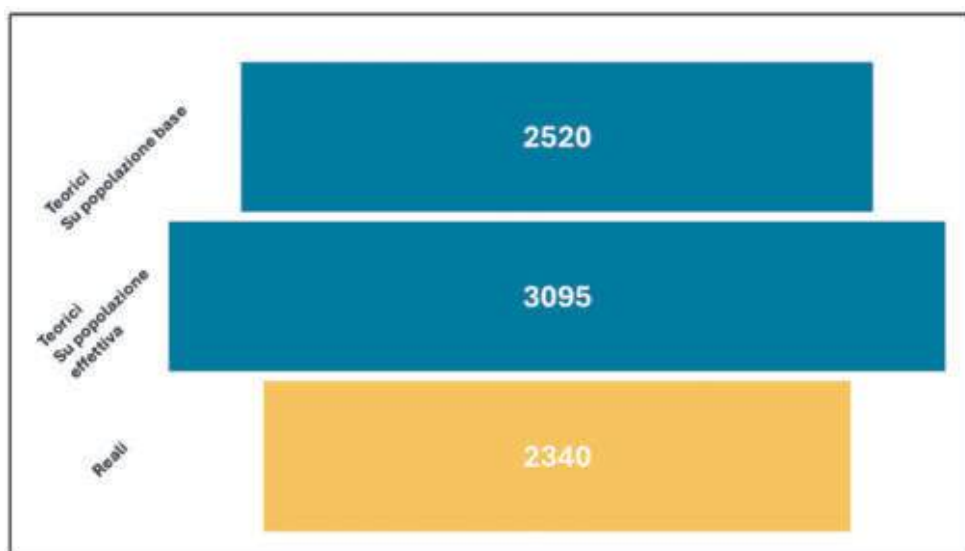


Fig.3. Posti letto AV-TSE

Ricoveri AREA MEDICA

La tabella 4.2 (Appendice 2) e la fig. 4 analizzano i posti letto disponibili in area medica, la loro localizzazione, il tasso di occupazione dei letti nei presidi ospedalieri.

Il tasso di occupazione dei posti letto nel Quintetto raggiunge il 70,25 a Grosseto (che pertanto appare avere ancora un poco di disponibilità e che però ha anche la degenza media tra le più basse, e gli ospedali vicini saturi: Orbetello con il tasso di 105,11 e Massa Marittima 98,07), 82,06 di Montevarchi e 82,10 di Arezzo; superano il dato raccomandato (oltre il raccomandato 80-90%), Nottola con il 94,55 e Campostaggia con 109,9: entrambi tuttavia hanno spazio di migliorare la degenza media (come avvenuto già nel 2024 a Nottola, dati preliminari).

La carenza dei posti letto per le necessità dei PS degli ospedali del Quintetto può trovare una soluzione nel rafforzamento della mission internistica degli ospedali periferici.

Una razionalizzazione del numero di posti letto internistici dovrà tenere anche conto che i servizi vengono utilizzati oltre che dai residenti da circa 150mila domiciliati.



Figura 4. Tasso di occupazione posti letto nelle medicine/geriatriche

Criticità PS nel quintetto

L'intasamento dei PP.SS. è una criticità nazionale, indipendentemente dal modello regionale.

Il sistema dell'Emergenza Urgenza, in una generale situazione di crisi di carenza di professionisti della sanità, rappresenta il settore di maggior sofferenza, che sta mettendo in forse l'erogazione di servizi essenziali anche nell'AUSLTSE. Per rendere sostenibile il sistema occorre una ristrutturazione profonda con soluzioni innovative. Il Pronto Soccorso è la manifestazione più eclatante di una crisi, prima episodica, diventata oramai strutturale.

Di fronte alle richieste della popolazione, il servizio - in condizioni di intasamento - non riesce a dare le risposte in termini di tempestività - secondo i tempi previsti per i vari tipi di codici dell'urgenza.

L'intasamento - da sovraffollamento e da stazionamento per difficoltà alla dislocazione nei set appropriati dei pazienti processati - è causa di un circolo vizioso auto aggravantesi.

Gli sforzi eroici degli operatori in prima fila non sono sufficienti a governare l'iper-afflusso - una volta episodico, ora praticamente costante - da qui un preoccupante e progressivo scoramento degli operatori, che sentendosi degli eroi inutili, cercano, in numero crescente, vie di fuga da un lavoro "da Caienna".

La prospettiva concreta è l'aggravarsi progressiva della penuria degli specialisti in Medicina d'Emergenza-Urgenza, dove l'immissione di (scarse) risorse fresche non riuscirà mai a riequilibrare le fughe da un lavoro il cui scarso appeal è plasticamente dimostrato dalle borse di Specializzazione non assegnate per mancanza di richiesta e molte abbandonate.

Negli ultimi decenni la cultura dell'emergenza è progredita tecnicamente e professionalmente.

Rassegnarsi a ricorrere strutturalmente a surrogati di organici con figure professionali equipollenti o affini, significa tornare ai tempi quando il lavoro in PS era un ripiego subito - ognuno sperava per il minor tempo possibile - perché altre strade erano bloccate. Una china che sembra riavviata, ma che va assolutamente contrastata. Infatti, se inevitabile come risposta a situazioni eccezionali, renderla strutturale, sarebbe un fallimento del SSN.

Risulta evidente, infatti, che dover ricorrere a non specialisti o addirittura ad una deregulation selvaggia di para-esternalizzazione, avrebbe come conseguenza più immediata ed inevitabile la riduzione della qualità delle prestazioni e, paradossalmente, un aumento dell'affollamento a causa della scarsa confidenza con le attività e procedure del PS.

Le cause della grave crisi nei Pronto Soccorso sono strutturali e multifattoriali, la cui risoluzione passa necessariamente in diversi livelli di responsabilità:

- Nazionali per l'aspetto legislativo, dislocazione di risorse, contrattuale.
- Regionale per l'aspetto legislativo di competenza, organizzativo, risorse.
- Aziendale per l'organizzazione.

L'AUSL TSE alle criticità comuni del SSN/R somma le difficoltà di essere un'area periferica, un territorio vasto e logisticamente disagiato, cause per se stesse di scarsa attrazione.

E' convinzione generale che non è più tempo di provvedimenti tampone, cui l'Azienda è stata costretta a ricorrere nell'ultimo quadriennio – richiedendo ulteriori sacrifici agli operatori nelle ultime estati; ma è necessario cercare risposte con respiro strategico e strutturali.

La Regione Toscana, ha affrontato l'emergere ed il progressivo aggravamento della crisi.

La **DGRT 806/2017**: Modello organizzativo per percorsi omogenei in PS. Linee di indirizzo, era *“finalizzato ad organizzare le diverse fasi di accesso e di attraversamento del PS al fine di agevolare il percorso del paziente. I percorsi interni al PS sono fortemente influenzati dalle capacità di risposta dei servizi (es. radiologia, laboratorio e specialistiche) mentre l'uscita è condizionata dalla disponibilità di posti letto ospedalieri e, a valle, dalla ricettività delle strutture intermedie e dei servizi territoriali. La performance del PS è infatti direttamente correlata alla efficienza dei processi organizzativi della struttura ospedaliera e all'integrazione di questa con il territorio”*. Dava, tra l'altro, indicazioni sui tempi di assistenza per paziente e sul personale.

La Tab. 3.5 (Appendice 2) riporta quello del personale medico.

Al fine di implementare le Linee di indirizzo della 806/2017, l'Azienda costituiva una CP, che indicava parametri inferiori per il personale, in quanto *“La dotazione teorica emersa dall'applicazione simulata dei criteri della delibera 806 è risultata non sostenibile e per i PS degli ospedali di prossimità avrebbe comportato la riduzione delle risorse attualmente esistenti (presenza di “esuberanti”). Da questa considerazione è stato condiviso di **definire una dotazione minima di personale per ogni Pronto Soccorso** in base al numero di turni H24 e H12 necessari per garantire tutte le attività in carico”* (Dalle conclusioni della CP sui PPSS aziendali, Tabella 5).

Tale scelta, tuttavia, presentava la grave criticità di non rispettare i criteri dei tempi di assistenza raccomandati dalla DGRT 806/2017, che la Regione indicava con l'obiettivo di omogeneizzare le prestazioni in tutti i servizi di emergenza urgenza dei PP.OO. Non considerava inoltre che nella stessa Azienda non vi è alcuna omogeneità tra i vari PS, con una ridondanza nei presidi minori e penuria così grave da metterne in dubbio l'accreditamento per i presidi maggiori.

Tale disomogeneità avrebbe dovuto portare e porta anche oggi ad interrogarsi, su come rendere più omogenea e più equa il tempo assistenziale nei 13 PS dell'Azienda. La tabella 5 (Appendice 2) sintetizza l'attività e l'organizzazione dei PS nel 2017, ad un anno dalla costituzione dell'AUSLTSE.

Iperafflusso, affollamento, boarding

DGRT 1384 del 20 dicembre 2021 - Intesa Regione Toscana e OO.SS. della Dirigenza dell'Area Sanitaria del 12 dicembre 2021 per la sospensione dello stato di agitazione dichiara: "Le criticità del Servizio di Emergenza/Urgenza trovano nella **mancaanza di un filtro territoriale** e nel conseguente iper afflusso al PS anche di pazienti a codice a basa priorità uno dei fattori determinanti". Valutata l'attivazione dei medici della continuità assistenziale all'interno dei presidi di pronto soccorso "**nella loro funzione istituzionale di filtro territoriale**".

Sul sito dell'ARS regionale sono rintracciabili dati che analizzano gli afflussi al PS dei residenti nei comuni toscani, standardizzati per età della popolazione residente. Indirettamente potrebbero supportare la performance sull'attività di filtro di un determinato territorio e quindi dei professionisti che operano nella MdB.

Da tali dati (Tab. 5.1) emergono delle indicazioni che meritano di essere evidenziate e valutate:

1) Il Tasso degli accessi al PS dei cittadini di ogni comune toscano, standardizzato per l'età, raggiunge la media del 35,87; il corrispondente tasso dei comuni dell'AVSE raggiunge il 40,71; un significativo + 4,84 della media toscana, che in termini assoluti per l'anno 2024 valgono 15.643 accessi in più (Figura 5).

2) I dati relativi ai singoli comuni sono più dispersi, ma si possono ricavare alcune tendenze.

I comuni più periferici tendono ad avere i minori accessi il che potrebbe essere spiegato da due fattori che interagiscono positivamente: da una parte la distanza del PS scoraggia ad accedervi e seleziona i casi più importanti; dall'altra potrebbe essere un segnale sia del ruolo del MdB che mantiene lo storico ascendente sia per la sua attività che è agevolata dalla considerazione della comunità.

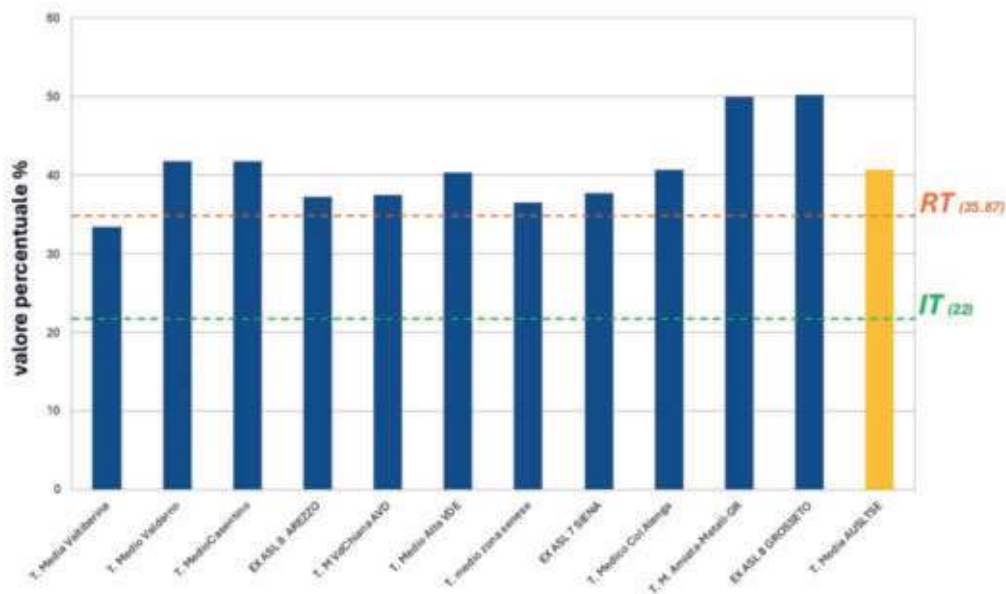


Fig. 5 Accessi ai PS (tasso percentuale standardizzato per età); media Regione Toscana linea tratteggiata arancione, media italiana linea tratteggiata verde.

Soggetti coinvolti nell'affollamento/boarding

Le indicazioni regionali per affrontare l'affollamento (overcrowding) e lo stazionamento (boarding) del sistema dell'emergenza urgenza **coinvolgono** e richiedono la collaborazione di settori del SSR sia a regime di dipendenza che a regime di convenzione.

- a) **Medicina di Base**, che ha il compito di filtro degli accessi al PS, la cui mancanza è la causa principale dell'iperafflusso;
- b) il **sistema dell'Emergenza Territoriale 118** che è necessario coinvolgere per la definizione di protocolli per il trasporto dei pazienti verso il PS più appropriato;
- c) i medici specialisti dei servizi di radiologia e di laboratorio, che di fatto dedicano molto tempo assistenziale alle richieste del PS;
- d) i **medici della specialistica fast-truck**;
- e) i medici **specialisti di Area Medica** cui vengono assegnate:
 - la presa in carico precoce dei pazienti processati al PS,
 - l'organizzazione delle dimissioni dei reparti per avere posti letti certi a disposizione de ricoveri provenienti dal PS,
 - la turnazione in supporto al PS.
- f) Il sistema delle **cure palliative**
- g) Il sistema dei **servizi territoriali e domiciliari integrati**
- h) Ancora più a valle, ed ancora una volta, la Medicina di Base, in rapporto anche alle necessità di disponibilità di letti di cure intermedie per le dimissioni dei reparti oltre che per la collocazione degli utenti che accedono al PS per difficoltà gestionale da parte delle famiglie.

Azioni per ridurre l'iperafflusso

L'iperafflusso è il fenomeno causato dagli accessi "impropri" (ma per coloro, quasi sempre i soggetti più fragili, che non trovano risposte sul territorio, definirli impropri è sbagliato e addirittura ingiusto, perché senza alternative) ovvero i codici azzurri (ora 4) ed i codici bianchi (ora 5), che per la loro numerosità intasano i servizi di PS.

Il fenomeno è particolarmente impattante nei grandi ospedali, dove a fronte del totale degli afflussi di 229.739 nello scorso anno 2024 (il 77,48% del totale afflussi nella AUSLTSE che nel 2024 è stato 323.411), sono calcolabili 106.784 accessi "impropri", pari al 46,48% del totale. La tabella 6 (Appendice 2) ne presenta una semplificazione.

Nel Quintetto affluiscono complessivamente 229.739 utenti, corrispondenti al 77,48% del totale aziendale; negli 8 ospedali periferici gli accessi sommano 93.672. I codici minori "impropri" raggiungono i 106.784 accessi (46,48%) nel Quintetto e 49.593 negli 8 ospedali periferici (52,94%) (Fig. 6).

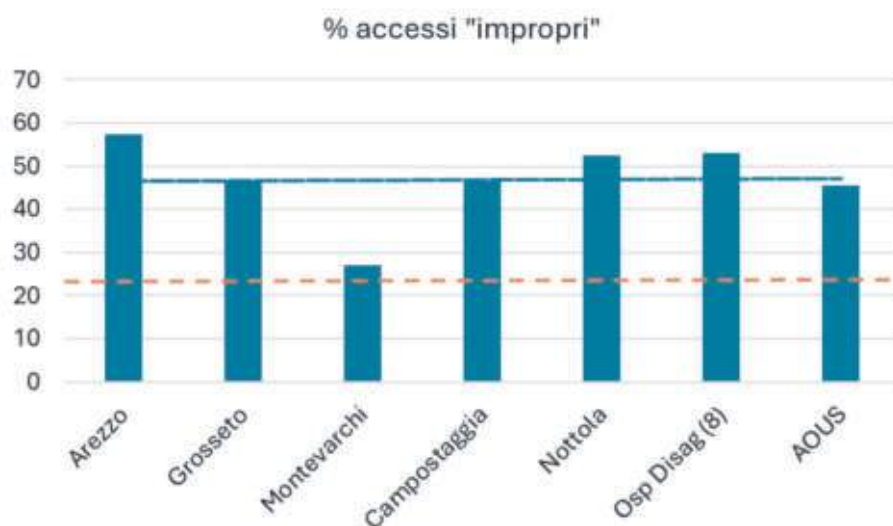


Figura 6. Percentuale di accessi codici 4-5 nei P.O. della AVSE (linea tratteggiata, valore medio 46.91%); la media nazionale è riportata in linea tratteggiata arancione (22%, Agenas, 2024)

Le cause dell'iperafflusso ai PS sono in minima parte da riferire a **fenomeni di opportunismo**.

Difficile valutarne il peso, ma è inevitabile rassegnarsi ad uno zoccolo duro, perché è evidente l'attrattiva di servizi funzionanti H24 e nei quali si ottiene una valutazione veloce del proprio stato di salute compresi esami strumentali e visite specialistiche.

Non secondario è il **fenomeno degli accessi ripetuti**, che trova la causa nella carenza di assistenza territoriale, verso pazienti cronici, fragili, che non hanno una rete familiare di sostegno adeguata al loro stato.

Di gran lunga in maniera preponderante *“Le criticità del Servizio di Emergenza /Urgenza trovano nella **mancanza di un filtro territoriale** e nel conseguente iper afflusso al PS anche di pazienti a codice a base priorità uno dei fattori determinanti”* come afferma la DGRT 1384 del 20 dicembre 2021 – Intesa Regione Toscana e OO.SS. della Dirigenza dell'Area Sanitaria del 12 dicembre 2021 per la sospensione dello stato di agitazione.

Costi degli accessi “impropri”

L'iperafflusso da accessi non appropriati, oltre che fonte di stress del sistema, è uno spreco di risorse, soprattutto per quanto riguarda i costi dei percorsi effettuati nei processi degli accessi. Tali costi, attualizzando le 226 € del 2003, del costo medio per accesso al PS del progetto Mattoni, presente sul sito del Ministero della Salute, al valore attuale di 336,74 €, e prendendo come riferimento il dato AGENAS (2024; fig 3) di inappropriatezza del 22 % degli accessi, nell'AVSE ammontano a 84.938, che moltiplicati 336,74 quantificano uno spreco di 28.602.022 €, di risorse dirette, cui bisognerebbe aggiungere i costi indiretti del dimensionamento delle strutture e dei servizi di supporto, rischio clinico, burn out degli operatori ed altro, non sarebbe azzardato valutare il raddoppio di tale cifra di costi diretti ed indiretti a circa 50.000.000 di €.

Interventi governo dei flussi

Per governare i flussi e portare ad un livello fisiologico i codici inappropriati (codici 4 e 5), è necessario intervenire sulle tre criticità suddette.

1) Azioni per ridurre i fenomeni di opportunismo:

a) si tratta di agire sul senso di civismo, che nel tempo è andato deteriorandosi: un *impegno culturale* che faccia leva sul rispetto dei benicomuni. Non è un punto banale né è semplice da mettere in campo, ha come minimo un respiro regionale, ed i risultati non sono immediati.

L'Azienda può comunque intraprendere un percorso culturale in tal senso, investendo in informazione, iniziando con la **trasparenza**: ogni utente che accederà al PS impropriamente avrà allegato nella relazione della dimissione, **il costo effettivo della prestazione**, compresi costi generali per quel specifico servizio, costo visita, costo prestazioni, costo esami strumentali e di laboratorio.

b) Rimodulare i ticket per accesso improprio al PS, ridefinendo, se necessario, le categorie che sono esenti (di competenza regionale);

c) Rendere cogente i ticket e la riscossione degli stessi per quanti accedono impropriamente al PS, *sollevando da tale compito improprio i medici*, che non avendo tempo per l'assistenza tanto meno lo hanno per un compito burocratico improprio. *“Razionalizzare e semplificare le attività amministrative che gravano sul personale sanitario, ottimizzando i tempi i lavoro”* è anche uno degli obiettivi che si pone il recente DDL Delega sulla responsabilità professionale (Art. 3, comma 1, lettera b).

Per rendere cogente la riscossione dei ticket, introdurre nei PS *personale amministrativo (azione attivabile dall'Azienda)*: possibilità di recuperi significativi ed il medico è liberato per dedicarsi al proprio lavoro.

Il supporto amministrativo dovrebbe essere attivato nei PS del Quintetto: ipotizzabile la presenza di personale amministrativo diurno, H12, con 3 amministrativi/die ad Arezzo e Grosseto e 2 amministrativi/die a Montevarchi, Campostaggia e Nottola.

Per coprire le turnazioni (4.380 moduli di 6 ore = 26.280 ore) sono necessari 18 FTE amministrativi.

Essendo il costo medio di un amministrativo a tempo indeterminato 38.810 (pag.167 Consuntivo 2024), la previsione di spesa è di 698.580. Un eventuale progetto obiettivo che, a parità di orario, riconoscesse 5000 € per il disagio di lavoro PS, porterebbe la previsione di spesa a 788.580. Poiché il personale amministrativo risulta essere il 9,51%, a fronte del 7% indicato dal DM70/2015, si tratterebbe di un miglioramento organizzativo sostenibile.

Con i ticket attuali, assumendo il dato AGENAS che calcola come impropri il 22% degli accessi, corrispondenti nell'AVSE 78.218, ponendo che il 50% dei 79.218 accessi impropri nell'AVSE siano collocati in area esenzione, e considerando la media ticket di 25 €, risulterebbe un introito per l'AVSE di $39.609 \times 25 = 990.228$, per i PS dei 13 ospedali aziendali totalizzano $35.477 \times 25 = 886.927$ €. A fronte di tale dato teorico, l'ultimo dato recuperabile riscossione ticket dei PP.SS. aziendali, previsto nel Bilancio Preventivo 2025 (pag. 15), sarebbe di 360.000 € (per il 2024 attestati 160.000 €). Limitandosi al Quintetto il numero teorico dei ticket recuperabili ammontano a $22.974 \times 25 = 574.350$. L'ottimizzazione del tempo medico che recupera orario (10%) per l'assistenza è quantizzabile in 11.934 ore corrispondente a 7,9 FTE, ovvero ad un uso appropriato di risorse di 892.644 €. Il saldo tra risorse amministrative impegnate ed i benefici attesi è nettamente positivo + 676.614 (Tabella 6.1, Appendice 2).

d) Valutare (di competenza nazionale e regionale) per chi usa impropriamente il PS, il pagamento completo dei servizi usufruiti inappropriatamente, che al pari degli accessi ai privati sia possibile portare in detrazione nella dichiarazione dei redditi. Tale azione equivarrebbe con i dati attuali $35.477 \times 336,74 = 11.946.525$

e) Valutare, in caso di responsabilità del Medico Curante, strumenti concreti di ricadute sugli emolumenti variabili e di produttività dello stesso (Confronto Azienda e sindacati della MdB).

2) Il governo degli accessi ripetuti, passa essenzialmente dall'assistenza territoriale aziendale in quanto si tratta di una inadeguatezza rispetto alle esigenze assistenziali di pazienti cronici e fragili e/o di inadeguato supporto al care giver domiciliare:

a) Necessario adeguare il sistema delle residenze assistite, che va modulato sulla base delle esigenze del territorio e non in astratto (tasso di cronicità, vecchiaia)

b) Prendere in carico da parte territoriale dei soggetti fragili e gestire i loro bisogni di assistenza e sociali;

c) Garantire alle famiglie periodi di tregua, con ricoveri programmati in strutture adeguate;

d) Attivare da parte del PS (amministrativo?) la segnalazione al servizio territoriali Pazienti Fragili, per la valutazione se prendere in carico il paziente in relazione alla patologia, allo stato psicologico, con valutazione anche del vissuto familiare

e) Attivare un percorso di segnalazione al Medico Curante (Responsabile UOS rapporti con MMG?), che potrà collaborare con il servizio territoriale specifico, concordando con esso le modalità di partecipazione al processo di assistenza del caso particolare.

Il servizio territoriale, al termine del percorso di assistenza, avendo cura di acquisire anche il parere/vissuto del care giver familiare, esprimerà una valutazione sul grado di raggiungimento obiettivi concordati con il medico curante, al fine della corresponsione di quanto previsto dal ACN.

Percorso da Attivare dall'Azienda con i sindacati della medicina di base.

f) Attivare azioni di sostegno reale per rendere il medico del PS certo del supporto aziendale e non sentirsi abbandonato alla deriva del contenzioso legale, per minimizzare la medicina difensiva. In particolare sui casi delicati di pazienti con diagnosi nota e che necessitano solamente di assistenza, con accessi ripetuti, che denotano oltre che ad un inadeguato care giver, anche aspettative non realistiche da parte dei parenti, che sono fonte di esame ridondanti rispetto al bisogno reale. Rafforzando il ruolo del medico, la riduzione degli esami inutili per la definizione del caso potrà essere messo tra gli obiettivi di budget;

g) Percorso diretto PS – Ospedale di Comunità per ricovero tregua: dei letti dovranno essere lasciati per tale evenienza (il monitoraggio di tali letti viene affidato ad un coordinamento specifico territoriale)

h) Attivazione diretta del DH per pazienti che necessitano di trattamenti cronici (trasfusioni ecc)

3) La criticità dell'inadeguatezza ("mancanza", dice la Regione) del sistema della MdB a fare da filtro, è unanimemente considerata la causa maggiore dell'iperafflusso; essa pesa per oltre 23 milioni di € in inapproprietezza (vedi sopra) degli accessi impropri negli ospedali aziendali.

Trattasi di una condizione strutturale e generale, come dimostra il suo verificarsi qualsiasi sia il sistema regionale, costituita da molti elementi che vanno dal vissuto da parte dei pazienti del ruolo del MdB, all'organizzazione del lavoro dello stesso, alla deriva burocratizzante. Molte azioni sono state intraprese (CAV dell'Emilia Romagna) o ipotizzate (Ambulatorio per codici minori gestito da un medico di base), con risultati non significativi. Periodicamente emerge l'ipotesi di passare alla dipendenza la MdB, anche questo non si comprende come potrebbe interagire efficacemente con il problema.

Tale criticità appare sostanzialmente insolubile e le risorse che sono state di volta in volta aggiunte per il medesimo obiettivo, sintetizzabile come funzione di filtro verso il PS, non hanno dato risultati. L'unica strada tentabile è quella di una applicazione puntuale e rigorosa dell'ACN, che prevede impegni contrattuali sulla cronicità (Art. 4, a) e sull'azione di filtro al PS (Art. 4, c).

Specifiche risorse sono assegnate per attività correlate con anzianità e cronicità (Tab. 6.2, Allegato 2), sia in quota fissa che in quota variabile - quantizzabili in 10 milioni di € circa per la Medicina di base della AUSLTSE – e la cui corresponsione l'ACN, lega ai risultati degli obiettivi ed al monitoraggio degli stessi (ACN MMG 2024, art. 4, 47, 59,60).

BOX 1 - Medici di Base

Nella DDG del Bilancio Consuntivo 2024 riporta le risorse della Medicina di Base sul territorio a rapporto convenzionato.

I **Medici di Medicina Generale** nel territorio dell'AUSLTSE nel 2024 risultavano essere n. 491 (bilancio consuntivo 2024, Tabella pag. 32), con un carico medio 1.458 di assistiti per medico per un costo complessivo "Acquisti di servizi sanitari - medici di base" di 74.664.028 € (Bilancio consuntivo 20214, Tabella 59, pag 155), con emolumenti medi di 152.065 €.

I **Pediatrati di Libera Scelta** in servizio nel 2024 erano 81, con un carico medio di assistiti di 1.122 per costo complessivo di 15.325.836 €, per un emolumento medio di 186.900 €.

I **Medici di Continuità assistenziale**, titolari molti anche di orario parziale, sono 324 per costo totale 9.973.502, non valutabile il costo individuale medio.

Il testo del ACN afferma *"Le risorse della quota variabile ... sono ripartite tra le AFT in ragione degli **obiettivi assegnati** ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita e la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico. ... modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla **AFT di appartenenza** in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori"*.

La AFT, cui l'ACN per gli obiettivi ed il monitoraggio dei risultati raggiunti, è la struttura che potrebbe governare il processo, specificando ed articolando gli obiettivi, che devono essere misurabili con rigoroso controllo dei risultati.

Potrebbero essere previste due fattispecie.

a) Il **MMG**, che ritiene di **non poter gestire**, anche momentaneamente, alcune funzioni, potrebbe, su **base volontaria, scegliere di delegare** alcune funzioni mettendo a disposizione dell'Azienda le risorse relative dell'ACN. Le modalità possono essere varie, per esempio il risultato pur se delegata la funzione dovrebbe essere riconosciuto al MdB e compreso nell'operosità. Il MdB, essendo il delegante titolare della funzione e delle risorse relative, ha il diritto di vedersi valutare a proprio merito, tramite l'AFT, i risultati ottenuti dall'Azienda.

b) Il **MMG gestisce autonomamente gli obiettivi**. L'Azienda, in accordo con l'AFT, sulla base dei risultati raggiunti per i diversi obiettivi di ciascun MMG, assegna percentualmente le risorse a ciascun MMG, utilizzando per il progetto quanto non distribuito.

Trattandosi di risorse dell'ACN spetta all'Azienda avanzare proposte ai MMG, la dirigenza è pronta a porre sul tavolo idee e progetti nel reciproco interesse di tutti i professionisti, dell'azienda e degli utenti.

In alternativa, non rimane che prendere atto che non si può contare sulla Medicina di Base per arginare gli afflussi. Pertanto, poiché le conseguenze ricadono sui cittadini utenti per la qualità dell'assistenza prestata, sui professionisti per i carichi di lavoro, il rischio clinico e lo stress lavorativo, sull'Azienda per la prerogativa dell'organizzazione nonché per le notevoli conseguenze economiche, l'Azienda deve valutare se assumere in proprio la soluzione del problema, gestendo con rigore l'applicazione dell'ANC.

Fenomeno dell'overcrowding

Oltre all'iperafflusso, il sovraffollamento (overcrowding) che è la condizione in cui in uno spazio si trovano più persone di quanto sia considerato tollerabile dal punto di vista della sicurezza e della salute, è dato dal rallentamento delle linee di produzione interne al PS, dai servizi di indagine di supporto, dai tempi di esecuzione delle consulenze specialistiche.

A) Cause interne al PS

L'organizzazione interna è cruciale. La tendenza a mantenere gli stessi servizi con un numero ridotto di specialisti presenti in contemporanea (un esempio per tutti, il caso del PS di Arezzo, dove si sono ridotte le presenze notturne passando da 3 a 2 medici e le presenze diurne passando da 6 a 4 medici) a causa della penuria dello stesso, aggrava il fenomeno oltre che indurre un peggioramento della qualità delle prestazioni e delle condizioni di lavoro e delle fughe dei medici, essere causa di aumento della richiesta di esami, impossibilità a garantire un tempo di assistenza adeguato al paziente (il che rende problematica anche l'accreditamento del servizio). E' necessario quindi garantire la presenza di un numero adeguato di professionisti sulla base degli accessi (Tabella 7, Appendice 2), ponendosi l'obiettivo di avvicinarsi ai parametri dei assistenziali previsti dalla DGRT 806/2017.

Poiché i numeri di personale considerati standard dalla DGRT 806/2017, al momento, sono irrealistici, deve essere fatto ogni sforzo per applicare, come primo obiettivo, almeno i numeri minimi elaborati nel 2018 dalla CP Aziendale sui PS, a partire dal periodo notturno, che di per se stesso è fonte di disagio.

La differenza tra il numero di medici per coprire l'assistenza agli accessi del 2024 con i parametri della 806/2017 ed i medici assegnati risulta 65,76 FTE. Poiché il costo medio di un medico al 2024, risulta essere di 112.993 il non speso per la mancata assunzione, vincolato dalla DGRT 569/2019 per le attività del PS, ammonta a 7.430.419. Di tal somma viene speso in attività aggiuntiva (100 €/h) per garantire l'attuale organizzazione dei PS 1.433.100.

Tempo di assistenza richiesto e quello garantito

L'analisi dei tempi richiesti in base alle entrate nel 2024, in accordo con le indicazioni della 806/2017 ed i tempi effettivamente garantiti oltre ad essere in media ridotti, appaiono anche disomogenei tra i diversi PS e negli orari diurni e notturni dei vari presidi (Tabella 7.1, Appendice 2).

L'assegnazione di compiti burocratici impropri si calcola che pesino almeno il 10% del tempo medico.

Liberare il medico da tali compiti impropri affidandoli ad un supporto amministrativo libererebbe risorse assistenziali preziose e potrebbe contribuire anche alla modulazione FTE del personale medico.

B) Cause esterne al PS

1) Consulenze specialistiche in tempi certi negoziati nel budget

L'attività di consulenza, compresa la consulenza in PS, è compito istituzionale dell'incarico dello specialista ospedaliero (CCL/2024, Art. 22, co 1 parte II, c; art. 91, co. 1). La prassi prevede che il compito dell'attività di consulenza sia affidato al turnista di reparto incaricato della continuità assistenziale.

La nuova realtà degli afflussi al PS impone una rivalutazione di questa organizzazione in funzione innanzitutto del numero delle richieste, numerosità che condiziona la prontezza dell'espletamento a causa del dovere di non interrompere la continuità assistenziale interna al reparto.

La lentezza nell'espletare le consulenze specialistiche, concorre all'overcrowding.

La numerosità delle richieste determina di fatto un peso serio sull'organizzazione dei reparti.

Tuttavia, l'attività di consulenza, in particolare al PS, è compito indiscutibile dei reparti e considerato il carattere dell'urgenza delle prestazioni del PS, le consulenze devono essere espletate celermente, con carattere prioritario e tempi certi.

Per ogni ospedale, occorre individuare le specialità maggiormente interessate ed individuare le cause, se necessario individuando uno specialista dell'equipe dedicato prioritariamente a tale funzione. È d'altra parte innegabile che anche i reparti specialistici soffrono le criticità della carenza degli organici e dei carichi di lavoro. Tenere conto di questa realtà, è necessario per evitare soluzioni improduttive, che sono foriere solo di contrasti e di ulteriore disagio.

Una collaborazione fattiva dei reparti specialistici, presuppone che si tenga conto delle risorse disponibili e l'obiettivo in questione deve fare parte del negoziato del budget, cosicché possa essere misurato e valutato nella performance perché legato alle risorse assegnate e realmente disponibili.

Nei reparti nei quali le richieste di consulenze specialistiche hanno un peso significativo, occorre pensare a soluzioni flessibili che dissociano la funzione della continuità assistenziale dalla consulenza al PS, (ipotesi istituire una UOS per chiamate medie 4/die?).

Analogamente devono essere considerate nel percorso del budget anche gli altri assi che coinvolgono le specialistiche in relazione al PS (dal Fast-track, prenotazione diretta dal PS agli ambulatori specialistici, Day Hospital, ecc).

2) Medici specialisti fast-track

Le indicazioni regionali stabiliscono attivazione H12 "con particolare riferimento alle discipline di Ortopedia, Pediatria, Ostetricia-ginecologia, ORL, Oculistica, Urologia, Oncologia" (DGRT 532/2023, Azioni ordinarie). Per evitare spreco di risorse-ore tale modalità si attiva dove le richieste superano di media le 7/die nelle 12 ore diurne (sono necessari i dati storici). Nel caso dell'utilizzo di orario contrattuale deve essere oggetto di valutazione budget e va riconosciuta Indennità di PS. In caso di attività in aggiuntiva, viene corrisposto 100 €/h.

Esse vanno applicate in modo agile, modulando il fast-track sulla base delle richieste:

a) invio all'ambulatorio specialistico, con priorità per i pazienti provenienti dal PS, nei giorni e nelle ore in cui è attivato, senza bisogno di prevedere personale ad hoc sia specialistico che infermieristico;

b) nelle ore in cui non è attivo, attivare chiamata prioritaria, preservando due ambulatori attigui al PS.

Il supporto infermieristico sarà affidato all'attiguo ambulatorio see & treat, ed in tal caso può considerarsi isorisorse.

Le specialistiche coinvolte nei fast-track, sono considerate dalla DGRT 569/2019, terzo punto del deliberato e dalla DGRT 956/2024 (Allegato, nota 2, pag. 8, in conformità con quanto previsto ai punti 3 e 7 della DGR 532/2023) come funzionali al PS e rientrano nell'indennità di PS.

Trattandosi di attività di supporto al PS, in caso di espletamento in Attività Aggiuntiva essa va conteggiata a 100 €/h.

Analogamente deve essere incentivato il lavoro infermieristico con aggiuntiva a 50 €/ora frazionabile

c) Nei giorni festivi, la funzione viene svolta, dal medico della continuità assistenziale del reparto, supportato se necessario nelle ore più critiche dal reperibile in modalità analoghe alla reperibilità (ore successivamente recuperate ed indennità di PS, oppure in aggiuntiva).

3) Medici dei servizi di radiologia e laboratorio

I servizi di diagnostica sono in rapporti stetti con il PS verso il quale è diretta l’attività d’urgenza H24. Il terzo punto del deliberato della DGRT L’Allegato della DGRT 569/2019 prevede progetti incentivanti per il personale “che svolga attività assistenziale articolata sulle 24 ore” e la DGRT 532/2023 prevede al punto B3 un “servizio di radiologia d’urgenza 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”.

Di fatto, lavorando in urgenza, questa parte del servizio di radiologia ha le stesse caratteristiche del servizio del PS. Il dato (Tabella 7.2, Appendice 2) riportato nella Relazione Sanitaria, DDG 727/2024, pag 165, degli esami di radiologia eseguiti in urgenza per il PS, evidenzia il ruolo totalmente ancillare del servizio Radiologia verso il PS (Figura 7).

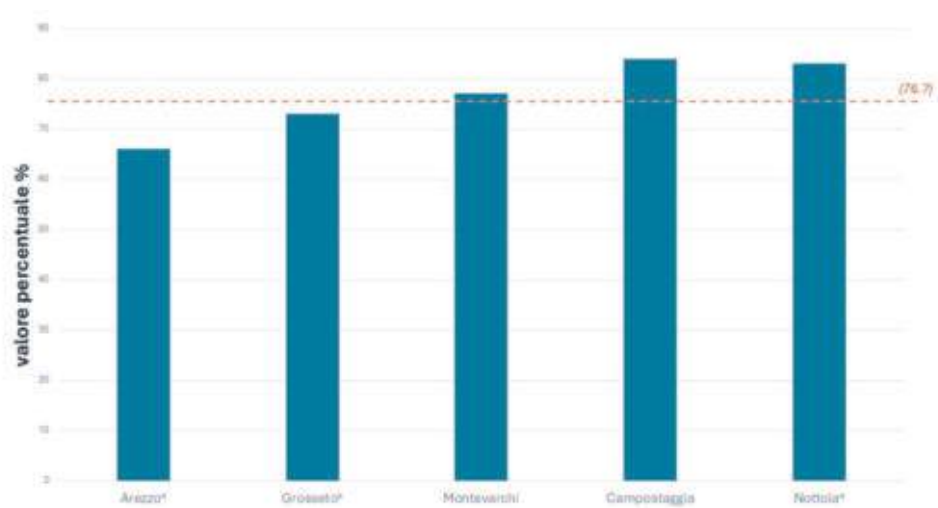


Figura 7. Impegno della diagnostica per Immagini per il PS nei S.O. del quintetto; il valore medio in linea tratteggiata arancione.

L’attività delle radiologie del Quintetto è indirizzata a dare risposte alle richieste di esami strumentali del PS con un rapporto tra esami pro-PS e pro-Reparti oscillante tra 1 esame per interni e 2,88 esami per il PS, e 1 esame per interni e 5,75 esami per il PS.

Nelle ore notturne la presenza di un solo medico radiologo per ciascun PS del quintetto, evidenzia il sovraccarico di lavoro, in particolare ad Arezzo e Grosseto, che dispongono rispettivamente di 20 minuti medi per esame a paziente e 17 minuti a paziente.

Si fa presente che le direttive SIRM contengono in 20-40 minuti il tempo medio per TAC senza/con mdc e 20 minuti quello per ecografia addome completo (Cfr. Modello di appropriatezza prestazionale quali-quantitativa in Diagnostica per Immagini, Documento SIRM 2022).

Ad essi bisogna aggiungere almeno 10 minuti per eventuali necessità amministrative.

Inoltre, nei casi in cui sia applicata la procedura aziendale di teleconsulto radiologico in orario notturno/festivo (Arezzo, Grosseto, Nottola), bisogna aggiungere i tempi di svolgimento extraprestazionali della stessa (contatto con la sede inviante, eventuale valutazione in consensus della richiesta col medico prescrittore da remoto, ecc.)

Occorre pertanto strutturare questa interconnessione prevedendo incarichi specifici anche gestionali (UOS Rapporti con il PS per i PO di Arezzo, Grosseto, Montevarchi, Campostaggia e Nottola), nonché un incarico aziendale di coordinamento per il controllo e la gestione della rete radiologica.

La stretta connessione con il PS per la funzione Guardia esami in Urgenza del servizio di Radiologia, rende legittimo applicare la norma del vincolo stabilito dalla DGRT 569/2019 delle risorse delle mancate assunzioni: appare ragionevole considerare almeno una media di 2 medici radiologi, in ciascuno dei 5 ospedali maggiori, prioritariamente relazionati al PS (pur se un servizio H24 vale 6 FTE/anno)

Pertanto, teoricamente le risorse non spese per le assunzioni di specialisti radiologi PS dipendenti devono essere calcolati al minimo in numero di 10 = risorse conteggiabili per ottimizzare il servizio d'urgenza 1.111.363.

E' doveroso pertanto riconoscere ai professionisti dei servizi di indagini, che operano per il PS, l'indennità di guardia a 120 €, l'attività aggiuntiva, per le attività di PS, a 100 €/h.

Per l'indennità di PS, stante la norma di legge che l'assegna ai dirigenti "operanti" nei turni del PS, considerando le indicazioni regionali che amplia la platea ai servizi di supporto al PS, a livello di trattativa integrativa si potrà e dovrà valutare come implementare le indicazioni regionali, se necessario, per una omogenea organizzazione regionale che garantisca l'equità della distribuzione delle risorse, adeguare l'organizzazione prevedendo strutture di PS dei servizi di supporto (esempio: UOSD di Radiologia di PS, nei presidi di Arezzo e Grosseto, UOS per i presidi di Campostaggia, Montevarchi e Nottola; UOS di Pediatria di PS ridefinendo con tale valenza gli incarichi esistenti.

Poiché non sarebbe possibile che un singolo specialista radiologo gestisca tutti i servizi relativi, ed essendo proprio del radiologo rispondere alla richiesta di esami strumentali si prevede che la funzione di attività per il PS sia per il reparto, seguendo il criterio specificato dalla nota ARAN ASAN 110 2025.

In relazione alle reti tempo-dipendenti alle UOSD di Neuroradiologia di negli ospedali di Arezzo e Grosseto va affiancato un incarico di alta specializzazione in urgenza nella radiologia di Montevarchi.

Nelle ore notturne negli ospedali di Arezzo e di Grosseto si attivano due guardie di cui una dedicata al PS. Tale guardia ottiene l'indennità di 120 €. Poiché il personale è carente, le Guardie diurne festive sono effettuate in Attività Aggiuntiva a 100 €.

L'indennità notturna per la guardia dedicata al PS viene corrisposta ad Arezzo e Grosseto solo al medico di guardia pro-PS, mentre a Montevarchi, Campostaggia e Nottola, essendoci un unico medico di guardia questo prenderà l'indennità notturna di PS.

Negli ospedali nei quali si attivano pratiche di teleconsulto radiologico (Grosseto, Nottola), questo va pesato tra i carichi di lavoro dell'UOC nel percorso budget.

Fenomeno Boarding

Lo stazionamento in PS, per la difficoltà dopo l'avvenuto processamento del paziente, è causato sia da fattori intraospedalieri di disponibilità dei posti letto, che da fattori esterni: disponibilità di posti letto negli Ospedali di Comunità, disponibilità di trasporti sanitari.

Fattori intraospedalieri

MEDICI DELL'AREA MEDICA

Le azioni che vedono coinvolti gli specialisti di Area Medica sul versante del governo del boarding sono particolarmente impattanti sull'organizzazione e sul funzionamento di quelle UO (DGRT 596/2022, Allegato B).

- 1) Allineamento agli standard regionale durata degenza
- 2) Riservare un numero standard di posti letto per il PS, ovvero mantenere il tasso di occupazione dei reparti internistici tra 80 - 90%
- 3) Presa in carico precoce (Admission room)
- 4) Utilizzo del Post-Ricovero
- 5) Dimissioni anche domenica

Il solo elenco delle azioni cui sono chiamati gli specialisti equipollenti di Area Medica rende evidente la loro trasformazione da asse centrale dei presidi ospedalieri a servizi ancillari del PS, che assume il ruolo centrale intorno al quale girano le specialistiche.

Per le altre azioni ipotizzate bisogna tener conto che anche le aree mediche, in specie la medicina Interna, hanno carenze di organico. Precondizione, pertanto, è preservare i servizi dell'unità operativa (*"ferma restando la necessità di assicurare in via prioritaria la funzionalità della struttura di provenienza"* Art. 16 CCNL 10.2.2004) cui viene richiesto un apporto per ridurre le criticità del PS. In ogni caso non è pensabile aggravare i carichi di lavoro, ma è necessario assegnare risorse adeguate.

La presa in carico precoce presuppone la riorganizzazione dell'Area Medica in funzione ancillare verso il PS. Ciò azzerà di fatto la programmazione autonoma ed elettiva dei ricoveri con grave danno per i cittadini che si vedono presi in carico solo quando sono costretti a passare per il PS, una volta esplosa in acuzie, perdendo tempo prezioso per determinare l'esito della patologia. Occorre garantire la possibilità di ricoveri in elezione, rilasciando a disposizione un numero adeguato di posti letto. Occorre garantire i servizi propri del reparto: corsia, ambulatori istituzionali, esami strumentali.

A questo può essere aggiunta la presa in carico precoce e l'admission room, pesando l'attività e valutandone le ricadute nel percorso del budget. Inserendola nell'orario istituzionale, se ce n'è disponibilità, o tramite Progetto obiettivo o in Aggiuntiva. Trattandosi di una funzione strategica, è indicata l'istituzione di una UOS Rapporti con il PS, presa in carico precoce, admission room. La strada percorribile è quella degli obiettivi di budget che devono essere coerenti con le risorse formalmente assegnate ed effettivamente disponibili, negoziati con il centro di costo di terzo livello (UOC/UOSD) e infine concordate con l'equipe e/o con il singolo professionista.

I pilastri su cui costruire un progetto di collaborazione PS-Reparti specialistici intra ospedalieri sono:

- garantire l'attività propria di ogni specialistica,
- strutturare i percorsi istituendo incarichi anche gestionali specifici nei reparti più coinvolti (considerare per esempio, l'istituzione aggiuntiva a quelle previste – oltre al normato "almeno un terzo" - di una UOS nelle Medicine che gestisca rapporti con il PS: consulenze, presa in carico anticipata, ecc.)
- attivare progetti obiettivi incentivati condividendoli con le equipe ed i singoli professionisti.

La riorganizzazione dei reparti che permetta dimissioni anche nelle ore del mattino, presenta maggiori difficoltà: può essere un altro obiettivo perseguibile sia pure con la necessaria duttilità e necessità della condivisione sia dei professionisti che del personale del comparto. Tale obiettivo deve prevedere la possibilità di attivare una stanza dimissionandi, che accolga in ambiente adeguato e confortevole, i degenti dei quali è prevista la dimissione in attesa della lettera delle dimissioni, e/o della disponibilità dei familiari e/o dei mezzi di trasporto.

Ciò contribuirebbe a liberare i posti letto riservati al PS fin dal mattino. Per la dirigenza, oggetto di valutazione nel percorso budget = isorisorse. La gestione della **stanza dimissionandi**, non necessita della presenza del medico, ma di assistenza alla persona per il confort necessario, e pertanto è **affidata al personale del comparto** e deve essere sostenuta con uno specifico progetto obiettivo incentivato: calcolo di 2 ore virtuali (= senza aumento effettivo di orario, ma utilizzando le minutaglie orario che non si riesce a recuperare) = 2 ore x 303 giorni feriali x 80 costo ora aggiuntiva (essendo relata al PS) = 48.480 x 5 ospedali = 121.200; per Orbetello 184 x 80 = 14.720. Risorse che essendo attivate in funzione di ridurre il boarding in PS, ricadono nella tassazione del 15%.

La presa in carico anticipata e la attivazione di una admission room si caratterizza per una vera e propria azione aggiuntiva al reparto sia essa collocata in PS o altrove: questo rende necessario un progetto incentivato per il reparto interessato extra budget e pertanto con i criteri dell'art. 89, comma 2 (CCNL 2024). Per la dirigenza, considerare bisogno di 3 ore die feriali virtuali (utilizzo ore virtuali del passaggio delle consegne e la minutaglia orario non recuperabile): per Arezzo e Grosseto = $90.900 \times 2 = 181.800$; 2 ore per Montevarchi, Campostaggia, Nottola = 181.800;

per Orbetello nei mesi di giugno, luglio, agosto, 2 ore x 92 giorni = $184 \times 100\text{€} = 18.400$. Risorse che essendo attivate in funzione di ridurre il boarding in PS, ricadono nella tassazione del 15%.

Dovrebbe inoltre essere previsto un incarico specifico a carattere gestionale (UOS rapporti PSReparto, vedi consulenze).

Per il supporto infermieristico, la admission room localizzata nel perimetro del PS rimane a gestione infermieristica del PS (isorisorse o un infermiere aggiunto?).

Nel caso fosse collocata nel reparto specialistico: progetto obiettivo incentivato: calcolo di 2 ore virtuali (= senza aumento effettivo di orario, ma utilizzando le minutaglie orario che non si riesce a recuperare) = 2 ore x 303 giorni feriali x 80, costo ora aggiuntiva = $48.480 \times 5 \text{ ospedali} = 242.400$, per Orbetello 14.720.

Queste le risorse massime, che dovranno essere monitorate e validate dal Direttore per la Dirigenza, dal Caposala per il Comparto, per la effettiva necessità e presenza del personale.

Fattori extra ospedalieri

OSPEDALI DI COMUNITÀ

La disponibilità di posti letto negli Ospedali di Comunità è un altro collo di bottiglia sia per il passaggio diretto dal PS, sia per la dimissione da parte dei reparti. Gli standard prevedono 1 Ospedale di Comunità, dotato di 20 posti letto ogni 50.000-100.000 abitanti. Una forbice che va da 8 a 16 come strutture e 160-320 posti letto.

Le strutture attive tra MO.DI.CA ed OdC nella AUSLTSE sono 14 (portale Internet) collocandosi nella fascia medio alta della forbice; tuttavia, dal bilancio consuntivo del 2023 (dato più recente rilevabile, DDG 771/2024, pag. 257), i posti letto disponibili negli Ospedali di Comunità risultano essere 172. La disponibilità si colloca quindi appena al di sopra del minimo, mentre la SE ha indici di vecchiaia e, quindi di patologie croniche elevati. Porsi l'obiettivo di incrementare i PL in Ospedale di Comunità a 200 in un biennio dovrebbe essere realistico.

DISPONIBILITA' TRASPORTI SANITARI

La disponibilità dei trasporti sanitari per il trasferimento in Ospedale di Comunità o al domicilio, è un altro significativo collo di bottiglia causa di boarding. Le risposte a tale criticità prospettabili sono due:

- rafforzamento del sistema trasporti sanitari, almeno nelle situazioni più critiche (notti?)
- Predisposizione di una stanza dedicata ai pazienti in attesa di trasferimento per garantire una attesa in condizioni di confort e dignitosa.

Azioni di supporto alla carenza degli organici dei PS

La carenza di specialisti dell'emergenza e la necessità di dover garantire servizi essenziali del PS, ha indotto la RT ad ipotizzare il supporto degli specialisti equipollenti. Tuttavia, la disposizione d'imperio, contenuta nell'Allegato A, della turnazione degli specialisti equipollenti, non appare utile alla sostenibilità funzionale del sistema, anzi appare francamente inappropriata e priva di razionale, allargando la crisi vocazionale e di attrattività anche alle stesse specialistiche equipollenti. Il risultato ottenibile con una disposizione affatto sconclusionata è esattamente opposto a quello auspicabile.

Infatti, la turnazione programmata strutturale degli specialisti equipollenti di area medica, per coprire i turni del PS:

- sarebbe causa (di fatto è) di non accettazione a lavorare nell'AUSL TSE
- aggraverebbe il fenomeno delle fughe dei professionisti, anche dai reparti (soprattutto per quelle specialisti che sensibili, dato l'attuale mercato del lavoro, come i cardiologi).

Pur ammettendo che tali conseguenze non si concretizzassero, occorre considerare:

- che i reparti sarebbero impoveriti e pertanto tutte le azioni previste dall'Allegato per governare l'affollamento, già problematiche, sarebbero ancor meno concretizzabili
- si ridurrebbero le prestazioni dei reparti specialistici, sia con aumento della degenza media (=riduzione di disponibilità di posti letto) che con incidenza negativa sulle liste di attesa (=ulteriore causa di aumento di accessi impropri al PS);
- la riduzione di risorse umane imporrebbe la revisione degli obiettivi.

Adesione volontaria

La strada maestra da perseguire è quella dell'adesione volontaria ed incentivata e strutturata per la sicurezza, che è la via da sempre privilegiata da parte della RT. Aver portato a 100€ l'aggiuntiva si è rivelato uno strumento utile: continuare su tale strada appare ormai inevitabile pur se emergono situazioni di rifiuto dell'aggiuntiva, segnale di malessere che non dovrebbe essere sottovalutato.

L'altro aspetto da considerare come essenziale, è quello della sicurezza dei supporter, che occorre strutturare per "proteggere" i professionisti dalle aggressioni dei contenziosi, attraverso l'assunzione dei casi da parte dell'Azienda.

Accordi di area vasta e con le AOU viciniori

La necessità di reperire professionisti che possano supportare, su base volontaria ed incentivata, non può essere rinchiusa nel recinto della AUSLTSE, ma seguendo l'esempio del Progetto Elba introdotto dalla RT, occorre aprire ad altre provenienze. In particolare, sono da rendere operativi gli "accordi di area vasta" indicati come azioni da intraprendere alla DGRT 657 del 21 giugno 2021. La RT arrivava a prevedere "*rotazioni e forme di copertura flessibile tra i diversi presidi di PS*", che su base volontaria ed incentivata potrebbero dare risultati significativi.

Lo strumento è l'Avviso di sollecitazione di interesse esteso a tutte le strutture dell'Area Vasta.

L'avviso resta "sempre aperto" con il "sistema on line" in modo che i dirigenti interessati possano, anche in tempi successivi, aderire esprimendo la propria disponibilità ed il periodo di tempo prescelto (Progetto Elba).

L'avviso deve prevedere:

- 1- Possono aderire gli specializzati nella disciplina richiesta o discipline equipollenti o affini secondo il DM 30 gennaio 1998 e DM 31 gennaio 1998 (progetto Elba)
- 2- le opzioni del professionista verso un particolare PO, che hanno come risvolto positivo la familiarizzazione del professionista in supporto verso una struttura con miglioramento della performance;
- 3- il tempo di viaggio considerato come orario di lavoro;
- 4- il riconoscimento delle spese per gli spostamenti (Progetto Elba) compreso ammortamento usura mezzo secondo i parametri ACI;
- 5- Polizza Kasco per i trasferimenti e per le attività svolte in PS
- 6- Il dirigente in caso di chiamata e accettazione percepirà una indennità correlata al disagio per l'adesione al progetto di natura non incentivante pari a 2.000 euro settimanali. In caso di frazioni settimanali, l'importo economico verrà corrisposto in proporzione matematica (Progetto Elba).

7- Per il dirigente specialista nella disciplina che dopo lo svolgimento di un periodo di attività manifesta la volontà di essere trasferito in modo stabile, verranno attivate ed espletate, in accordo tra le aziende, le procedure di mobilità. Il trasferimento determinerà la maggiorazione del 50% dell'incarico professionale posseduto dal dirigente al momento del trasferimento (Progetto Elba).

ATTIVAZIONE ART. 91, COMMA 2 DEL CCNL/2024

Lo strumento per rendere amministrativamente sostenibile il percorso è previsto dal CCN/2024 all'Art. 91, comma 2: *“Qualora l'attività di consulenza sia richiesta dall'Azienda o Ente da soggetti terzi, essa costituisce una particolare forma di attività aziendale a pagamento ...”*.

Lo strumento permette di superare sostanzialmente i limiti della normativa sul 15% del prelievo fiscale limitato all'AA dei propri dipendenti modulando il compenso concordato con l'Azienda dalla quale si comprano le prestazioni, in modo da equiparare il compenso netto. Prevede inoltre di compensare anche i tempi per raggiungere il servizio (comma 7, a), le modalità di attribuzione dei compensi e rimborsi spese (comma 7, c). Esso è estensibile per le carenze di organico non solo dei PS, ma di tutte le situazioni che presentano criticità (radiologi, internisti ecc).

Azioni per contenere il fenomeno delle fughe dei medici

L'assalto ai PS, l'affollamento delle strutture per difficoltà a ricollocare i pazienti che ne hanno necessità, la frustrazione per non poter garantire ai pazienti il tempo necessario per un adeguato trattamento, il rischio clinico accentuato, il clima di rivendicazione verso i sanitari da parte degli utenti e dei familiari, che spesso sfocia in vere e proprie aggressioni, turnazione massacrante, il tutto sintetizzabile nello stress lavorativo, induce una condizione di disagio che sta desertificando i PS.

Mancanza di professionisti e fughe sono una miscela esplosiva, cui nella AUSL TSE occorre aggiungere il disagio logistico proprio di un'area periferica.

L'appello del lavoro dell'Emergenza Urgenza appare, pertanto, del tutto compromesso a causa dello stress lavorativo, dei ritmi di lavoro, della frustrazione conseguente alla consapevolezza che tali ritmi non permettono di dare i dovuti tempi assistenziali ai pazienti che affluiscono al PS con conseguente aumento del rischio clinico. Il PS è diventato un porto franco di approdo di quanti non ricevono risposte sul territorio o anche un mezzo per furbetti per superare le lungaggini che la crisi del sistema sanitario pubblico ha reso una evenienza quotidiana: il PS c'è sempre, H24 e garantisce una risposta. Raddrizzare questo stato di cose richiederà tempo, nel frattempo occorre evitare la sindrome del secchio bucato, ovvero che scappino professionisti che attualmente ci lavorano.

Sul versante economico

Il sostegno economico dello specialista lavoratore del PS deve valorizzare il disagio insito in tale attività e **prescindere dalla richiesta di ulteriore orario**. L'Attività aggiuntiva che il legislatore ha indicato a 100 €, confermato dal CCNL/2024, riconosce il disagio del lavoro in PS, ma è più utile per quanti accettano di dare un supporto al PS, che chi ci lavora istituzionalmente. I ritmi di lavoro costantemente intensi rendono l'attività aggiuntiva un'opzione poco attrattiva per chi lavora stabilmente nei PS a grandi afflussi.

AZIONI ECONOMICHE NON RICHIEDENTI AGGIUNTA DI ORARIO

Può invece essere strumento importante per implementare ulteriormente gli indirizzi di legge e contrattuali che prevedono azioni di incrementi salariali senza richiesta di ulteriore orario.

- L'indennità di guardia notturna a 120 € = + 20 € rispetto all'indennità agli altri professionisti: 5 notti x 12 mesi = 60 notti x 20 = 1200 € anno (CCNL/2019)
- Indennità di PS 12 € per 12 ore = 1509 € anno (alla contrattazione integrativa demandata la possibilità di aumentarla). La DGRT 509 del 2024, recependo l'intesa del confronto regionale ha portato l'indennità a 70 € per 12 ore, ovvero 5,83 €/h = 8.797 (Nazionale – CCNL/2024)
- Certificati INAIL, che ora vengono riconosciuti senza aggiunta d'orario, come risultato = media di circa 2000 €/anno (Regionale – Aziendale)
- Tutoraggio (Regionale, 250 €/mese)
- Assegnazione di incarichi fasce superiori (Regionale)
- Riconoscimento di 30 minuti per turno di handover in aggiuntiva (Aziendale, Delibera 1037/2021)

Il passaggio delle consegne è insito nella funzione del medico turnista. Essendo di fatto impossibile recuperare tale orario, esso viene considerato come attività aggiuntiva. Poiché il Dirigente può effettuare fino a 5 guardie notturne /mese, esse sommano 60 per anno, con un consumo di orario assistenziale 720 ore anno. Il rimanente orario contrattuale 840 (1.560 - 720), completo delle 40 ore (circa) del Art. 15, co. 3, permette di effettuare 140 turnazioni di 6 ore. Totale 200 turni, non aumentabili in quanto le turnazioni in attività aggiuntiva, sono escluse.

(Al costo dell'Aggiuntiva standard di 80 €: 40 x 200 = 8.000; al valore dell'Aggiuntiva PS 100 € = 50 x 200 = 10.000). Riconfermare questa azione aziendale avrebbe un valore anche come attrattività.

La Tabella 8 (Appendice 2) sintetizza le azioni intraprese a livello legislativo, contrattuale, regionale che hanno incrementato lo stipendio del medico dirigente del PS, a parità di orario.

Sul piano economico la risposta c'è stata, in quanto senza aggiunta reale di orario è strutturato un aumento circa 1.000 € mese.

Il riconoscimento del handover di 30 minuti per turnazione nell'orario contrattuale, porterebbe il delta a 20.945 € (o almeno di 15 minuti a turnazione che aumenterebbe il delta di 4000 €, portando il totale annuo a 16.945), porterebbe essere il delta che potrebbe ridurre la scarsa attrattività aggravate nella AUSLTSE da condizioni oggettive logistiche.

Carriere

L'adeguata valorizzazione del personale è uno degli assi previsto dalla DGRT 569/2019; la DGRT 2023 indica incarichi più pesanti per chi lavora in PS. A fronte di questa indicazione della Regione, la media degli incarichi gestionali, di Altissima professionalità e di alta specializzazione, nel dipartimento si raggiunge una media solo del 19,05%, al di sotto del 1/3 "almeno" previsto dagli accordi sugli incarichi. Assegnare almeno un incarico di UOS codici maggiori, un incarico UOS per gestione OBI ed un incarico UOS per i rapporti con i MMG.

Qualità della vita lavorativa

Il lavoro del PS si caratterizza per una perenne turnazione e per una intensità elevata e costante delle prestazioni. Una vita di turni e sempre sotto pressione. Le azioni raccomandate dalla DGRT riconoscono lo stress tipico del lavoro del PS e individuano percorsi di mitigazione. Su questa strada appare auspicabile creare le condizioni per rendere possibile rafforzare le azioni verso gli over 50.

a) Riduzione delle notti, a richiesta:

- Una notte a settimana/ 4 notti/mese massimo in orario contrattuale per tutti;
- Due notti/mese massimo, a richiesta, per donne con figli fino a 12 anni;
- Tre notti/mese, a richiesta dai 55 ai 60 anni;
- Due notti/mese, a richiesta, dai 60 ai 62 anni;
- Esenzione, a richiesta, oltre i 62 anni
- Le Guardie notturne oltre quelle stabilite, salvo per quanti fanno richiesta di riduzione, possono essere effettuate in Aggiuntiva.

b) Ridurre, a richiesta, l'Orario assistenziale da effettuare in PS:

- Del 10% (= 156 ore/anno) nel range di età 50-55 aa
- Del 20% (= 312 ore/anno) nel range di età 56-60 aa
- Del 30% (= 468 ore/anno) nel range di età 61-62 aa
- Del 50% (= 780 ore/anno) per gli over 62

b1) Strutturare percorsi di attività negli ospedali di Comunità in accordo con i MMG (le risorse potrebbero essere quelle dell'ACN, Vedi ipotesi contenere l'iperafflusso, punto 3, pag.);

b2) Istituire l'Ambulatorio Dimessi dal PS per pazienti OBI (2 turni settimanali di 6 ore Arezzo e Grosseto, 1 turnazione settimanale di 6 ore per Montevarchi, Campostaggia, Nottola),

b3) Istituire Ambulatorio Chiusura Certificati INAIL di 6 ore la settimana Arezzo e Grosseto, 1 ogni due settimane a Montevarchi, Campostaggia, Nottola.

b4) Periodi di attività settimanale a richiesta nei servizi di emergenza degli Ospedali periferici per interrompere l'elevata intensità di lavoro propria dei PS degli ospedali maggiori.

b5) Nella interrelazione con il servizio del 118, rendere possibile, su base volontaria, l'attività in orario contrattuale, a partire dagli under 45, nell'emergenza territoriale, e viceversa.

b6) Per tutti, con priorità per gli under 45, tenere impegnati non più di due weekend/mese.

B7) Per le donne, impegno di non più di un weekend/mese; prestare attenzione alle esigenze delle relazioni familiari garantendo per quanto compatibile orario flessibile.

c) Cambio destinazione:

- Rendere possibile, a richiesta, per gli over 60 il passaggio/assegnazione, in base alle specializzazioni equipolenti e dove ha svolto il mese/anno previsto dalla Regione, ad altre attività ospedaliere e/o territoriali.
- Rendere possibile, a richiesta, il trasferimento verso un posto di lavoro più vicino al proprio domicilio per gli over 60.

SCHEDA 1 - Risorse in relazione al PS

DGRT 569/2019

L'implementazione degli indirizzi della DGRT 503/2023 richiede la disponibilità di risorse.

Non si tratta infatti di una riorganizzazione a costo zero, ma pur se vi sono alcune azioni che possono essere considerate isorisorse, altre azioni che prevedono un impegno orario significativo devono giocoforza per essere applicate sostenute con delle risorse specifiche.

In realtà si può parlare più appropriatamente di razionalizzazione efficientizzazione di risorse che vengono già spese. Dove possono essere trovate le risorse necessarie?

La Regione Toscana, proprio per l'Emergenza Urgenza ed in specie per il PS, ha deliberato (DGRT 569/2019) di **“impegnare”** le Aziende ad attivare **“progetti incentivanti”**, ed a tale scopo di **“vincolare le aziende ad utilizzare, ... per il periodo di durata della situazione di criticità, le somme ... sul fondo indistinto ... calcolate sul delta tra le rispettive consistenza degli organici ... e le dotazioni attese”**.

Teoricamente, pertanto, poiché rispetto agli standard della DGRT 806/2017, applicati agli accessi del 2024, nel PS di Arezzo, Grosseto, Montevarchi, Campostaggia e Nottola interessati ai fenomeni di cui alla DGRT 503/2023, gli organici risultano carenti di 29,94 FTE specialisti (vedi Tabella 3.5) e poiché il costo/anno medio dei dirigenti è stato nel 2024 di 112.993 €, le risorse derivanti dal delta tra i medici effettivamente presenti e quelli attesi dovrebbero quantizzarsi in 3.383.010 di € con le quali finanziare i progetti incentivanti del sistema PS dei cinque ospedali.

Ad esse vanno almeno 10 FTE radiologi (ma il dato è una stima non avendo numeri precisi per i carichi di lavoro) dedicati al PS = 1.129.930.

Il recupero del ticket è una azione concretamente realizzabile assegnando il personale amministrativo che potrebbe svolgere anche questa funzione. Il calcolo teorico definendo una media minima di 25 € equivarrebbe a un incasso di 1.342.475 €.

Le risorse, non spese in relazione alla mancata assunzione di medici mancanti dei PS aziendali e dei radiologi limitatamente ai PS del Quintetto, sono elencate nella Tabella 9 (Appendice 2).

La tabella 10 (Allegato 2), evidenzia il rapporto tra accessi impropri al PS ed i costi che possono essere considerati sprechi (Vedi elenco dettagliato Tabella 6, Allegato 2)). Essi oscillano per L'Area Vasta SUDEST a 38.602.022, prendendo a riferimento le stime AGENAS del 2024, che considera inappropriati il 22% di tutti gli accessi ed i 62.424.861 nell'ipotesi estrema di applicare l'inappropriatezza a tutti i codici 4 e 5.

L'ipotesi è certamente estrema, essendo verosimile che codici del triage si possono rilevare codici maggiori, ma è utile perché evidenzia le grandezze che abbiamo di fronte, tanto che un'azione risoluta su questo piano, azzererebbe, quasi da sola, il deficit del bilancio, quantizzato nel 2024 in – 66.434.498.

Nel caso degli accessi al PS è corretto considerare anche gli accessi al PS dell'AOU Le Scotte, perché le azioni da intraprendere per governare gli accessi impropri sono tutte dell'AUSLTSE.

Nella categoria dell'inappropriatezza dell'uso delle risorse andrebbero considerate quelle risorse che il sistema assegna alla convenzione dei MMG per le attività previste per filtrare l'accesso ai PS, che in tutta evidenza è inefficace. Risorse che ammontano nella AUSLTSE a 7.318.893 (Tabella 6.2, Allegato 2).

La tabella 14.2 (Allegato 2), mette in evidenza le risorse che non spese per il personale, i ticket recuperabili, gli accessi impropri evitabili, le risorse messe a disposizione dei MMG per la funzione di filtro, sommano 53.699.312!

SCHEDA 2 - Costi delle azioni discusse in relazione ai PS

Si traslascia il versante dell'apporto della medicina di base, sia per le risorse che per i costi, perché sarebbe improprio ed inelegante entrare da dirigenti in argomenti che appartengono a professionisti che hanno un rapporto in convenzione. Di seguito (Tabella 10) si analizzeranno i costi per le azioni proposte riguardanti la dirigenza della dipendenza.

Tabella 10 – Ipotesi costi attivazione azioni analizzate sopra per implementazione DGRT 532/2023

1 IPERAFFLUSSO	AZIONI	OBIETTIVO	RISORSE	COSTI
a) Istituire una struttura di governo del rapporto MMG-Medicina Territoriale-Presidi Ospedalieri	In ogni area distrettuale sede di riferimento ospedaliera attivare UF apporti AFT, Medicina Territoriale, Direttore PO di riferimento	coordinamento, valutazione, indirizzi gli operatori interessati	Fondi	13 UF 18.365 = 238.745
b) MMG	Progetto Obiettivo Medicina Iniziativa, volontario, incentivato	Riduzione accessi impropri 50% in 3 anni	Da negoziare con MMG	3.650.000 per progetto obiettivo. Nell'ipotesi di implementazione graduale (riduzione accessi impropri 10% il primo anno, 30% il secondo anno, 50% il terzo anno) sono prevedibili risparmi (AGENAS), ovvero un più appropriato utilizzo delle risorse di 3.860.000 il primo anno, 7.720.000 il secondo anno, 19.300.000 dal terzo anno.
c) Cure Palliative	b1) Obiettivo di budget b2) In alternativa: Progetto incentivato volontario di presa in carico attiva di pazienti frequent user	Riduzione 50% storico accessi ripetuti di pertinenza	b1) Priorità assegnazione risorse umane e/o finanziarie b2) da valutare costi	b1) Isorisorse b2) da valutare i costi
d) Assistenza Domiciliare degli Specialisti Ospedalieri	Linea diretta con MMG aderenti Progetto Obiettivo Medicina d'Iniziativa per DH, DS, Ambulatori, Ricoveri	Progetto Obiettivo Medicina Iniziativa: ridurre accessi impropri del 30% *100 visite/anno	*Per MMG ? ^ Per Specialisti ospedalieri 200 € visita domiciliare	*Isorisorse? ^ 20.000€
e) Disincentivare accessi opportunistici	Efficientizzare riscossione ticket	Riscuotere Prestazioni improprie	Progetto 14 Amministrati vi in PS del Quintetto	564.732 (che con il recupero risorse nel Quintetto ore diurne circa 350.000, sarebbe una spesa di 214.732)
2) OVERCROWDING				
<u>Intra-PS</u> a1) ridurre carico	Togliere funzioni improprie burocratiche ai medici	Recupero 10% alla funzione assistenziale	Progetto 14 Amministrati vi in PS Quintetto ore diurne	Vedi 1e. 214.732. Da considerare il recupero per l'assistenza del 10% del tempo medico porterebbe il tempo assistenza erogabile dal 65% attuale al 75%, un netto miglioramento (Tabelle 3.3* b)
<u>Intra-PS</u> a2) appropriatezza	Minore stress riduce medicina difensiva	Ridurre 10% esami	Percorso budget	Risparmi 10% esami (nel risparmio complessivo della riduzione accessi)
<u>b) Extra PS</u> b1) Consulenze	Garantire consulenze specialistiche in tempi certi	Effettuare il 100% nei tempi concordati	Negoziare nel budget	isorisorse
b2a) Fast truck	Fast truck agile, garantito almeno nei turni diurni feriali: 2 casi. Primo: accesso prioritario all'ambulatorio quando attivo. Secondo: 1-2 ambulatori oltre il see and treat	Ipotesi eleggibili 10% (accessi 20.000) per 30 minuti a visita	*In orario di lavoro, percorso budget; ** In Aggiuntiva pro-PS 100 €/h, frazionabile ** Indennità PS	*Isorisorse ** Se tutta Aggiuntiva 1.000.000 (senza percorso budget) *** 5€/ora solo in orario istituzionale 50.000 € (Fondi, risorse di legge)
b2b) Fast truck supporto infermieristico	Primo caso: personale Ambulatorio specialistico; Secondo: personale see and treat		* Primo caso: attività contratto; ** Secondo: attività contratto	* isorisorse ** isorisorse

b3) Medici radiologi dedicati PS	Riconoscere la funzione pro-PS e renderla operante	Efficientizzare il percorso	*Istituire UOS rapporti PS ** Indennità PS 5€/h x 5 PO ***Indennità Guardia 120€ ****Aggiuntiva 100€	*Fondi- (3300X5=16.550) **Fondi (219.000) ***Fondi (36500) ****10.560 Bilancio (delta da DGRT569/2019)
b4) Dirigenti Laboratorio	Riconoscere la funzione para-PS e renderla operante	Efficientizzare il percorso	*Indennità PS 5€/h x 5 PO **Indennità Guardia 120€ ***Aggiuntiva 100€	*Fondi = 219.000 ** Fondi =36.500 *** 10.560
3) BOARDING	AZIONI	OBIETTIVO	RISORSE	COSTI
a) Intra Ospedale				
a1) Dimissioni agili	Attivare stanza dimessi, a gestione comparto calcolo virtuale 2 ore/die, rendere disponibili letti per nuovi ricoveri	Evitare la rigidità orari dimissioni	*Budget per dirigenti ** Progetto incentivato personale comparto: ore feriali 606	*Isorisorse ** Aggiuntiva 65 € ora x 606 ore x 5 PO = 196.950
A2) Ambulatorio dimessi	Aggiungere all'ambulatorio del reparto la funzione dimessi. Prenotazione interna	Anticipare le dimissioni possibili	Budget dirigenti	Isorisorse
a3) Presa in carico precoce	Attivare admission room, a gestione internistica e altre specialità utili. Gestione infermieristica PS isorisorse	Incidere sul boarding	Progetto Incentivante con l'equipe per l'aumentato carico di lavoro. Istituire specifica UOS rapporti con PS	Considerare bisogno di ore die feriali virtuali per Arezzo e Grosseto = 96.960 X 2 = 193.920 ; 2 ore per M-C- N= 145.440 + Orbetello 3 mesi 14.720 * UOS x 5 = 16.500
A4) Portare i letti di OC a 200	Aumentare la disponibilità di 28 PL, 2 letti per struttura esistente	Si eviterebbe uno dei più significativi imbuti	Azioni di pertinenza zonale	Isorisorse
4) DISAGIO INDENNITA'	AZIONE	OBIETTIVO	RISORSE	COSTI
a) Medici PS	ECONOMICA			
a1) Aggiuntiva 100 €	In riconoscimento disagio lavoro PS Legge e CCNL	Favorire opzione lavoro PS	Risorse dislocate nel Fondo Disagi	+ 20 € ora aggiuntiva
a2) Indennità PS	CCNL, Risorse di Legge	Favorire opzione lavoro PS	1 € ora elevabile per CCNL, Regione portata 5,83 €/h	Valutare turnazioni
a3) Indennità Guardia 120€	CCNL	Favorire opzione lavoro PS	+ 20€ ora Fondo disagio	60 notti + 10 festivi x 20 = 1400 x 100 = 140.000 X 12 turni di guardia nel quintetto 1.680.000 + otetto 1.120.000
a4) INAIL	Regione, CIA	Favorire opzione PS	Fondo risultato	Media 2000
a5) Tutoraggio Specializzandi e neoassunti x 6m	Regione	Favorire opzione lavoro PS	Fondo Aggiornamento	250 €/mese
a6) Incarichi superiori	Regione (almeno P6 = + su P7)	Favorire opzione lavoro PS	Fondo incarichi	Nel Quintetto 2 UOS Codici maggiori (Ar e Gr) 5 codici OBI 5 Rapporti con Territorio = 180.000
A7) Handover, 30 minuti per turno (15 mn x 2), per il lavoro in orario contrattuale, non in Orario Aggiunto	CIA	Favorire opzione lavoro PS e opzione pro AUSLTSE	Bilancio	Quintetto FTE 42,5 assegnati, ore equivalenti 64.132,5. Turni notturni 12 x 365 = 4.380 notturni da coprire, di questi copribili in orario 60 ore x 40 FTE assegnati (esclusi i direttori) = 2400

				turni per un consumo delle ore disponibili 28.800 ore. Con i rimanenti 35.332/turni di 6 ore diurni sono copribili 5.888 dei 13.870. In totale le turnazioni copribili con i FTE assegnati risultano essere 8.288 x 50€ = costo hand over nel quintetto 414.400 €. L'orario rimanente da coprire in Aggiuntiva, e quindi senza hand over, oscilla tra lo standard della DGRT 806/2017 (162.972 – 64.132) = 98.840 ed il minimo impegno orario con la turnazione attuale (113.860 – 64.132) = 49.548/h in aggiuntiva. Per l'ottetto (da valutare hand over): Notti 8 x 365 = 2920 x 12 ore 35.040 = + 5840 turni diurni x 6 ore = 35.040 = totale ore 70.080; totale turni 8.760; di questi, con il personale attualmente assegnato (Tab. 3.5) di 21 dirigenti (FTE 31.689) sui 45 ex 806, sono copribili notti di 12 ore x 60 = 1.260 x 12 ore = 15.120 ore delle 35.040 ore notturne totali; 2 turni diurni x 8 presidi x 365 giorni = 5.840 turni le ore diurne necessarie sono 12x 365 x 8 = 35.040. Totale ore necessarie per coprire i turni 70.080 ore. Le ore rimanenti per coprire i turni diurni di 6 ore sono 31.689 dei FTE assegnati – 15.120 ore per i 1260 notti coperte in orario contrattuale = 16.590/ 6 ore turno = 2.765 turni diurni copribili. Totale turni notturni e diurni copribili = 3.025 x 50 € = Hand over 151.150 Rimangono, come ora, 38.391 ore in aggiuntiva = 3.839.100
b) qualità lavoro				
b1) Mese di tregua dal PS	Regione	Favorire opzione lavoro PS		Isorisorse
b2) Riduzione a richiesta GN	AUSLTSE -4 guardie max per tutti in orario contrattuale -2 per donne con figli fino a 12 aa compiuti -3 dai 55 a 60 a -2 dai 60 a 62 a -esente > 60 aa Modulare in base capienza 12%	Favorire opzione lavoro PS e opzione pro AUSLTSE	Applicare la norma contrattuale delle Guardie in attività aggiuntiva fino al 12% del totale delle guardie	Il 12% delle Guardie notturne dei 5 PS equivale a 876 guardie x 12 Ore x 100 € = 1.051.200
b3) Riduzione a richiesta tempo in PS	-10% nei 50-55 aa -20% nei 56-60 -30% nei 61-62 50% over 62	Favorire opzione lavoro PS e opzione pro AUSLTSE	Parziale attività in Ambulatorio dimessa OBI chiusura INAIL, altro, ospedale di comunità	Da valutare
b3) Passaggio, a richiesta, over 60	Nel settore equipollente dove hanno svolto il periodo di tregua	Favorire opzione lavoro PS e opzione pro AUSLTSE		Isorisorse
b4) avvicinamento al domicilio over 60 a richiesta		Favorire opzione lavoro PS e opzione pro AUSLTSE		Valutare impatto
b5) impegni weekend	Donne con famiglia e figli non più di 1 per mese -tutti under 45, impegno di non più 2 per mese	Favorire opzione lavoro PS e opzione pro AUSLTSE		Valutare impatto
5*) SUPPORTO AL PS SU BASE VOLONTARIA	Attivare sollecitazione di interesse per turni in PS codici 3-4-5-OBI con bando pubblico aperto ed	Trovare risorse per supporto standard e per le	-Aggiuntiva 100 € - Tempo viaggio in orario lavoro e kasco -Rimborso spese	Da valutare
	al quale possono aderire equivalenti ed affini, anche in extramoenia	azioni di cui sopra	- Hand over in caso di attività in orario contrattuale	
5b) Accordi di Area Vasta (DGRT657/2021) e alte Aziende	Idem	idem	idem	

Sintesi risorse razionalizzate e razionalizzazione costi

(Vedi tabelle in Allegato 2)

- Tabella 11, Costi implementazione DGRT ed azioni specifiche aggiuntive aziendali
- Tabella 12, Risparmi per mancata assunzione PS Quintetto
- Tabella 13, Risorse effettivamente risparmiate al netto dell'Attività Aggiuntiva
- Tabella 14, Risorse teoriche per mancata assunzione medici PS e PS-relati AUSL TSE
- Tabella 14.1, Risorse teoriche recuperabili da riorganizzazione
- Tabella 14.2, Sintesi risorse attivabili (da risparmi, spese improprie o razionalizzabili).

Criticità presenti nei Pronto Soccorso periferici e disagiati

Negli otto Ospedali Periferici (d'ora in poi Ottetto), a parte il caso del periodo estivo che grava Orbetello di un afflusso elevato, gli accessi si mantengono sostenibili.

Non mancano cause di malessere (vedi tabella 15), ma tra essi sostanzialmente non è contemplabile l'affollamento. La logistica e la qualità professionale del lavoro sono tra le cause principali della carenza di professionisti che scelgano queste aree disagiate.

Tab. 15 Cause di malessere organizzativo nei PS dell'AUSLTSE

PS degli Ospedali maggiori	PS ospedali area disagiata
Iperafflusso	-----
Affollamento	-----
Difficoltà alla dimissione - Verso ricovero - Verso Ospedale di Comunità - Verso domicilio a) Per resistenza b) Per carenza trasporti	Difficoltà alla dimissione - Verso ricovero - Verso Ospedale di Comunità - Verso domicilio a) Per resistenza b) Per carenza trasporti
Intensità costante dei ritmi di lavoro	-----
Impossibilità a dedicare tempi adeguati e previsti ai pazienti	-----
Aumento rischio clinico per ritmi di lavoro	Aumento rischio clinico perché PO non presenta specialistiche
Aumento rischio aggressioni	-----

L'andamento degli accessi dal 2017 al 2024 nei PS dell'Ottetto (Tabella 16, Appendice 2), risulta coerente con quello del Quintetto, e conferma, dopo la caduta nel periodo COVID, una tendenza ad assestarsi sui numeri pre-COVID.

La tabella 16.1 (Appendice 2), espone il numero di ospedali in Toscana e la loro classificazione . Si nota l'assenza di PS in un ospedale della Toscana Centro (Serristori) ed uno della Toscana Nord Ovest (Barga).

Parametri distanze DM70/2015

Il DM 70/2015, stabilisce i parametri che giustificano la persistenza di strutture ospedaliere in aree periferiche disagiate (Appendice 1, Box 1):

- 1) Distanza maggiore di 90 minuti dal centro Hub o Spoke di riferimento,
- 2) o percorrenza maggiore di 60 minuti dal presidio di Pronto Soccorso.

L'analisi puntuale delle **distanze** (Tabella 17.1, Appendice 2) non giustifica formalmente nessuno dei Presidi Ospedalieri di Prossimità, trovandosi tutti i comuni degli ospedali del bacino, entro i 90 km dal centro Hub. Invece l'analisi dei **tempi** per raggiungere un centro Spoke (Tab. 17), giustifica l'operatività dell'Ospedale di **Abbadia San Salvatore** (essendo il tempo di percorrenza da Piancastagnaio al centro Spoke più vicino di

Nottola ai limiti di 58 minuti, passando per SP40, ma facilmente superabile a causa delle condizioni orografiche e logistiche) e dell'Ospedale di **Bibbiena** (per il comune di San Nicolò il tempo per raggiungere il centro Spoke più vicino, quello di Arezzo, è calcolato in 61 minuti; per Montemignaio in 64 minuti).

Tabella 17 - PO con comuni fuori dai parametri del DM/70

PRESIDIO	COMUNE	CENTRO HUB/SPOKE
ABBADIA SAN SALVATORE	Piancastagnaio	NOTTOLA 58 minuti x SP40
BIBBIENA	Castel San Nicolò	AREZZO 61 minuti
	Montemignaio	AREZZO 64 minuti

Il DM 70/2015 elenca i parametri di sostenibilità dei PO e PS, in base ad essi:

- L'analisi delle distanze e/o dei tempi di percorrenza per l'HUB di riferimento, giustifica tra i presidi periferici la persistenza del PS H/24 di Bibbiena e di Abbadia San Salvatore, entrambi situati in area montana.
- Sono previsti almeno 20 PL di Medicina
- Sono previsti organici adeguati di Medici ed Infermieri.

L'Intesa RT/OO.SS. del novembre 2008 assegna alla **contrattazione Integrativa l'organizzazione della continuità assistenziale i PO che registrano accessi < 15.000 per anno.**

I PO che non sono in area montana o che non hanno le distanze previste dal DM 70, che hanno accessi al PS < 15.000 per anno, sono: PO La Fratta, PO Sansepolcro, PO Casteldelpiano, PO di Pitigliano. Su tali presidi si concentra primariamente l'attenzione.

Guardia interna per rafforzare la continuità assistenziale

La continuità assistenziale interna attualmente surrogata dai Medici del PS, quando nel PS è presente un dirigente, l'obbligo di garantire che i servizi siano di qualità compresa la continuità assistenziale, l'obbligo di garantire il personale adeguato nei reparti di Medicina, il sottoutilizzo del PS nelle ore notturne, sono tutti elementi che inducono a valutare l'attivazione di azioni che migliorino l'appropriatezza dell'uso delle risorse e la qualità dei servizi.

L'istituzione della guardia interna, là dove al momento non c'è (Bibbiena, Sansepolcro, La Fratta, Abbadia SS, Casteldelpiano, Pitigliano) dell'area medica garantirebbe una continuità assistenziale di maggior qualità sia per la continuità, che per la prontezza, che per la conoscenza dei degenti.

La presenza del personale di area internistica e più in generale di area medica (Tabella 17.2, Appendice 2) generalmente permetterebbe di sostenere la guardia interna, facendo fare un salto qualitativo sostanziale nella continuità assistenziale.

Centro medico avanzato diurno (CMAD) H12

Nei PO che non rientrano nei limiti delle distanze e/o tempo di raggiungimento di Hub/Spoke di riferimento, l'attivazione di un Centro Medico Avanzato H12 nelle ore diurne, svolgerebbe efficacemente il ruolo di Pronto Soccorso nelle ore diurne, mentre nelle ore notturne il servizio del 118, per quanto di competenza avrà come punto di riferimento i PO più vicini, maggiormente predisposti per accogliere le emergenze, come per altro di fatto già avviene, semplicemente perché sono più idonei per specialisti presenti e strumentazione di livello superiore.

- Dalle ore 20 alle ore 24 la postazione è comunque presidiata da un infermiere, che può optare anche in modalità Aggiuntiva.

- Qualora si verificassero accessi spontanei, il servizio del 118 che ha sede nei pressi del CMAD, può indirizzare il paziente verso l'Hub, o se lo ritiene necessario prenderlo in carico, trasferirlo direttamente.
- In caso di assenza, al momento del 118, il Medico di Guardia interna, interviene.
- Poiché sia i medici del 118, che quello interno svolgono funzioni di PS, l'indennità di Guardia notturna viene riconosciuta a 120 €, Il costo complessivo, a carico del Fondo condizioni di lavoro, per ciascuno degli ospedali considerati è $20€ \times 2 \text{ medici} \times 365 \text{ notti} = 14.600 €$; totale per i 4 ospedali 58.400€.

La trasformazione del PS in CMAD, risparmia 3 FTE medici per presidio, ovvero 12 FTE. Al momento nei quattro PO sono assegnati 9 medici. La turnazione di 1 FTE h24 richiede 6 medici per PO, 12 FTE in h12. L'obbligo di garantire il servizio costa 2.716.200 di Aggiuntiva, che si ridurrebbero a 452.700 in caso di trasformazione in CCMAD (Tab 17.3, Appendice 2).

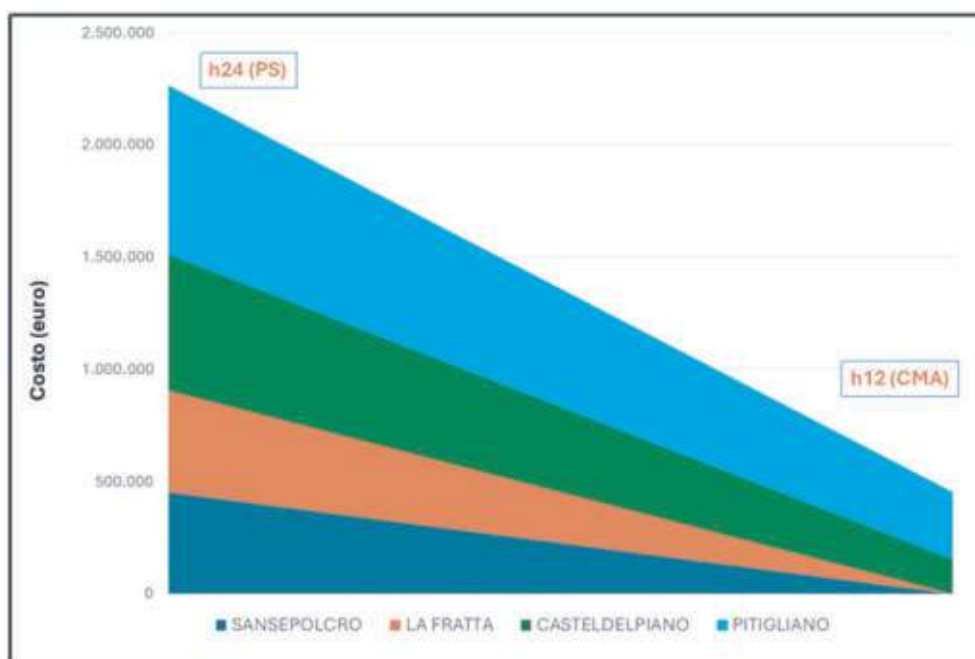


Figura 7. Riduzione dei costi conseguenti all'adozione del modello Centro Medico Avanzato (CMA) nei PO del cd quartetto.

Ospedali periferici: una mission possibile

Un ospedale è innanzi tutto una risposta alle esigenze di sanità della popolazione residente, in un giusto equilibrio tra il principio di equità tra tutti i cittadini, di sostenibilità sul piano della qualità e sicurezza dei servizi, dell'appropriato uso delle risorse disponibili. In realtà questo aspetto non è prioritario nella opposizione dei cittadini al cambiamento perché la garanzia di un servizio sicuro in un centro Hub/Spoke è facilmente comprensibile da tutti.

Preponderante è invece il fatto che una struttura ospedaliera è per il territorio anche una opportunità di lavoro qualificato, e quindi anche di presidio di territori periferici e disagiati: questo sta in gran parte alla base dell'opposizione campanilistica e della politica locale a prospettive di chiusura.

Occorre quindi tenere nel dovuto rilievo che la cancellazione di PO si accompagnerebbe ad un impoverimento nell'offerta di lavoro con risvolti economici importanti su comunità periferiche.

Criteri di trasparenza e di verità dovrebbero indurre ad indagini economiche sul peso che per ogni bacino di

Ospedale esistente hanno nella comunità residente e fare da guida, garantendo un bilancio positivo, nella ristrutturazione/trasformazione dei presidi, assegnando compiti adeguati nell'Azienda, valorizzandone le attività sostenibili.

Per una indagine economica del ruolo del PO nelle aree che non rispondono ai parametri del DM 70/2015, potrebbe essere attivata una collaborazione con la facoltà di Economia dell'Università di Siena.

Al di là di naturali specificità, tutti gli otto ospedali periferici e disagiati (d'ora in poi otetto) hanno in comune la mission fondamentale di una sanità di prossimità che si concretizza in una cintura internistica intorno al quintetto degli Hub/Spocke.

La parte chirurgica non è centrale anche se non mancano le ridondanze proprio nell'ambito chirurgico. Pur se negli anni l'Azienda ha cercato di razionalizzare questo settore, in particolare con proiezioni specialistiche da parte delle UOC degli ospedali Hub e Spocke, rimane spazio per una razionalizzazione.

La mission prevalente internistica di tali nosocomi indica l'asse lungo cui muoversi come la soluzione per la loro sostenibilità tanto sulla qualità delle prestazioni quanto dell'appropriatezza delle risorse. Infatti il DM70 prevede almeno 20 posti letto di Medicina Generale, con un proprio organico di medici ed infermieri, mentre per la chirurgia prevede solo chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day Surgery o eventualmente in Week Surgery.

La “cintura internistica”

Il DM/70 indica il numero i posti letto in riferimento alla popolazione residente.
I posti letto direttamente gestiti dall'AUSLTSE sono pari a 1.740 unità, incluso nido.
Inoltre, il territorio accoglie:
- Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione dell'AOU Senese che costituisce anche il presidio di riferimento per i ricoveri di base della Zona Senese;
- 3 Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di 263 ppil;
- una struttura sede di un centro riabilitativo in partnership con 64 ppil.
La situazione dei PL nell'AV vede una carenza di PL ordinari e ed un deficit di 160 PL Lungodegenza/Riabilitazione (Tabella 4, Appendice 2). La Tabella 18, elenca posti letto e ricoveri Medicina e Geriatria nel 2023.

Tabella 18. Letti di Medicina interna + geriatria e ricoveri 2023

Ab 809.138 (reali 998.404)	Medicina	Geriatria	tot	PL x 365	PLann/Ric*
Numero PL	420	22	442	161.330	8,76 die
Numero ricoveri	17.222	1.191	18.397		

*PL Anno/Ricoveri = deriva dai PL totali (442) x 365 giorni = 161.330 giorni di posti letto disponibili/anno. Dividendo i PL anno/ricoveri = 8,76 giorni medi teorici di occupazione dei letti per una occupazione al 100%.

Tab. 18.1 Ricoveri in Medicina Interna ed in Geriatria anno 2023 (Relazione Sanitaria 2023, DDG 727/2024, pag 149)

OSPEDALE	Posti Letto Medici na e Geriatr ia	Dimissioni e Degenza Media Ordina		PL Tasso occupazio ne Medicina + geriatria (c)	Delta con tasso di occupazion e per tipo PO
		Dimissioni (Ordinari+DH) MED+GER+REUM	Deg media ordinar i a		
		Med (a)	Med (b)		
Arezzo	77	2.521	9,31	82,10%	Nel range
Grosseto	62	2.173	7,44	70,25%	-9,75
Montevarchi	59	1.837	9,62	82,06%	Nel range
Campostaggia	55	2.051	10,76	109,93%	+ 19,93
Nottola	51	1.590	11,07	94,55%	+ 4,55
Bibbiena	29	1.091	8,28	85,34%	+ 15,34
La Fratta	31	926	8,21	67,18%	- 2,82
San Sepolcro	16	556	8,34	79,40%	+ 9,40
Castel del P	22	530	10,86	72,02%	+ 2,02
Massa Marit	24	1.269	6,77	98,07%	+ 28,07
Orbetello	24	1.022	9,01	105,11%	+ 35,11
Pitigliano	18	331	10,50	52,89%	- 17,11
Abbadia S S	14	489	10,43	99,80%	+ 28,02
Totale	482				
MEDIA					

La cifra 8,76 equivale alla media di degenza internistica ponendo i letti occupati al 100%. Tuttavia la media risulta sotto 7 giorni/ricovero e pertanto il tasso di occupazione sarà del 79,9%, o a anche inferiore. Considerato che l’occupazione deve rimanere < al 90% nei PO Hub ed < al 70% dei PO di area disagiata, i PL in realtà non sembrerebbero distribuiti inadeguatamente (Tabella 18.1).

Tabella 19. Popolazione/Posti letto

Popolazione	OTTETTO	%	QUINTETTO	%
Popolazione	238.624	33,51	473.301 *	66,49
Posti Letto	161	36,42	281	63,58
Ricoveri	7.112	38,65	11.275	61,35

*Esclusa la zona senese (bacino dell’AOUS)

La Tabella 19 evidenzia il rapporto popolazione di riferimento/Posti Letto/ricoveri raggruppati per ospedali maggiori e periferici. La figura 8 evidenzia i dati in foma grafica.

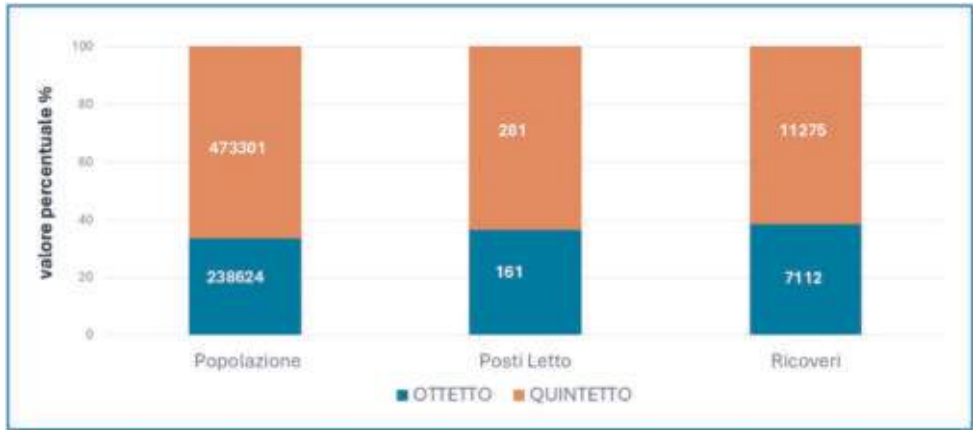


Fig. 8. Distribuzione di popolazione, PL e ricoveri nei due gruppi di PO della AUSL TSE (esclusa zona senese, bacino della AOUS)

Dai dati reperibili dalla Bilancio Consuntivo 2023, DDG 771/2024, pag. 256, sono attivi 328 posti letto di cure intermedie (Hospice 39, Osp Comunità/Mo.Di.Ca 172, pl Riabilitazione ex-Art. 26 117), a fronte dei 488 previsti. La carenza dei PL per la Lungodegenza e la Riabilitazione post-acuzie rende al momento critica la fase delle dimissioni sia dal PS che dai reparti.

Sommate insieme con le criticità note della medicina di base spiegano sufficientemente l'effetto boarding dei grandi PS di Arezzo e Grosseto nonché i PS di Montevarchi, Campostaggia e Nottola per i quali è evidente la difficoltà a tenere dietro alla pressante richiesta del Pronto Soccorso di questi ospedali maggiori di disponibilità di letti per ricoveri internistici.

Dovendo prendere atto che le criticità della medicina di base non sono al momento risolvibili e che a poco, se non a nulla, sono servite le risorse che via via sono state elargite, qualsiasi sia l'organizzazione del sistema sanitario regionale, la cosa più immediata e più semplice, perché coinvolge solo la dirigenza aziendale ed i professionisti dipendenti, è puntare su rendere liberi posti letto.

Un aumento dei posti letto internistici nei 5 grandi e medi ospedali aziendali sotto pressione sarebbe la risposta più immediata considerata la minore difficoltà a trovare professionisti che optino per tali ospedali. Anche se fosse possibile aumentare i PL di area medica nei 5 ospedali, i rischi sono quelli che i posti letto non siano mai sufficienti e che si concentri sempre di più i servizi sanitari, depauperando la periferia riducendo servizi di prossimità.

Un'altra risposta potrebbe prevedere un più razionale utilizzo dei posti letto internistici degli ospedali periferici. Come è stato efficacemente sintetizzato è possibile pensare agli Ospedali dell'ottetto di Prossimità nei termini di una "cintura internistica". Una funzione già di fatto esistente e prevista dal DM 70/2015 che stabilisce per gli ospedali in area disagiata la dotazione di 20 posti letto, esplicitando che la risposta principale di tali ospedali è di tipo internistico. Si tratterebbe quindi, in linea con gli indirizzi legislativi, solo di rafforzare la "mission internistica" degli ospedali di prossimità con un adeguato numero di letti e di personale.

- Un rafforzamento internistico della periferia aiuterebbe a ridurre la pressione sui nosocomi del Quintetto, contribuendo, allo stesso tempo, ad agevolare con una risposta di prossimità i pazienti fragili, utile alla riduzione del disagio, inevitabile nei ricoveri nei lontani ospedali maggiori, per sé stessi e per i propri familiari.

La persistenza degli Ospedali di area disagiata trovano giustificazione nella prossimità delle prestazioni verso cittadini utenti fragili per patologie associate e/o per fragilità legata all'età avanzata. Il rafforzamento può essere sostenibile con l'attivazione di servizi specialistici di area internistica in regime di ricovero, Day Hospital, Ambulatoriale. Ne sono esempi esplicativi localizzazione dell'UOSD di Geriatria nell'Ospedale di Castel di Piano o la Medicina Complementare di Pitigliano. Dall'obesità, agli squilibri alimentari, dall'ipertensione, all'allergologia, le opzioni e le opportunità per valorizzare tali presidi non mancano.

Naturalmente per essere attrattivi devono caratterizzarsi per sedi di eccellenza, garantendo nella rete le necessarie prestazioni di indagini.

Chirurgia

Il Legislatore ha ritenuto di dover sottolineare – esplicitandolo - che le prestazioni chirurgiche “non prettamente di emergenza”, ammesse nei PO periferici, hanno tuttavia *“un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna”* (DM 70/2015).

Ad oggi questa dichiarazione legislativa non trova ancora rispondenza nella AUSLTSE.

Il riferimento è all'attività chirurgica di Chirurgia Generale e di Ortopedia e Traumatologia e non alle proiezioni di chirurgia specialistica che viene effettuata in proiezione dai centri Hub.

La tabella 20 (Appendice 2), derivata dai dati dei ricoveri reperibili sul sito dell'Agenzia Sanitaria Regionale della Toscana, evidenzia una significativa persistenza di attività chirurgica, non tanto Day Surgery, quanto Week Surgery, con posti letto propri.

Il monito del DM 70/2015 sull'insufficienza dei casi “per garantire la sicurezza delle prestazioni”, non si può dire che sia sufficientemente considerato. Così come l>alert che la casistica non è sufficiente al mantenimento delle competenze professionali. Quest'ultima criticità, al contrario della sicurezza delle prestazioni, che con il mantenimento dell'organizzazione attuale appare senza soluzioni, dovrebbe e potrebbe trovare una soluzione, seppur parziale, perché la professionalità è il valore fondamentale su cui si regge il servizio sanitario. L'intesa del 2023 sulla mobilità interna, individuava questo tema critico e prevedeva le soluzioni adeguate: corsi di formazione in strutture qualificate in Italia e/ all'estero, possibilità di fare attività per periodi dell'anno nelle UOC chirurgiche dell'Hub, per l'attività di elezione e non solo per i trattamenti di emergenza (guardie).

Garantire ai dirigenti il mantenimento della professionalità acquisita, mettere in campo azioni che ne permettano l'ulteriore sviluppo è non solo dovere dell'azienda per non dequalificare, ma è precipuo interesse aziendale che può, anche con queste azioni, migliorare l'attrattività aziendale.

Enunciare queste considerazioni non significa non essere consapevoli che il percorso, se avviato, e sempre che sia avviato, ha bisogno di buon senso nei tempi e nelle modalità, senza considerare che Presidi come quello di Orbetello hanno un loro specificità.

Dalla costituzione dell'AUSLTSE è stata certamente avviata una timida riorganizzazione delle prestazioni chirurgiche, attivando prestazioni specialistiche chirurgiche in proiezione dagli Hub, tuttavia, limitandoci al Quartetto risaltano ancora ridondanze e doppioni con PO vicini. Il caso del PO di Sansepolcro, e ancor di più alla Fratta, che si trova tra l'ospedale Hub di Arezzo (distante 29 km) e l'Ospedale Spoke di Nottola (distanza 30 km) sono quelli che risaltano (Tabella 20.1, Appendice 2).

Popolazione residente nelle aree disagiate

I cittadini residenti nelle aree periferiche e disagiate sommano 236.636 (31,50%) della popolazione residente nel territorio aziendale, AVSE, superando la popolazione residente nei tre comuni capoluogo di provincia (Tabella 20.2, Appendice 2) che sommano una popolazione di 231.836 (26,1%).

Dal punto di vista della vicinanza dei servizi, anche nell'ambito della sanità, è evidente che i residenti nelle aree urbane hanno maggiori opportunità per la vicinanza delle prestazioni, essendo legata alla casistica anche la localizzazione delle strutture, della strumentazione e quindi anche dei servizi. Il disagio delle aree territoriali periferiche è connaturale alla scarsa densità della popolazione, che renderebbe assolutamente inappropriato la moltiplicazione di servizi complessi in tali aree.

Tuttavia, è mandatario che i servizi che possono essere allocati in tali zone devono essere adeguatamente garantiti sul piano della qualità.

Qualità dei servizi nei presidi di aree disagiate

Le istituzioni, e la politica che esprime la rappresentanza democratica dei cittadini, hanno ed esercitano le prerogative di stabilire l'organizzazione del SSN e dei SSR; le Aziende USL applicano le leggi ed i decreti relativi garantendo i principi costituzionali di uguaglianza ed equità tra tutti i cittadini.

Le OO.SS. che rappresentano gli operatori, hanno il compito di vigilare sull'applicazione delle norme sui diritti dei lavoratori e la sicurezza la qualità del lavoro e delle prestazioni; ma sono anche titolate a contribuire al dibattito pubblico, in specie per quello che riguarda la sanità.

Nel concreto - e riferendosi alla dislocazione dei Presidi Ospedalieri - la scelta del loro livello di complessità e di dove collocarli è esclusiva istituzionale; la AUSL applica le indicazioni delle istituzioni, i cittadini hanno il diritto che i servizi presenti sul territorio siano sempre di qualità. I sindacati, pur non potendosi esimere dal sottolineare come il consenso generale degli esperti, suffragati dai dati scientifici, consideri la qualità dei servizi dipendere dalla dimensione della struttura, dalla qualità dell'organizzazione, dalla qualità tecnologica e dalla numerosità della casistica, prendendo atto delle scelte istituzionali, hanno il dovere di vigilare che la qualità delle prestazioni sia omogeneamente elevata su tutto il territorio e le condizioni di lavoro e di vita dei lavoratori siano rispettosi di standard omogenei.

Sostenibilità degli ospedali in area disagiata

Partendo dall'assunto che i cittadini che vivono in aree periferiche devono poter usufruire di servizi di qualità analogamente alle popolazioni urbanizzate, i servizi attivati in tali aree devono assolvere questo obiettivo.

La mission internistica riguarda tutti gli ospedali;

L'area chirurgica, che dovrebbe essere limitata tendenzialmente a Day Surgery e Week Surgery, deve garantire una casistica adeguata e azzerare le ridondanze (un esempio per tutti, la presenza di una ortopedia di una chirurgia negli ospedali della Fratta e di Nottola, distanti appena 28 Km). Qui c'è ancora strada da fare considerati doppioni tra ospedali vicini.

Box 2 – Medicine complementari per Pitigliano

L'individuazione dell'Ospedale di Pitigliano nella rete regionale della Medicina Complementare è una intuizione, che se adeguatamente organizzata può essere sostenuta.

Il Centro di Medicina Integrata dell'Ospedale di Pitigliano, della Azienda Usl Toscana sud est, è definito nella presentazione del CSR come struttura di riferimento regionale per le attività di medicina integrata nel percorso ospedaliero. "Da una indagine ARS – vi si legge - del 2009 evidenziava che 13,4% dei toscani, in numeri assoluti 499.820 in Toscana, di cui 109.030 nella SE, ha utilizzato almeno una volta le medicine complementari. Se sul piano scientifico le medicine complementari sono controverse, l'utilizzo da parte di una parte significativa della popolazione è un dato rilevante. L'offerta regionale di un luogo controllato, di monitoraggio e di studio è un segno dell'attenzione del SSR. Medicina basata sull'evidenza e medicine tradizionali complementari nello stesso Ospedale. Ovvero medici con una solida formazione specialistica internistica, che si interessano, con lo stesso spirito scientifico, alle medicine complementari. La varietà e la molteplicità delle stesse, la presenza di numerose esperienze in altre sedi della Regione induce a considerare l'opportunità di coltivare in particolare una di esse ed acquisirne il riferimento nazionale" (Sintesi estratto dal sito del Consiglio Sanitario della Toscana).

Dal punto di vista formale non rispetterebbe i parametri minimi come ospedale di Prossimità. La riorganizzazione in Ospedale di Comunità con Centro Medico Avanzato sarebbe, quindi, percorribile e la più idonea.

Il mantenimento come Ospedale di Prossimità avrebbe una giustificazione qualora si sviluppasse l'intuizione di investire in un vero centro di riferimento regionale sulle Medicine Complementari, rispondendo - applicando rigorosi criteri scientifici - alla richiesta dei quasi 500mila toscani che sono orientati verso queste pratiche. Dal sito del CRS si rileva una grande e diffusa offerta di servizi nella Medicine Complementari: si enumerano oltre 100 medici, un numero imprecisato di fisioterapisti, ostetrici, che seguono ambulatori istituzionali cui si accede con ticket o gratuitamente.

Un progetto obiettivo regionale, che metta in rete tali risorse, facendo punto di riferimento il PO di Pitigliano, anche prevedendo accessi programmati dei professionisti del SST, ipotizzando anche percorsi di ricovero, per esempio, in trattamenti intensivi di agopuntura per dolore cronico, potrebbe dare una ragione per l'Ospedale di Pitigliano e farne un unto attrattivo anche extraregione.

La localizzazione nell'area del PO di Pitigliano, in comune di Manciano, delle Terme di Saturnia, amplia l'approccio alle Medicine Complementari.

Una riorganizzazione da PO a Centro di Medicina Integrata delle Medicine Complementari permetterebbe formalmente la trasformazione del servizio di Pronto Soccorso, del tutto sottoutilizzato e con carenza di personale, in un Centro Medico Avanzato nelle ore diurne, investendo nelle ore notturne sul servizio Territoriale di Emergenza Urgenza del 118, che dispone già di una automedica sul posto.

Per mantenere un livello di qualità in questi ospedali, oltre alla funzione internistica dovrebbe svilupparsi una attività specifica su cui investire. Ne sono esempi, l'intuizione della Fisiopatologia della riproduzione umana della Fratta, le Medicine Complementari di Pitigliano (vedi Box 2), la geriatria per Casteldelpiano.

Indispensabile è poi procedere ad una guardia interna in ogni ospedale, superando la logica della surroga da parte dei medici del pronto soccorso. Nell'ottetto al momento la guardia interna è attivata ad Orbetello ed a Massa Marittima, mentre sopperiscono i Medici del PS a Bibbiena, La Fratta, Sansepolcro, Abbadia San Salvatore, Casteldelpiano e Pitigliano.

SCHEDA 3 - Proposte normativamente sostenibili per incrementare l'attrattività sul piano formativo, professionale ed economico

Nella AUSLTSE i Presidi Ospedalieri localizzati in aree periferiche disagiate sono ben 8/13 (Nottola è considerato disagiato per la logistica) che sommano 533 posti letto ordinari sul totale aziendale di 1446 (36,8%) più 85 posti letto DH sul totale aziendale di 233.

La difficoltà a coprire gli organici, a causa della penuria di specialisti, interessa tutte le strutture aziendali, ma raggiunge punte di criticità negli ospedali di zona e territoriali di prossimità localizzati nelle aree più disagiate logisticamente.

La AUSL TSE ha affrontato in una commissione paritetica e sottoscritto un'intesa per azioni utili a minimizzare la scarsa attrattività delle aree periferiche e disagiate, recepita nella DDG 1093 del 5 ottobre 2020.

È stato un percorso che ha visto l'Azienda innovare coraggiosamente, e che, forse, è stato un riferimento per altre realtà regionali. Questa scheda ha l'obiettivo di implementare arricchendola l'intesa già sottoscritta.

Cause della scarsa attrattività

Le motivazioni della scarsa attrattività delle aree periferiche possono essere molte.

La prima - e la principale - è che la carenza di specialisti ha ridotto loro forza sul mercato del lavoro.

La novità con cui è necessario fare oggi i conti, è che soprattutto i giovani soppesano le offerte e le vagliano rispetto alla soddisfazione professionale, opportunità di carriera, qualità della vita.

Le motivazioni di una reticenza a scegliere di lavorare in aree disagiate, sono aggiuntive, ma non meno importanti:

- La paura, qualora il dirigente volesse trasferirsi, di **finire ostaggio** di situazioni che non consentano la sostituzione, tali da impedire l'autorizzazione dell'Azienda. Questo aspetto è stato affrontato e normato in modo innovativo con l'Intesa sulla mobilità. Si tratta di un primo essenziale passo, sul quale si deve perseverare con determinazione; tuttavia, occorre affrontare in una visione complessiva ed in una visione di rete l'intero argomento.

Nessuno che accetti di prestare servizio in un'area disagiata, deve avere il timore di che gli sarà impedita la propria libertà di movimento. **La libertà alla mobilità dovrà essere dichiarata e garantita come principio strategico nella USLTSE. La Direzione Aziendale e le OO.SS** dovranno vigilare per evitare che comportamenti inidonei - che dovranno essere sanzionate adeguatamente come **maladministration** - possano offuscare l'immagine di garanzia e di serietà dell'Azienda.

Il professionista deve avere la certezza che, passato un tempo prestabilito, come normato dal regolamento sulla mobilità, **non avrà ostacoli** qualora chieda il trasferimento verso un'area centrale dell'Azienda e nessun impedimento verrà frapposto - neppure quello della difficoltà alla sostituzione - qualora intenda trasferirsi, avendone l'occasione, in altra azienda.

- La paura della **de-professionalizzazione** per la complessità e la numerosità dei casi, e la **tecnologia più arretrata** rispetto alle aree centrali;

- Le **scarse opportunità economiche** proprie di un territorio disperso.

- Lo spreco del tempo per raggiungere la sede di lavoro, qualora, come abitualmente accade, la famiglia per ovvi motivi di opportunità risieda in centri urbani;

- Il costo di manutenzione del mezzo di viaggio;

- I pericoli del viaggio.

Un nuovo paradigma, trasformare le criticità in opportunità di esperienza, di formazione, economica.

Occorre invertire il paradigma e trasformare la criticità di area disagiata in una opportunità per il professionista. **In nessun caso dovrebbe essere un ripiego/ costrizione:** sarebbe infatti uno spreco di capitale professionale. Per fare ciò è necessario che siano **previste risorse comprese le tecnologie più idonee per il livello delle prestazioni effettuate**, secondo l'assioma che le risorse anche poche investite senza perseguire la qualità sono risorse buttate al vento, per quanto poche esse siano. Le uniche risorse investite bene sono quelle adeguate.

Sul versante dei professionisti l'investimento deve procedere almeno su **tre assi**:

- garantire la formazione di **eccellenza**;
- garantire la possibilità di **carriera** analogamente ai colleghi degli ospedali centrali;
- riconoscere benefit **economici**.

La discussione è aperta da tempo all'interno delle istituzioni ed ha trovato diversi momenti di confronto nella AUSLTSE tra la Direzione e le OO.SS. della Dirigenza dell'Area Sanitaria. Se ne propone una sintesi ragionata, in una visione complessiva di rete, nell'ambito di soluzioni innovative, sostenibili, ancorate rigorosamente alle norme (leggi, contratti, delibere regionali ed aziendali, regolamenti) in vigore.

A) Norme di riferimento.

Il DM 70/2015, nell'art.9.2.2, stabilisce che *“Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino”*.

La Regione Toscana, con la DGRT 1200/2016, recependo i risultati del confronto con le OO.SS. aveva emanato nelle linee di indirizzo su assegnazione, mobilità ed incarichi, specifiche direttive per la copertura degli organici delle aree disagiate. **“In ogni caso - prescrive la Regione Toscana - le Aziende devono assicurare un organico adeguato alle attività da svolgere e dedicato alla sede carente, anche nelle zone disagiate. Nell'impossibilità accertata di reperire professionisti per quella sede, le Aziende potranno assumere** il personale necessario gestire quella periferica disagiata **presso la struttura di riferimento territoriale** e gestire quella periferica disagiata attraverso una opportuna **proiezione di professionisti** secondo le modalità di cui al precedente capoverso (“Le attività svolte presso strutture organizzative diverse da quelle di assegnazione sono effettuate in **prima istanza su base volontaria, incentivata**” ...). Ciò al fine di assicurare un elevato standard assistenziale ed una qualità professionale adeguata, tenendo conto del fabbisogno di personale e delle attività svolte dalle strutture interessate”.

Nell'intesa del dicembre 2021 sulla sospensione dello stato di agitazione, la Regione Toscana unitamente alle OO.SS. hanno convenuto che *“la particolare condizione di carenza di personale medico dei prossimi anni impone comunque una **duplice attenzione**: collocare i professionisti dove vi è reale bisogno assistenziale, ma impedire al contempo che il SSR perda professionisti a favore di altre regioni e del privato”*.

Proprio in riferimento alle zone disagiate l'AUSLTSE, a seguito del confronto con le OO.SS. della dirigenza dell'Area Sanitaria e d'intesa con esse, ha adottato con delibera il Regolamento sulla mobilità interna e sulla continuità assistenziale, **con l'impegno delle parti ad omogeneizzare i regolamenti aziendali coerenti** con quanto definito, anche in modo innovativo, e di **definire e reperire le risorse adeguate**. L'intesa, richiamando esplicitamente la DGRT 1200/2016, anche per le modalità prioritariamente su base volontaria ed incentivata, stabiliva (Art.4) *“Nel caso si verifichi l'impossibilità accertata o presunta di reperire professionisti per le sedi ‘disagiate’, al fine di evitare di scorrere le graduatorie esistenti senza buon esito, l'Azienda si riserva di procedere al reclutamento del nuovo personale, assegnandolo in una struttura di riferimento provinciale”*. L'applicazione di queste indicazioni regionali è stata operativamente non sufficiente. Pur se l'Intesa ha dato delle ulteriori indicazioni, appare utile rivedere l'Intesa per stabilire procedimenti più snelli e di valutazione dei Responsabili di Dipartimento, in quanto titolari della risorsa del personale.

B) Risorse

La Regione Toscana, in applicazione dell'Art. 6, che, tra le altre prerogative, al comma 1, lettera h) assegna alla Regione la possibilità di emanare linee guida, previo confronto sindacale, sulla "allocazione delle risorse del salario accessorio" ha provveduto in tal senso. La DGRT 175/2021 esplicita "l'intento di valorizzare i professionisti interni, ***mirando a rendere attrattive, in termini professionali ed economici, le posizioni di lavoro all'interno del SSR, evitando esodi*** verso altre regioni in cui ricorrono ***condizioni contrattuali più remunerative...*** L'afflusso di risorse ai fondi, sarà indirizzato anche a dare riconoscimento economico ai professionisti che ricoprono posizioni logisticamente e funzionalmente disagiate in strutture periferiche di piccola e media dimensione ovvero in presidi oggettivamente sottodimensionati in termine di organico".

Sempre nell'intesa sulla sospensione dello stato di agitazione del dicembre 2021, in una forte azione di controllo e monitoraggio dell'applicazione omogenea su tutto il territorio della Toscana, la Regione ha esplicitato che *"l'applicazione degli atti relativi agli accordi regionali saranno. Inseriti negli obiettivi di risultato dei Direttori Generali, Amministrativi e dei Direttori del Personale"*.

Compito di allocare le risorse per il regolare funzionamento dei servizi è istituzionalmente aziendale. La RT con la DGRT 569/2019, ***"ritenuta necessaria l'adozione di progettualità incentivanti, previste dagli strumenti normativi e contrattuali vigenti, a sostegno del personale del Pronto Soccorso, mediante la destinazione di un importo dal bilancio aziendale, commisurato al valore economico delle assunzioni attese"*** in base ad una stima del numero di unità di personale per figura professionale per raggiungere una adeguata dotazione di personale", ha deliberato di ***"vincolare"*** le aziende a favore *"del personale operante nel sistema dell'emergenza urgenza dei Pronto Soccorso ...compresi i professionisti che garantiscono accessi di tipo fast-track"*.

Il vincolo alle aziende di stanziare le risorse per le assunzioni attese al sistema dell'emergenza, compreso il fast-track e le linee guida della RT, esito del confronto sindacale regionale, sui fondi sul disagio, di cui sopra, che dovranno essere indirizzate anche a dare riconoscimento economico ai professionisti, aprono spazi ad una trattativa integrativa complessiva ed innovativa nella quale tutti gli attori possano riconoscere ognuno un proprio interesse.

I tre assi previsti dall'intesa sulla Mobilità, da implementare, sui quali dare riconoscimenti ai professionisti sono quello della formazione, quello professionale e quello economico.

AREE DISAGIATE - Azioni per i professionisti che optano per operare in sede disagiata

Garanzie su percorsi formativi di qualità (*mantenimento skills professionali*)

Lavorare in un'area periferica per un professionista significa scontare anche la scarsità della casistica, che si correla non solo con la progressione della capacità professionale, ma anche con il mantenimento della operatività del bagaglio del professionista. Ciò ovviamente ha una ricaduta sulla qualità delle prestazioni erogate.

Un professionista, nel momento in cui possa avere altre possibilità di scelta, non ha nessun interesse a incorrere in questo rischio. Ma è anche interesse precipuo del sistema SSR e dell'Azienda che il professionista non solo mantenga, ma anche migliori il proprio bagaglio culturale ed operativo.

Formazione di eccellenza in Italia e all'estero

È previsto, **in un quinquennio un corso, della durata di tre/sei mesi**, in un unico periodo continuativo oppure in periodi spezzati secondo le necessità e l'opportunità, di elevata qualificazione di formazione in un istituto italiano o estero.

L'Azienda, in base al criterio di garantire servizi di qualità anche nelle sedi periferiche, all'interno di un piano quinquennale di previsione, considerati gli sviluppi organizzativi ed anche i prevedibili pensionamenti e le mobilità, stabilisce **per singolo dipartimento le esigenze formative** che espletterà con un **bando di selezione interna** nel quale saranno criteri di **priorità nell'ordine**:

- a) i professionisti che optano per la sede periferica e non chiedono il trasferimento in una sede centrale,
- b) i professionisti assunti in sedi centrali che hanno dato la disponibilità ed effettuato proiezioni in sedi disagiate,
- c) i professionisti che accettano l'assegnazione nei presidi disagiati per un periodo di almeno tre anni,
- d) a seguire le altre categorie di professionisti.

La struttura della formazione aziendale ha negli anni negletto questa azione, che pure è stata valuta strategica per l'attrattività dei professionisti. E' necessario ribadire questa azione come fondamentale, monitorarla tramite la Commissione Paritetica Aggiornamento professionale, che deve essere presieduta dal Direttore Sanitario, limitando il ruolo della parte amministrativa della Formazione a funzione di supporto tecnico.

Le risorse sono quelle della Formazione, che per quanto ha dichiarato l'Azienda presenta già da ora capienza e può ulteriormente essere incrementato.

Pertanto, all'interno del fondo della formazione, viene previsto un apposito capitolo "Risorse per la formazione di eccellenza, con priorità per il personale assegnato alle aree disagiate" (ipotesi **riserva di almeno 300.000 €/anno del fondo della formazione**).

Il professionista, che aderisca, può **utilizzare, a norma contrattuale, le ore della formazione** (182 ore x 5 anni = 910 ore/ 6 ore e 20 minuti= 143 giorni lavorativi) + **il congedo per la formazione** di 40 giorni in 5 anni (8 giorni/anno, come previsto dall'art. 36, comma 1a per corsi di formazione), per complessivi 183 giorni lavorativi in cinque anni.

Qualora il professionista non ottemperi agli impegni presi sulla propria attività nelle sedi disagiate, **l'Azienda provvederà a recuperare** le risorse investite, sul salario di risultato o, in caso di interruzione del rapporto di lavoro con le ferie residue, le ore accumulate, ecc.

Formazione sul campo

La maggiore criticità nella formazione è quella della operatività, in particolare nelle branche chirurgiche. **Garantire un reale percorso di apprendimento operativo tutorato, sicuro e di qualità, comprese le frontiere innovative della robotica, una delle eccellenze aziendali**, può essere un formidabile valore attrattivo verso i giovani professionisti.

- Attivazione di percorsi garantiti e monitorati dalla Commissione Paritetica Formazione di proiezioni programmate dei chirurghi assegnati alle sedi periferiche, dove di norma si svolgono interventi programmati in Day Surgery o Week Surgery, nelle sedi Hub. I Direttori dell'UOC della sede Hub avranno l'obiettivo di garantire questa attività, utilizzando se necessario anche lo strumento del tutor assumendo su se stesso tale compito, o preferibilmente indicando dirigenti esperti ed in particolare i titolari di incarichi di Altissima Professionalità.
- Lo strumento è la strutturazione di **Piani Formativi Individuali** per la formazione sul campo, particolarmente per le specialità chirurgiche ed interventiste;
- Oltre il tutoraggio, **valorizzazione e incentivazione economica ai Direttori di UOC e Responsabili di UOSD che assumono tale funzione** (esempio, riserva di 100.000 €/ del fondo della formazione).

Formazione di mantenimento

Non perdere la professionalità acquisita è un obiettivo centrale per il sistema e per il professionista.

Prevedere:

- La possibilità di effettuare il periodo continuativo di un mese/anno nel servizio della sede centrale (invarianza di risorse)
- La possibilità di accedere ai servizi di guardia nelle sedi centrali in aggiuntiva (invarianza di risorse).
- ecc.

Responsabilità e monitoraggio dell'asse formazione

La formazione per i dirigenti delle aree periferiche, così come sopra articolato, va inteso come un asse strategico aziendale.

Saranno gli organi dirigenziali dell'Azienda (DS, DD, DPO) in collaborazione con i direttori/responsabili delle UO interessate a dare gli indirizzi ponendoli come obiettivi di budget. La UOC della Formazione assume il compito di organizzare i percorsi relativi. La Commissione paritetica Formazione monitora.

Valorizzazione professionale

Nell'accordo sulla graduazione degli incarichi è stato già previsto:

- Le UOSD sono considerate in fascia B (valenza professionale ed economica).
- Le UOS collocate in altro stabilimento del Presidio Ospedaliero diverso dallo stabilimento sede della UOC di ferimento, sono collocate nella fascia più alta (valenza professionale ed economica), hanno autonomia gestionale, il cui grado è articolato e stabilito nel bando di sollecitazione di interesse.
- Gli incarichi di altissima professionalità sono collocati anche nelle UOS (valenza professionale ed economica).

Occorre inoltre istituire opportunità di carriera professionale prendendo atto che ben 8 dei presidi ospedalieri su 13 sono classificati nelle aree disagiate, che hanno per altro bisogni differenti rispetto ai presidi centrali.

Occorre valorizzare questa realtà dandole anche un risvolto di carriera per i professionisti e predisporre Aree Dipartimentali almeno per l'Area Medica, Area Chirurgica, Pronto Soccorso.

Valorizzazione economica

- Tutte le UOC le UOSD, le UOS, gli incarichi professionali al di là della complessità e della collocazione hanno, ciascuno nella propria categoria, lo stesso indice di calcolo per il risultato.

Recupero spese e tempi di viaggio

Lavorare nelle aree disagiate per i professionisti significa anche dovere considerare le ricadute sulla propria vita familiare e di relazioni. Pertanto, abitualmente l'area periferica non è quasi mai anche sede di residenza del professionista.

Recupero delle spese trasporti e tempi di viaggio

Occorre considerare che il professionista che presta servizio nelle aree periferiche, ha ricadute negative:

- per le **spese di trasferimenti** (per una distanza complessiva di 150 Km A/R. si calcola in circa 7000 €/anno per i trasporti, senza considerare la volatilità del prezzo della componente energia);
- di **tempo consumato per recarsi al lavoro**, in media 2 ore/die per 150 km (considerando una media di 5 giorni di servizio in presenza per 50 settimane, corrispondono a 250 ore, ovvero considerando il solo stipendio tabellare che è stabilito in 47.015,77 € per i medici (CCNL 2024, Art. 61, comma 3), diviso l'orario annuo contrattuale di 1976 ore, per un costo orario di 23,79 € = 5.948,35);
- di **rischio in itinere** non quantizzabile ma che è correlabile al tempo del trasferimento, allo stato della viabilità, allo stato psicofisico in cui si affronta il trasferimento (per esempio, dopo una guardia notturna o durante i trasferimenti per le reperibilità notturne).

Senza considerare il rischio in itinere, il professionista deve mettere nel conto la **spesa di 5.000-13.000 € per recarsi al lavoro** (oltre due stipendi lordi!). Soluzione non facile, ma senza il recupero di tali risorse spese è del tutto illusoria qualsiasi soluzione prospettata.

Ipotesi su cui lavorare:

- 1) Attivazione della **Attività Aggiuntiva maggiorata ad 100 €** sulla base dell'emergenza-PS (DGRT 532/2023), criterio che ha come precedenti la legge in relazione al COVID, la DGRT per lo smaltimento delle liste di attesa.

La DGRT 569/2019 ha vincolato le Aziende a destinare le risorse non spese per impossibilità di coprire gli organici alla stessa struttura.

La DGRT 959/2024 che recepisce il confronto regionale, enumera tra le possibilità di elevazione a 100 € l'Attività Aggiuntiva *“in caso di dover garantire i servizi negli stabilimenti collocati in zone disagiate o poco attrattive”* (Allegato, pag 7, punto c 3);

Poiché il costo medio del dirigente medico – prendendo i dati del bilancio consuntivo del 2024 della spesa stipendiale di 169.716.339/1502 per Medici e Veterinari a tempo indeterminato in servizio – corrisponde a di 112.993 €/anno, diviso per le 1976 ore contrattuali del dirigente corrisponde a 57,18 € ora. Se invece si prendono in considerazione solo le 1560 ore (AGENAS, portale Mds) utilizzabili per l'assistenza, il costo orario è quantizzabile in 72,43 € ora. Un progetto obiettivo che portasse l'attività Aggiuntiva a 100 € sulla base del precedente per il disagio del PS (DGRT 532/2023) e per carenza di personale nelle aree disagiate (DGRT 959/2024) dovrebbe essere amministrativamente sostenibile, infatti la pre-intesa contrattuale, che porta l'Attività Aggiuntiva a 80 €/ora, prevede anche la possibilità di elevarla a 100 €.

Un servizio di 12 ore al mese per 12 mesi in PA assicurerebbe un abbattimento del costo di **2.880€**. Questo percorso darebbe un benefit a tutti i professionisti che operano sia stabilmente che in proiezione nelle situazioni di disagio.

2) Rendere stabile il riconoscimento, come **attività aggiuntiva, del tempo di passaggio delle consegne**, per la guardia è per la continuità assistenziale diurna feriale, per i dirigenti non residenti nella zona-distretto, **oltre i 50 km**, utilizzando le ore in eccesso registrate e avallate dal Direttore/Responsabile, secondo le modalità previste dal Regolamento sull'orario. Ponendo 30 minuti per il passaggio complessivamente per la guardia notturna e diurna festiva e 30 minuti per la continuità assistenziale diurna, sarebbero 365 ore/anno x 80€ del nuovo contratto = 29.200 € per struttura. Nell'ipotesi minima che per ogni UO, siano residenti oltre i 50 km circa la metà dei dirigenti ed arrotondando si può presumere un costo per UO di 15.000€ ed un benefit per dirigente di **5.000 €**.

In totale con queste azioni si potrebbero recuperare/ammortizzare almeno 7.500 €/anno.

Conciliazione tempi di vita e di lavoro

Ridurre le presenze in servizio razionalizzando i Piano di Lavoro Mensili

La conciliazione dei tempi di vita e di lavoro, che anche tra la dirigenza ha riverberi importanti sulle esigenze familiari e le cure parentali per la presenza importante della dirigenza femminile, è obiettivo dichiarato delle norme europee, nazionali e contrattuali. Occorre pertanto porsi l'obiettivo di ridurre quel peso del viaggio che si è calcolato anche di 250 ore per anno.

Occorre pertanto predisporre i Piani di Lavoro mensili, accorpando le presenze per quanto è possibile nel garantire prestazioni in sicurezza; in ogni caso è da proscrivere il lavoro spezzato.

Predisporre servizi di ospitalità

- Possibilità di pernottare in caso di necessità nella struttura ospedaliera per servizi come la Pronta disponibilità o per le condizioni climatiche (neve ecc)
- In alternativa convenzioni a prezzi calmierati per eventuali pernottamenti in albergo
- Convenzioni per servizio ristorazione nelle ore serali o festivi per eventuali necessità

Attivare le attività da svolgersi in Lavoro da Remoto, prioritariamente per le aree disagiate

Nel settore dell'assistenza lo spazio per lo Smart Working è ad oggi limitato ma con prospettive di ampliamento legate agli sviluppi della telemedicina.

Allo stato ogni attività clinico-assistenziale che, con le opzioni di televisita o teleconsulto ovvero telerefertazione, può essere svolta in sicurezza e garanzia di privacy andrebbe potenziata, al fine da ridurre spostamenti non strettamente necessari dei professionisti e mantenimento di servizi al target di popolazione finale. Tali attività possono essere svolte dalla sede aziendale più prossima al domicilio del professionista, riducendo i tempi inutili di spostamento, il disagio ed il rischio in itinere dei professionisti, nonché il carico ambientale legato al pendolarismo (azioni ecosostenibili).

Inoltre, alcune attività burocratiche sono eleggibili e programmabili:

- La formazione obbligatoria aziendale, almeno parzialmente può essere strutturata per in modalità teleconferenza*
- Le riunioni di reparto per chi non in servizio lo stesso giorno*
- Gli Audit per chi non è di servizio lo stesso giorno*
- Gli MMR per chi non è di servizio lo stesso giorno*
- La chiusura delle Cartelle Cliniche*
- Altro da valutare nelle singole UO.*

La possibilità di svolgere da domicilio ovvero dalla sede AUSL più prossima alla propria residenza queste attività consente un approccio più “smart” al lavoro, riducendo il disagio del pendolarismo, con ricadute sulla qualità della vita, sull’ambiente, oltre a risparmio economico per il professionista (quantificabile sulla base delle distanze ma non inferiore a 1500 euro nette/anno).

Tale approccio sarebbe un importante strumento di welfare in caso di familiari o figli minori a carico ovvero maternità/paternità, dato non trascurabile in considerazione della prevalenza femminile in ambito medico.

Si potrebbe così ridurre la mobilità complessiva di A/R dai 5 giorni di media a 3-4 giorni di media.

Ridurre il numero/tempo dei viaggi in funzione dell'età

Prevedere azioni che attenuino il peso dei trasferimenti.

Attivare l'esenzione delle guardie notturne oltre i 62 anni

Azione, attivabile a richiesta, che incide sul rischio stress correlato

Attivare l'esenzione delle reperibilità oltre i 50 anni

Azione, attivabile a richiesta, che incide sul rischio stress correlato e sul rischio in itinere.

Ridurre le distanze casa/lavoro a partire dei 55 anni

Possibilità di avvicinarsi al domicilio, anche in relazione progressiva con l'avanzare dell'età, per le attività rese disponibili nell'area di residenza/domicilio familiare (accessi specialistici nei servizi territoriali, ambulatori ecc),

Tali azioni possono essere una prospettiva di ridurre progressivamente il peso ed il rischio dei viaggi, che aumentano con l'età.

Benefit alloggi

Alloggi a disposizione di chi sceglie il domicilio in sede disagiata.

In caso di disponibilità di strutture abitative idonee, metterli a disposizione a prezzo calmierato dei professionisti, così come prevede l'Art 22, CCNL 10.02.2004, co.2, tutt'ora in vigore: *“L'Azienda, con oneri a proprio carico, può disciplinare per speciali esigenze connesse al particolare tipo di mansioni svolte da categorie di dirigenti preventivamente individuate l'uso di alloggi di servizio”.*

Welfare aziendale

Riservare una quota prestabilita delle risorse del welfare aziendale agli optanti per le aree periferiche. Per esempio garanzie sui mutui, borse di studio per i figli ed altro.

AREE DISAGIATE - Scelta su base volontaria incentivata del lavoro in “proiezione”

Ruolo centrale delle proiezioni dalle aree centrali alle aree disagiate

Proiezione di professionisti dalle sedi centrali

Per garantire servizi di qualità in loco, nell’ambito di una concezione di rete in entrambe le direzioni – dalla periferia al centro, ma anche dal centro alla periferia – si devono prevedere (vedi Regolamento su mobilità e continuità assistenziale) possibilità di proiezioni di professionisti delle aree centrali alle periferie.

Esse possono articolarsi in due categorie.

Proiezione di professionisti per garantire la continuità assistenziale in carenza di personale

Proiezione su bando annuale

Questo **asse è strategico e prioritario**, perché senza la libera, fattiva e convinta collaborazione in rete dei professionisti assunti nelle aree centrali, è letteralmente impossibile dare soluzione alla continuità assistenziale di qualità nelle aree disagiate.

Azioni di imperio come l’ordine di servizio, che pure a volte è inevitabile, non è infatti la risposta per un governo strutturale sostenibile della stessa.

L’Azienda – con, a suo tempo, l’impegno convinto e determinate del Dipartimento del Personale - ha ben compreso questo passaggio, che infatti è al centro delle azioni previste dal regolamento sulla mobilità, l’applicazione del quale ha permesso di superare la fase critica recente.

Occorre trovare soluzioni ad alcune criticità emerse, a paure al momento non oggettivate, ma che comunque occorre fugare. Occorre investire ulteriormente su tale asse per rafforzarne l’attrattività.

Prioritario è ribadire, e garantire con una formale dichiarazione della Direzione, la libera adesione al percorso, ritirabile in qualsiasi momento; in nessun modo, larvato o manifesto, e per nessun motivo forzabile. Le azioni che contraddicano tale principio di libera e consapevole adesione verrà considerata come maladministration a causa del danno arrecato all’Azienda.

L’**adesione volontaria** si può esplicitare, preventivamente, al momento del bando:

- solo per l’attività aggiuntiva
- per un misto di attività aggiuntiva ed in orario contrattuale (entrambe da quantizzare)
- solo per una parte da quantizzare in orario contrattuale.

Restando inteso che la proiezione in orario contrattuale considera il tempo di trasferimento orario lavorativo, a norma del servizio interno; per il disagio viene corrisposto **100€ a proiezione** sia per l'orario in aggiuntiva che in orario contrattuale.

Proiezione di struttura

La seconda categoria è quella, in una visione di attività in rete bidirezionale, della proiezione di attività specialistiche dislocate in sede centrali, di area dipartimentale, comprendenti UOSD e Altissima professionalità dipartimentale. Questa possibilità deve essere con chiarezza **prevista nel bando di interesse, definiti i limiti, gli eventuali benefit associati al risultato**. Ciò ha il duplice effetto di rendere vivo lo stabilimento e di dare risposte ai cittadini agevolandone l'accesso ai servizi.

AREE DISAGIATE - AZIONI DI RIORDINO DELLE SEDE DI ATTRIBUZIONE (APPROCCIO AZIENDALE)

Nodo da affrontare in trasparenza e fugare ogni dubbio: contemperare la necessità aziendale di assumere in sedi centrali, per evitare di perdere i professionisti che non accettano l'assunzione nelle aree periferiche, con ricadute negative sui professionisti già assunti.

La riorganizzazione delle rete non può, a prescindere dalle considerazioni precedenti riguardo i due asset suggeriti per le aree disagiate (professionisti attribuiti a quelle sedi, professionisti in proiezione volontaria) derogare alla necessità aziendale di assumere nelle sedi centrali, al fine di evitare di perdere professionisti che non accettano l'assunzione in aree periferiche, con ricadute negative sui dirigenti medici in servizio (in termini di carichi di lavoro).

Sta emergendo in alcune UO di Presidi Ospedalieri centrali/di riferimento la paura di ricadute sull'organizzazione del lavoro ed in particolare obbligo/costrizione dei professionisti già da tempo assunti in tali strutture a causa dell'assegnazione, nelle stesse strutture centrali/di riferimento, dei professionisti neoassunti, che non hanno accettato l'assunzione nelle aree periferiche. Occorre fugare ogni dubbio in proposito sui criteri di libera e consapevole adesione alla proiezione, che può essere obbligata solamente con ordine di servizio, che, come prescrivono le norme che lo prevedono, è per la funzione, temporaneo, personale.

Sarebbe opportuno un **regolamento/indirizzo per prevedere categorie che eventualmente andrebbero escluse dall'atto estremo dell'ordine di servizio**, per esempio stabilendo che, pur coinvolgendo l'ordine di servizio di norma tutti i dirigenti di una UO, nel caso delle proiezioni in rete per questo caso specifico siano esclusi di norma i professionisti over 50, in applicazione delle buone pratiche di age-diversity management.

Il disagio professionale

Meglio sarebbe dire il disagio del professionista, che ha varie sfaccettature e tutte importanti.

Il SSN ed i vari SSR sono stati avviati e sono convissuti per i primi 40 anni con la pleora medica, che rendeva ambite anche sedi impossibili. In un momento in cui specialisti mancano, inevitabilmente cambiano le condizioni del "mercato" del lavoro. L'AUSLTSE vive addirittura la difficoltà di coprire gli organici di ospedali maggiori di riferimento provinciale, come Arezzo e Grosseto, per non parlare di Nottola, che ha guadagnato l'etichetta di Ospedale disagiato per la logistica. Il disagio del professionista ha molte sfaccettature:

- Disagio professionale, collegato alla casistica,
- Disagio professionale, collegato alla strumentazione di cui possono essere dotati tali ospedali;

- Disagio professionale, collegato alle scarse possibilità di carriera gestionale e professionale;
- Disagio conseguente al timore di non potersi spostare verso aree più attrattive, in ragione del benessere dell'Azienda in caso di trasferimento interaziendale, cosa che fa emergere una specie di paura di moderna "servitù della gleba";
- Disagio economico per le minori oggettive opportunità di esercitare l'ALPI
- Disagio economico per gli spostamenti dalla sede di domicilio per raggiungere la sede di lavoro, per i costi da sostenere: calcoli approssimativi ma realistici portano ad una spesa di oltre due stipendi ogni anno per i costi degli idrocarburi e dell'ammortizzamento del mezzo di trasporto, assolutamente necessario per la carenza di mezzi di trasporto pubblico.
- Disagio economico-esistenziale-relazionale per lo spreco del tempo nei trasferimenti sede di abitazione e di lavoro.
- Disagio rischio in itinere.

Nell'AUSLTSE il tema della adeguata copertura dei servizi istituiti, come già detto, è posto da tempo e la consapevolezza della gravità della carenza di personale per rifiuto dei neoassunti a coprire posti nelle aree periferiche, ha portato alla condivisione di un regolamento innovativo, che è stato accolto con interesse anche al di fuori della AUSLTSE.

Liberare dalla paura di una "neo-servitù della gleba" con percorsi trasparenti e tempi certi per cambiare sede e trasformare il disagio in opportunità di formazione, di carriera, economica è stata l'idea guida di questo percorso. Tema che ha trovato un primo riscontro nel confronto RT/OO.SS. della dirigenza Sanitaria già nel 2019, quando incominciava a presentarsi la carenza degli specialisti.

Argomento declinato, dalla Regione Toscana con la DGRT 826/2023, denominato Progetto Elba, con molte azioni concrete innovative, che la Regione Toscana annuncia che saranno integrate e trarranno maggior forza dal più ampio programma regionale di "riorganizzazione degli ospedali di base, attualmente in fase di elaborazione".

APPENDICE 1 - Norme di riferimento

1) Accordo Regione Toscana/ OO.SS. della Dirigenza Medica del 25 novembre 2008, riguardante la continuità assistenziale nel contesto ospedaliero (la cui validità è stata confermata dalla DGRT 959/2024). L'Accordo precisa, al punto 5, paragrafo IV, che **“negli ... ospedali ... con un bacino di riferimento indicativamente minore di 15.000 accessi annui al pronto soccorso, lo standard organizzativo è demandato alla trattativa locale”**.

2) DM 70/2015. SINTESI DI COSA DEVE GARANTIRE IL PO DI AREA DISAGIATA

In tali presidi ospedalieri occorre **garantire una attività di pronto soccorso, presidiato da un organico medico dedicato all’Emergenza Urgenza, con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto**

- possibilità di eseguire indagini radiologiche con telerefertazione
- possibilità di eseguire indagini laboratoristiche di PS presenza di una emoteca
- **un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;**
- **una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day Surgery o eventualmente in Week Surgery, pronta disponibilità.**

DM70/2015

9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso

È la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2. La funzione di pronto soccorso e' 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'*

Deve essere dotato di letti di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.) proporzionali al bacino di utenza e alla media degli accessi.

Può essere prevista la funzione di Pronto soccorso, come descritta, in presidi ospedalieri di aree disagiate (zone montane, isole) anche con un numero di abitanti di riferimento inferiore ad 80.000.

9.2.2 Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate

Le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere presidi ospedalieri di base per zone particolarmente disagiate, distanti più di 90 minuti dai centri hub o spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace.

I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile.

*Per centri hub and spokes si intendono **anche quelli di regioni confinanti** sulla base di accordi interregionali da sottoscrivere secondo le indicazioni contenute nel nuovo patto per la salute 2014-2016.*

Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare.

Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici

dedicate.

In tali presidi ospedalieri occorre garantire una attività di pronto soccorso con la conseguente disponibilità dei necessari servizi di supporto, attività di medicina interna e di chirurgia generale ridotta. Essi sono strutture a basso volume di attività, con funzioni chirurgiche non prettamente di emergenza e con un numero di casi insufficiente per garantire la sicurezza delle prestazioni, il mantenimento delle competenze professionali e gli investimenti richiesti da una sanità moderna. Tali strutture devono essere integrate nella rete ospedaliera di area disagiata e devono essere dotate indicativamente di:

- un reparto di 20 posti letto di medicina generale con un proprio organico di medici e infermieri;
- una chirurgia elettiva ridotta che effettua interventi in Day surgery o eventualmente in Week Surgery con la possibilità di appoggio nei letti di medicina (**obiettivo massimo di 70% di occupazione dei posti letto per avere disponibilità dei casi imprevisti**) per i casi che non possono essere dimessi in giornata; la copertura in pronta disponibilità, per il restante orario, da parte dell'equipe chirurgica garantisce un supporto specifico in casi risolvibili in loco;
- un pronto soccorso presidiato da un organico medico dedicato all'Emergenza-Urgenza, inquadrato nella disciplina specifica così come prevista dal D.M. 30.01.98 (Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza) e, da un punto di vista organizzativo, integrata alla struttura complessa del DEA di riferimento che garantisce il servizio e l'aggiornamento relativo. **È organizzata in particolare la possibilità di eseguire indagini radiologiche con trasmissione di immagine collegata in rete al centro hub o spoke più vicino**, indagini laboratoristiche in pronto soccorso. È predisposto un protocollo che disciplini i trasporti secondari dall'Ospedale di zona particolarmente disagiata al centro spoke o hub.

È prevista la presenza di una emoteca.

Il personale deve essere assicurato a rotazione dall'ospedale hub o spoke più vicino.

3.1 Standard

Nota, punto 2. calcolo del numero corrispondente di posti letto normalizzati (pubblico e privato) presupponendo un utilizzo efficiente di ciascun posto letto (**tipicamente un utilizzo medio tra l' 80% e il 90% durante l'anno**); il calcolo è effettuato per una sua applicazione sia per l'intera regione sia per le aree omogenee della regione ed è articolato anche per singola specialità;

3) La DGRT 1200/2016, recependo i risultati del confronto con le OO.SS. aveva emanato nelle linee di indirizzo su assegnazione, mobilità ed incarichi, specifiche direttive per la copertura degli organici delle aree disagiate.

"In ogni caso - prescrive la Regione Toscana - le Aziende devono assicurare un organico adeguato alle attività da svolgere e dedicato alla sede carente, anche nelle zone disagiate.

Nell'impossibilità accertata di reperire professionisti per quella sede, le Aziende potranno assumere il personale necessario gestire quella periferica disagiata presso la struttura di riferimento territoriale e gestire quella periferica disagiata attraverso una opportuna proiezione di professionisti secondo le modalità di cui al precedente capoverso ("Le attività svolte presso strutture organizzative diverse da quelle di assegnazione sono effettuate in prima istanza su base volontaria, incentivata" ...). Ciò al fine di assicurare un elevato standard assistenziale ed una qualità professionale adeguata, tenendo conto del fabbisogno di personale e delle attività svolte dalle strutture interessate".

4) AUSLTSE, DDG 1093/2020

Proprio in riferimento alle zone disagiate l'AUSLTSE, a seguito del confronto con le OO.SS. della dirigenza dell'Area Sanitaria e d'intesa con esse, ha adottato con delibera 1093/2020 il Regolamento sulla mobilità interna e sulla continuità assistenziale, con l'impegno delle parti ad omogeneizzare i regolamenti aziendali coerenti con quanto definito, anche in modo innovativo, e definire e reperire le risorse adeguate.

5) L'articolo 96 del CCNL/2019, come richiamato dall'Art. 74, comma 1 del CCNL/2024, al comma 5 elenca i possibili **usi del fondo**: indennità di pronta disponibilità, di straordinario, di guardia, di servizio notturno e festivo, di rischio radiologico, di polizia giudiziaria, di bilinguismo. Il CCNL 2024, aggiunta Indennità di Pronto Soccorso (art.79)

6) DGRT 569/2019 - Oggetto Provvedimenti per il riconoscimento del valore dell'impegno del personale attualmente impegnato nei Pronto Soccorso regionali in relazione alle attuali carenze di organico.

La Giunta Regionale delibera:

* di **IMPEGNARE** le aziende sanitarie all'**adozione di progettualità incentivanti**, previsti dagli strumenti normativi e contrattuali vigenti, **a sostegno della professionalità del personale del Pronto Soccorso mediante la destinazione di un importo da bilancio aziendale, commisurato al valore economico delle assunzioni attese in base ad una stima del numero di unità di personale per figura professionale per raggiungere una adeguata dotazione di personale;**

* di **vincolare** le aziende del SSR ad utilizzare, a partire dal 2019 e **per il periodo di durata della situazione di criticità nel sistema dell'emergenza urgenza**, le somme per le progettualità di cui sopra reperite attraverso attribuzioni a valere sul fondo indistinto, calcolate sul delta tra le rispettive attuali consistenze degli organici della dirigenza medica e del comparto nei servizi del sistema di emergenza urgenza, ed in particolare dei Pronto Soccorso, e le dotazioni attese;

* di precisare che tale importo, distribuito tenuto conto dei volumi di attività attesi, delle dotazioni di personale dei singoli Pronto Soccorso e delle tipologie di competenze e funzioni assegnate, verrà destinato al finanziamento di progetti incentivanti **per il personale della dirigenza medica e del comparto attualmente operante nel sistema dell'emergenza urgenza, ed in particolare nei Pronto Soccorso della Toscana, che svolga attività assistenziale articolata sulle 24 ore - compresi i professionisti che garantiscano accessi di tipo fast-track di cui alla dgr 806/2017- finalizzati**, in quota parte, anche ad assicurare la formazione on the job del personale neo assunto e neo inserito;

* di raccomandare alle aziende, per le caratteristiche dell'attività del Pronto Soccorso, una **adeguata valorizzazione del personale nell'ambito dell'applicazione degli strumenti contrattuali** espressamente previsti quali l'articolo 27 del CCNL 1998-2001 e 16 del CCNL 201-2019.

7) DGRT 175/2021. La Regione Toscana, in applicazione dell'Art. 6 (Art. 7 del CCNL 2024,) che, tra le altre prerogative, al comma 1, lettera h) assegna alla Regione la possibilità di emanare linee guida, previo confronto sindacale, sulla "allocazione delle risorse che finanziano il salario accessorio previste da specifiche disposizioni di legge..." ha provveduto in tal senso. La DGRT 175/2021 esplicita "l'intento di valorizzare i professionisti interni, **mirando a rendere attrattive, in termini professionali ed economici, le posizioni di lavoro all'interno del SSR, evitando esodi verso altre regioni in cui ricorrono condizioni contrattuali più remunerative ...** L'afflusso di risorse ai fondi, sarà indirizzato anche a dare riconoscimento economico ai professionisti che ricoprono posizioni logisticamente e funzionalmente disagiate in strutture periferiche di piccola e media dimensione ovvero in presidi oggettivamente sottodimensionati in termine di organico".

8) DGRT 657 del 21/06/2021 Oggetto: Indirizzi per il funzionamento del sistema di emergenza urgenza regionale.

Indirizzi per garantire i servizi di PS nel **periodo estivo**

- **coinvolgimento, adeguatamente formalizzato**, delle altre discipline specialistiche equipollenti

- **accordi di area vasta**, prevedendo rotazioni e forme di copertura flessibile tra i diversi presidi di PS.

9) Nell'intesa del dicembre 2021 sulla sospensione dello stato di agitazione, la Regione Toscana unitamente alle OO.SS. hanno convenuto che *“la particolare condizione di carenza di personale medico dei prossimi anni impone comunque una **duplice attenzione**: collocare i professionisti dove vi è reale bisogno assistenziale, ma impedire al contempo che il SSR perda professionisti a favore di altre regioni e del privato”*.

Sempre nell'intesa sulla sospensione dello stato di agitazione, in una forte azione di controllo e monitoraggio dell'applicazione omogenea su tutto il territorio della Toscana, la Regione ha esplicitato che *“l'applicazione degli atti relativi agli accordi regionali saranno inseriti negli obiettivi di risultato dei Direttori Generali, Amministrativi e dei Direttori del Personale”*.

10) DGRT 596 del 23 maggio 2022, Indirizzi riorganizzazione tra Medicina d'Urgenza (DEA) e Area Medica per la sostenibilità accessi al PS

- presa in carico precoce (*admission room*)

11) DGRT 532/2023 Oggetto -Indirizzi operativi per prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali della Regione Toscana

12) CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Il contratto nazionale, in ultimo anche il CCNL/2024, assegna la potestà alle regioni, previo confronto regionale Art. 7, comma 1k, di emanare linee guida di indirizzo su *“i criteri generali sulla programmazione dei servizi di emergenza ed in particolare, pronta disponibilità e guardia”*.

13) DGRT 959/2024, nel punto 7, lettera k dell'Allegato richiamando l'accordo sulla sospensione dello stato di agitazione firmato in data 5/9/2022 tra OO.SS. della dirigenza dell'area sanità e l'amministrazione regionale, ricorda e conferma l'impegno che recita: **“Riorganizzazione Ospedali di Base: Costituire un tavolo di confronto regionale con l'intersindacale della Dirigenza dell'Area Sanità Toscana sul progetto regionale di realizzare un nuovo modello organizzativo della rete ospedaliera che affronti in particolare le attività da sviluppare nella rete degli “Ospedali di Base” e di “Base in zone disagiate”, nell'ottica di garantire l'efficacia, la sicurezza delle cure, concorrere all'abbattimento delle liste di attesa, il miglioramento dei servizi resi e il rispetto delle norme contrattuali e della legislazione vigente valutando anche la possibilità di garantire migliori condizioni di lavoro anche attraverso una valorizzazione economica e professionale del personale impegnato”**.

14) DGRT 6/2023. Attivazione di un Centro Medico Avanzato H12 per 7 gg, presso il PO Serristori.

15) DGRT n. 826 del 17/7/2023, Progetto “Anch'io all'Elba”

APPENDICE 2 - Tabelle

Tabella 1 - Classificazione PO

Tabella 2 - Popolazione effettiva che accede ai servizi

Tabella 3 - Andamento accesso ai PS

Tabella 3.1 - Rapporto medico/pazienti (Confronto attività di PS)

Tabella 3.2 - Tempi medi assistenza (DGRT 806/2017)

Tabella 3.3 - Tempi assistenza erogati nel Quintetto 2024

Tabella 3.4 - Tempi teorici e tempi reali

Tabella 3.5 - Personale assegnato

Tabella 4 - Posti letto,

Tabella 4.1 - Tasso occupazione posti letto

Tabella 4.2 - Ricoveri in area medica,

Tabella 5 - Sintesi risultati indagine CP sui PS del 2018

Tabella 5.1 - Tasso standard per età accessi ai PS dei comuni dell'AVTSE, per area provinciale

Tabella 6 - Raffronto attività PS anno 2024

Tabella 6.1 - Supporto amministrativo costi e benefici

Tabella 6.2 - Risorse dell'ACN per i MMG in relazione con cronicità

Tabella 7 - Andamento accessi PS 2017-2024, pag 23

Tabella 7.1 - Tempi di assistenza

Tabella 7.2 - Rapporto PS-Radiologia anno 202

Tabella 8 - Risorse per professionisti operanti in PS senza aggiunta di orario

Tab. 9 - Risorse non spese per mancato adeguamento personale medico x 806

Tabella 10 - spese "inappropriate"

Tabella 11 - Costi implementazione DGRT ed azioni specifiche aggiuntive aziendali

Tabella 12 - Risparmi per mancata assunzione PS Quintetto

Tabella 13 - Risorse effettivamente risparmiate al netto dell'Attività Aggiuntiva

Tabella 14 - Risorse teoriche per mancata assunzione medici PS e PS-relati AUSL TSE

Tabella 14.1 - Risorse teoriche recuperabili da riorganizzazione

Tabella 14.2 - Sintesi risorse attivabili (da risparmi, spese improprie o razionalizzabili)

Tabella 15 - Cause di malessere organizzativo nei PS dell'AUSLTSE

Tab. 16 - Andamento accessi PS. Negli 8 ospedali periferici

Tabella 16.1 - PO e numero di accessiPS/anno (Classificazione Intesa RT/OO.SS. 25/11/2008)

Tabella 17.1 - Distanze comuni aree disagiate da PO di area, centro Hub/Spocke

Tab. 17.2 - Dirigenti presenti negli ospedali del quartetto (dati da verificare).

Tabella 17.3 - Costi aggiuntiva per garantire turnazioni con le risorse assegnate

Tabella 20 - Attività chirurgica negli ospedali dell'Ottetto

Tabella 20.1 - Ricoveri CHIRURGICI MDC (Maior Diagnostic Category)

Tabella 20.2 - Distribuzione popolazione e degli over 65 nei capoluoghi e nelle aree periferiche.

Tabella 1. Classificazione PO della AUSLTSE

PRESIDIO OSPEDALIERO	CLASSIFICAZIONE			
	DM 70	ACCORDO RT/OO.SS 2008 (convalidato 2024)	AUSLTSE	DDG 1093/2020
PO Arezzo	I Livello	Di Riferimento	I Livello	-----
PO Grosseto	I Livello	Di Riferimento	I Livello	-----
PO Montevarchi	I Livello (2019)	Zonale (II)	Zonale	-----
PO Campostaggia	Base	Zonale (II)	Zonale	-----
PO Nottola	Base	Zonale (II)	Zonale	Disagiato
PO Orbetello	Base	Zonale (III)	Territoriale	Disagiato
PO La Fratta	Base	IV	Territoriale	Disagiato
PO Massa Marittima	Base	IV	Territoriale	Disagiato
PO Abbadia S Salvatore	Disagiato	IV	Prossimità	Disagiato
PO Bibbiena	Disagiato	IV	Territoriale	Disagiato
PO Castel del Piano	Disagiato	IV	Prossimità	Disagiato
PO Pitigliano	Disagiato	IV	Prossimità	Disagiato
PO San Sepolcro	Disagiato	IV	Territoriale	Disagiato

Tab. 2 - POPOLAZIONE EFFETTIVA che accede ai servizi ospedalieri AVTSE

Componenti	Presenze tot.	Presenza in giorni
POPOLAZIONE RESIDENTE	809.138	809.138
POP. AVTC GRAVITANTE SU POGGIBONSI		
Certaldo > FI km 60, 58 min; Poggibonsi km 13, 18	15.664	15.664
Barberino Valdelsa > FI km 37, 42m; Poggib km 10, 13 min	4.369	4.369
POPOLAZIONE UMBRA GRAVITANTE NOTTOLA		
Castiglione del Lago > PG km 83, 1h; Nottola km 22, 28 min	14.689	14.689
STUDENTI FUORI SEDE, MILITARI	20.000 circa	20.000
LAVORATORI DOMICILIATI		
STRANIERI	86.846	86.486
TURISTI PERNOTTAMENTI PV SIENA	6.092.008	16.690
TURISTI PERNOTTAMENTI PV AREZZO	1.800.000	4.931
TURISTI PERNOTTAMENTI PV GROSSETO	5.300.000	14.520
POP. TEORICA CHE USUFRUISCE SERVIZI AUSLTSE		998.404

Tab. 3. Andamento accessi PS.

OSPEDALE	2017	2021	2024
Arezzo	75.461	52.471	64.263
Grosseto	69.057	57.750	77.046
Montevarchi	37.682	31.964	35.392
Campostaggia	30.122	23.787	27.702
Nottola	28.759	20.408	25.336
Orbetello	24.805	15.953	19.685
La Fratta	12.694	9.534	12.339
Massa Marittim	14.451	12.305	15.395
Abbadia S Salv	6.584	4.776	6.617
Bibbiena	13.735	11.474	12.993
Castel del Piano	8.181	6.333	8.960
Pitigliano	5.644	4.483	5.305
Sansepolcro	14.421	9.983	12.480
TOTALE	335.596	253.541	323.513

Tab. 3.1 Rapporto medico/pazienti (confronto attività di PS)

Accessi e carichi di lavoro nei PS dell'AUSLTSE nel 2024 (dati ARS)															
	letti	Totale	Codici 1-2		Codice 3		Codici 4-5			8-20* (con OBI)			20-8* (con OBI)		Rif
PRESIDIO	OBI	ANNO	%	numeri	%	numeri	%	numeri	die	%	Med	M/P	M		
AREZZO	20	64.263	6,42	4.126	43,52	27.967	57,46	32.170	176	76,74	4	1/39	2	1/30	a
GROSSETO	167	77.046	8,72	6.718	44,79	34.509	46,47	35.819	211	74,79	5	1/30	3	1/22	a
MONTEVARCHI	14	35.392	12,23	4.293	50,81	17.983	26,95	13.116	97	75,31	3	1/29	2	1/20	a
CAMPOSTAGGIA	4	27.702	5,07	1.404	48,42	13.413	46,49	12.885	76	71,26	3	1/19	2	1/13	a
NOTTOLA	6	25.336	5,73	1.452	42,11	11.090	52,48	12.794	69	72,09	2	1/34	2	1/13	a
Totale 5 Ospedali		229.739						106.784							
ORBETELLO ^	4	19.685	6,03	1.187	43,70	8.602	50,12	9.896	54^	81,70	1-2	1/14^	1-2	1/7^	b
MASSA MARIT	4	15.395	6,66	1.025	45,62	7.023	47,69	7.347	42	81,24	1	1/38	1	1/12	b
BIBBIENA	3	12.993	2,73	355	40,02	5.200	57,46	7.438	34	78,97	1	1/30	1	1/10	c
SANSPOLCRO	0	12.480	5,75	717	36,06	1.751	58,18	8.012	34	81,67	1	1/28	1	1/6	c
LA FRATTA	4	12.330	6,33	781	44,70	5.516	48,96	6.042	34	79,15	1	1/11	1	1/11	c
CASTELDELPIANO	2	8.960	7,91	700	45,69	4.094	46,47	4.155	25	77,04	1	1/21	1	1/8	c
ABBADIA SANSAL	2	6.617	3,82	253	38,86	2.561	57,29	3.803	18	74,59	1	1/15	1	1/7	c
PITTIGLIANO	1	5.305	4,75	253	40,19	2.132	55,06	2.920	15	76,28	1	1/12	1	1/5	c
Totale 8 Ospedali		93.692						49.593							
TOTALE AUSLTSE		323.431						156.397							

In verde i Presidi del Quartetto. *In carenza di dati più recenti disponibili, i numeri assoluti delle ore 8-20 e 20-8 sono ricavate dalle percentuali (messe in parentesi) rilevate nello studio della CP del 2018;

^ Per Orbetello, considerare la media giornaliera è improprio perché nel periodo estivo l'afflusso si impenna: indicativamente la media giornaliera nei periodi non di vacanza può essere paragonata a quella di Massa Marittima e nei periodi estivi alla media di Nottola.

§Riferimento classificazione aDM 70/2015, bRT2008, cCIA

Tab. 3.2 Tempi medi assistenza (DGRT 806/2017)

Codici (Complessità clinica assistenziale)	tempo medico/paziente (ore)	(minuti)		
		min	max	medio
1-2 Alta	1,5	90		
3 Media	0,75 – 0,80	45	48	46,5
4-5 Bassa	0,22 – 0,25	13	15	14
HDU	1,5 (riferito all'arco delle 24 h)	90		
OBI	0,75 (riferito all'arco delle 24 h)	45		

Tab. 3.3 PS Quintetto, Tempi assistenziali erogati nel 2024

Anno 2024	FTE (1509 ore assisten- ziali)	Minuti disponibili con i medici assegnati	Media medici presenti in turno	Consumo minuti con l'attuale organizzazione della turnazione	Assistenza secondo parametri DRGT 806/2017						Minuti anno secondo indirizzi DRGT 806/2017	Delta Disponibile con indirizzi Regione
					Codice 1-2- 3		Codici 4-5		OBI			
Presidio	assegn	anno	h/24	anno	Accessi	Minuti	Accessi	Minuti	pl/ann	Minuti	Necessari	DRGT 806
Arezzo	10,5	954.640	3	1.576.800	32.093	1.671.805	32.170	450.380	7.300	328.500	2.450.685	-1.496.045
Grosseto	29,5	2.670.930	4	2.102.400	41.277	2.209.008	35.819	501.466	5.840	271.560	2.982.034	- 311.104
Montevarchi	10,5	954.640	2,5	1.314.000	22.276	1.222.579	13.116	183.624	5.110	229.950	1.591.153	- 636.513
Campostaggia	8,5	769.590	2,5	1.314.000	14.817	750.064	12.885	180.390	1.460	65.700	924.331	- 154.741
Nottola	7,5	679.050	2	1.051.200	13.414	646.365	12.794	179.116	2.190	98.550	924.031	- 244.981
Totale	66,5	6.028.850		7.358.400	122.955	6.500.921	106.784	1.494.996	21.900	994.260	8.872.234	-2.843.384

Tab. 3.4 – Tempi assistenziali medi teorici e quelli realmente erogati al netto del 10% burocratico

PRESIDIO	TEMPO (minuti) LG DGRT 806			TEMPO (minuti) disponibile			TEMPO per attuale turnazione			T. DGRT 806 - Turni reali		
	Calibrato x codice, n. accessi e OBI	Medici FTE necessari	Media minuti x paz	Con Medici (FTE) dell'UO	Media minuti paz con/senza attività impropria burocratica		Reale con Aggiuntiva x garantire turnazione	Media minuti paz con/senza attività impropria burocratica		Media Minuti attività impropria burocratica	% assistenza per paz con l'attuale turnazione, con/senza attività burocratica	
					con	senza		con	senza		senza	con
AREZZO 64.263 + 7.300 OBI = 71.563	2.450.685	27,06	34,25	954.640	12	13,33	1.576.800	19,82	22,03	12,22	-35,67	-42,13
GROSSETO 77.046+5840 OBI = 82.886	2.982.234	32,93	35,97	2.670.930	28,98	32,22	2.102.400	22,84	25,37	10,60	-32,06	-36,50
MONTEV 35.392 +5110 OBI = 40.502	1.591.153	17,57	39,28	954.640	21,22	23,57	1.314.000	29,2	32,44	6,84	-17,41	-25,66
CAMPOSTAG 27.702 +1460 = 29.162	924.331	10,20	31,69	769.590	26,06	23,45	1.314.000	40,55	45,05	+13,36	+42,18	+27,95
NOTTOLA 225.336 +2190 OBI =27.526	924.031	10,20	33,56	679.050	24,66	22,2	1.051.200	34,37	38,18	+ 4,61	+13,73	+05,39
TOT. 251.638	8.872.434	97,99		6.028.850			7.358.400					

L'ultima colonna segnala che con l'attuale organizzazione dei turni dei diversi PS del Quintetto, nei tre più grandi ospedali i tempi di assistenza, del medico caricato anche delle incombenze burocratiche, sono inferiori agli indirizzi regionali del 42,13% al PS di Arezzo, del 36,50% al PS di Grosseto, del 25,66% al PS di Montevarchi. Campostaggia e Nottola presentano valori superiori agli indirizzi regionali, con possibile rimodulazione delle presenze.

Tab. 3.5 Personale PS. Confronto tra parametri regionali e turnazione attuale al 31 dicembre 2024

P.O.	Medici secondo 806/2017	Medici x Turno ora		Medici x coprire turnazione	Medici reali per UOC	Delta assegnati/ DGRT 806/2017	Delta medici x turni/assegnati
		08-20	20-08				
AREZZO	26,35	4	2	16,95	10,5	- 15,85	- 6,45
GROSSETO	33,13	5	3	22,60	29,5	- 3,63	+ 6,9
MONTEVARCHI	17,10	3	2	14,12	10,5	- 7,5	- 3,62
CAMPOSTAGGIA	9,93	3	2	14,12	8,5	- 1,43	- 5,62
NOTTOLA	9,93	2	2	11,30	7,5	- 2,43	- 3,8
Tot Quintetto	96,44	17	11	79,09	66,5	- 29,44	-13,59
Medici x copertura minima H12 x 2							
BIBBIENA	6	1	1	6	2	- 4	- 4
SAN SEPOLCRO	6	1	1	6	3	- 3	- 3
LA FRATTA	6	1	1	6	3	- 3	- 3
ABBADIA	6	1	1	6	2	- 4	- 4
CASTELD	6	1	1	6	2	- 4	-4
MASSA MARITTIMA	6	1	1	6	3	- 3	- 3
ORBETELLO	6	1*	1*	6	5	- 1	- 1
PITIGLIANO	6	1	1	6	1	- 5	- 5
Tot ottetto	48	8	8	48	21	- 27	-27
TOTALE	144,44	26	19	128,09	81,5	56,94	40,59
Non speso per mancata assunzione per parametri 806 = 56,94 FTE x 112.993 = 6.433.821 €							
Speso in attività aggiuntiva per coprire Delta necessità attuali ed assegnati = 40,59 FTE = ore 61.250 x 100 €/h = 6.125.000							

Tabella 4. Posti letto presenti nell'AVSE (Consuntivo 2024, DDG 745/2025, pag 227)

P.O.	PL teorici AVSE	TOT	Letti reali Anno 2024		PL TOT Ordinari	DELTA PL Ordinari/Teorici
			Ordinari	DH		
Ospedali AUSLTSE	3,1/1000 x 813.000 Tot = 2520 (Per la popolazione reale di	3.008	1.559 (inclusi OBI e nido)	236	2.340 (2.672 compresi OBI, NIDO + 336 DH)	- 180 (- 755 su popolazione reale)
PL ordinari + DH Privato Accreditato	998.404 =		247	16		
AOUS (Internet)	3.095 letti)		534	82		
PL Lungodegenza/Riab*	0,6 x 813.000 = 488		328		328	-160
Tasso occupazione	80-90%		77,7%*			
Degenza media	< 7 giorni		6,4			

* Il dato PL Lungodegenza/Riabilitazione è derivato dal Bilancio Consuntivo 2023.

Tabella 4.1 Tasso occupazione posti letto (giornate degenza su posti letto per 365 giorni), ARS 2024

	TASSO OCCUPAZIONE PL	INDICE ROTAZIONE
TOSCANA	67,16	34,69
AVSE	65,37	35,20
AUSLTSE	62,61	34,75
ABBADIA SS	68,32	22,04
PITIGLIANO	40,37	16,63
LA FRATTA	68,18	36,06
AREZZO	65,64	38,79
GROSSETO	67,95	37,92
SPDC c/o AOUS	82,36	29,38
AOUS	74,18	36,65
CAMPOSTAGGIA	67,57	36,71
CASTELDELPAN	53,39	16,76
BIBBIENA	58,31	33,7
MASSA MARITT	62,68	40,69
SANSEPOLCRO	56,58	36,26
ORBETELLO	60,03	32,32
MONTEVARCHI	?	36,79
NOTTOLA	62,79	32,72

Tab. 4.2 Ricoveri in Medicina Interna ed in Geriatria anno 2023 (Relaz Sanit 2023, DDG 727/2024, pag 149)

OSPEDALE	Posti Letto Area Medicina		Dimissioni e Degenza Media Ordina		PL Tasso occupazione Medicina + geriatria (c)		Medio DRG		
	Med	Ger	Dimissioni (Ordinari+DH)	Deg media ord	Med (b)	Ger	Med	Ger	
Arezzo	62	15	1249 + 188 Reu	1.084	8,16	10,47	82,10%	0,87	0,43
Bibbiena	29		1.091		8,28		85,34%	0,84	
La Fratta	31		926		8,21		67,18%	0,85	
Montevarchi	59		1.837		9,62		82,06%	0,87	
San Sepolcrocro	16		556		8,34		79,40%	0,88	
Castel del Piano	15	7	423	107	10,95	10,77	72,02%	?	0,79
Grosseto	62		2.137		7,44		70,25%	0,86	
Massa Marittima	24		1.269		6,77		98,07%	0,86	
Orbetello	24		1.022		9,01		105,11%	0,93	
Pitigliano	18		331		10,50		52,89%	0,50	
Abbadia San Salvatore	14		489		10,43		99,80%	0,72	
Campostaggi	55		2.051		10,76		109,93%	0,87	
Nottola	51		1.590		11,07		94,55%	0,86	
Totale	460	22							
MEDIA									

Tab. 5 Medie accessi nei PPSS AUSLTSE e personale teorico e realmente assegnato (sintesi relazione CP del 2018)

P.O.	Accessi anno 2017 media giorno					MEDICI 2017				INFERMIERI	
	Totale	die	Accessi 08-20	Medici 08-20	20-08	Medici 20-08	DGRT 806	Minimi Per CP	Reali	DGRT	Reali 2017
AREZZO	75.461	207	158	6	49	3	36	28	19	60	55
Bibbiena	13.735	38	28	1	10	1	10	6	10	12	15
LaFratta	12.694	35	26	1	9	1	8	6	12	16	12
Montevarchi	37.682	103	78	2	25	2	26	18	18	40	29
SanSepolcro	14.558	40	31	1	9	1	9	6	10	18	14
ParzialeAR							89	64	69	146	125
GROSSETO	69.057	189	141	5	48	3	30	28,5	23	70	56
Casteldelpia	8.181	22	14	1	6	1	4	6	5	5	15
Massa Mar	14.421	39	30	1	9	1	8	6	9	25	14
Orbetello	24.805	70	56	2	14	2	12	12	11	27	16
Pitiglia	5.644	15	11	1	4	1	3	6	2	4	12
ParzialeGR							57	58,5	50	131	113
Abbadia SS	6.584	18	12	1	6	1	3	6	4	4	12
Campostagga	30.122	82	59	2	23	2	20	15	12	30	26
Nottola	28.759	79	57	3	22	1	15	15	11	29	31
Parziale SI							38	36	26	63	69
TOTALE							184	158,5	145	340	307

Condizioni dei PS all'avvio della nuova azienda USL TSE

Tab. 5.1 Tasso standard per età per 100 degli accessi ai PS dei comuni dell'AVTSE, per area provinciale

	Tstd Regione Toscana	35,87				
	Tstd medio AUSLTSE	40,71				
	Tstd Valtiberina	33,43	Tstd VdChiana.AVD	37,49		
	Tstd Valdarno	41,73	Tstd Alta VDE	40,28	Tstd Colline Alenga	40,71
	Tstd Casentino	41,73	Tstd Zona Senese	36,49	Tstd Amiata-Metall-GR	49,95
	EX ASL 8 AREZZO	37,18	EX ASL 7 SIENA	37,63	EX ASL 8 GROSSETO	50,22
1	SESTINO	13,37	S. CASCIANO B	25,74	ISOLA DEL GIGLIO	24,85
2	BADIA TEBALDA	16,14	PIENZA	27,23	FOLLONICA	38,16
3	CETONA	27,90	CHIUSDINO	28,33	SCARLINO	43,67
4	PIEVE SANTO STEFANO	31,30	CHIANCIANO T	29,28	ROCCALBEGNA	43,91
5	MONTERCHI	32,06	CHIUSI	29,30	MONTIERI	45,33
6	MONTE SAN SAVINO	33,83	MONTALCINO	30,19	MANCIANO	45,35
7	ANGHIARI	34,05	S. QUIRICO D'ORCIA	31,75	CIVITELLA PAGANICO	45,50
8	MONTEMIGNAIO	35,31	RADDA IN CHIANTI	31,94	MONTEROTONDO	45,66
9	CIVITELLA IN VDC	35,38	SAN GIMIGNANO	33,02	CASTELL'AZZARA	46,97
10	LUCIGNANO	35,81	TREQUANDA	33,55	SORANO	47,06
11	CASTIGLION FIOREN	35,86	ASCIANO	34,55	MAGLIANO TOSCAN	47,54
12	SANSEPOLCRO	36,20	RAPOLANO T	34,70	SCANSANO	48,58
13	CAPRESE MICELAN	36,39	BUOCONVENTO	35,56	SEMPRONIANO	48,62
14	CORTONA	36,79	SIENA	36,66	MONTE ARGENTARIO	49,07
15	CASTIGLION FIBOCC	36,81	CASOLE D'ELSA	36,98	GAVORRANO	49,45
16	CAVRIGLIA	36,88	CASTENUOVO B	36,99	GROSSETO	51,23
17	AREZZO	37,12	GAIOLE IN CHIANTI	37,06	MASSA MARITTIMA	52,54
18	PRATOVECHIO-STIA	37,18	SINALUNGA	37,17	ROCCASTRADA	53,40
19	FOIANO DEL CHIANA	37,62	MURLO	38,55	ORBETELLO	55,12
20	S. GIOVANNI VALDAR	37,91	MONTERIGGIONI	38,60	SANTA FIORA	56,00
21	LORO CIUFFENNA	38,28	MONTERONI ARBIA	38,60	CINIGIANO	56,53
22	MONTEVARCHI	38,49	TORRITA DI SIENA	39,20	PITIGLIANO	56,94
23	CASTEL FOCOIGNANO	38,68	MONTEPULCIANO	40,66	CAPALBIO	60,39
24	BUCINE	39,10	CASTELLINA IN C	41,05	ARCIDOSO	64,07
25	CHIUSI DELLA VERNIA	39,21	POGGIBONSI	41,22	SEGGIANO	72,78
26	POPPI	39,62	COLLE VAL D'ELSA	42,56		
27	MARCIANO DEL CHIANA	43,29	PIANCASTAGNAIO	46,03		
28	CASTEL S. NICCOLO'	44,15	CASTIGLIONI D'O	50,09		
29	BIBBIENA	45,22	RADICOFANI	50,09		
30	CHITIGNANO	45,46	ABBADIA S.SALV	56,41		
31	ORTIGNANO REGGIOL	46,90				
32	TALLA	48,22				

Tab. 6 Raffronto attività PS anno 2024

	Totale	Codici 4-5	
PRESIDIO	ANNO	%	numeri
AREZZO	64.263	57,46	32.170
GROSSETO	77.046	46,47	35.819
MONTEVARCHI	35.392	26,95	13.116
CAMPOSTAGLIA	27.702	46,49	12.885
NOTTOLA	25.336	52,48	12.794
TOT 5 PS maggiori	229.739	46,48	106.784
TOT 8 PS minori	93.672		49.593
Totale AUSLTSE	322.519		156.379
AOUS LE SCOTTE	63.564	45,64	29.011
TOTALE AVSE	386.083	40,02	185.380

Tab. 6.1 Supporto amministrativo costi e benefici

		VALORE 10% TM	Risorse
OBBIETTIVO	- Liberare il Medico dai compiti impropri burocratici. Recupero 10% de tempo medico per l'assistenza	Recupero all'assistenza 11.934 ore = 7,9 FTE = x costo medio Medico 112.993 = 892.644 €	+ 892.644 €
	-Recupero ticket		+ 574.350€
PROGETTO	Supporto amministrativo PS del Quintetto, FTE amministrativi 18. Costo unitario 38.910 + 5000 benefit x 18 = 790.380		Costo progetto - 790.380
SALDO			+ 676.614

Tabella 6.2 - Risorse dell'ACN per i MMG in relazione con cronicità

	Over 75aa*	risorse
ART. 47 QUOTA FISSA A III) compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che abbia compiuto il 75° anno di età, pari ad Euro 31,09;	105.185	2.270.224
ART. 47 QUOTA VARIABILE B I I) quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali sulla base degli obiettivi raggiunti – incrementati di + 1,66 + 1,90 finalizzati alla presa in carico dei pazienti cronici (tot 6,64)	Over 14 709.137	4.708.669
ART 47 QUOTA VARIABILE III) quota annua derivante dalle risorse messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010, pari ad Euro 0,20 per assistito, attribuita ai medici in base al numero di assistiti in carico affetti da una o più patologie croniche	Stima patologie croniche 30%= 210.000	140.000
II) quota per assistenza domiciliare programmata (ADP) di cui all'Allegato 8 (18,90 € per accesso);	?	?
III) quota per assistenza domiciliare integrata (ADI) di cui all'Allegato 9 (18,90 € per accesso)	?	?
TOTALE		7.318.893
MMG 505 (dato Bilancio Consuntivo 2023)		15.000 circa
Risorse totali per filtro		7.110.000

*Bilancio Previsione 2024, DDG, pag 77, popolazione 809.121, over 65= 27%, over 85 = 5%, in carenza del dato degli over 75 si stima nel 13% = 105.185

Tab. 7 Evoluzione accessi ai PS del Quintetto negli anni 2017 e 2024

PRESIDIO	RIFERIMENTO ANNO 2017					RIFERIMENTO ANNO 2024				
	OBI/ HDU	ACCESSI 2017	FTE DGRT 806	FTE CP	Medici reali presenti	ACCESSI 2024	OBI 2024	FTE DGRT 806	FTE CP	Medici assegnati 2025
AREZZO	28?	75.461	35	28	27+D	64.263	16	28,3	22,6	10 + D
LA GRUCCIA	14	37.682	26	18	17+D	35.392	14	25,11	17,38	10 + D
NOTTOLA	6	28.579	15	15	10+D	25.336	6	12,22	12,22	7 + D
CAMPOSTAGGIA	4	30.122	15	15	9 + D	27.702	4	13,41	13,41	8 + D
GROSSETO	24	69.057	30	27	22+D	77.046	24	29,22	26,29	25 + D
TOTALE			111	104	87,5			108,26	91,9	42,5

Tabella 7.1 Tempi di assistenza

PRESIDIO	ACCESSI ANNO 2024																MEDICI ASSEGNATI NEL 2025
	Accessi totali anno 2024 + posti letto OBI/anno, media accessi ogni 24 ore, media accessi in orario diurni (08-20) + OBI, media accessi in orario notturno (20-08) + OBI. Medici (FTE) previsti nelle 12 ore diurne e nelle 12 ore notturne per garantire il tempo assistenza paziente indicato dalla DGRT 806/2017.							08-20. Minuti totali per codici totali + OBI diurni, tempo medio assistenziale ex 806, reale presenza medica e minuti assistenza erogabile				20-08. Minuti totali per codici totali + OBI notte, tempo medio assistenziale ex 806, reale presenza medica e assistenza minuti erogabile paziente				Indirizzi DGR 806/2017	
	totali sui codici e x paz ex 806.		FTE nei turni e tempo assistenza erogabile		Totali sui codici e x paz ex 806		FTE nei turni e tempo medio assistenza erogabile										
	Totali	OBI	die	08-20	FTE	20-08	FTE	totali	x pz	Med turn	Assis terog	totali	X paz	Medic in turn	erog	FTE	
GROSSETO	77.046 +OBI 8.760 = 85.806	24	235	176	10,43	59	3,74	7.534	38	6	24,6	2.437	41	3	32,9	40,1	25,19 + D
AREZZO	64.263 + OBI 5.840= 70.103	16	192	147	8,2	45	2,89	4.835	36	4	17,6	1.877	41	2	28,8	27,01	10 + D
MONTEVAR	35.392 + OBI 5.110 = 40.502	14	138	104	6,61	34	2,64	2.544	41	3	18,7	1.731	50	2	38	17,23	10 + D
NOTTOLA	25.336 + OBI 2.190 = 27.526	6	75	55	3,3	20	1,3	2.139	39	2	23,5	849	42	2	65	12,04	7 + D
CAMPOSTA G	27.702 + OBI 1.460 = 29.162	4	79	56	3,15	23	1,34	2046	37	3	34,7	873	38	2	56	11,76	8 + D
TOTALE																108,14	65,69

Nota - CALCOLO TEMPO EFFETTIVAMENTE EROGABILE PER PAZIENTE IN MINUTI.

Il numero dei pazienti medi nelle 12 ore, viene processato per codice, la somma dei pazienti per codice che accede nelle 12 ore viene moltiplicata per il peso in minuti di assistenza da garantire a norma della DGRT 806/29017. La somma delle ore di tutti i pazienti per codice, dà il numero reale di minuti totale da garantire. Ad essa viene aggiunta la somma della metà del tempo in minuti da garantire per ogni ricoverato in OBI.

Il numero dei medici presenti contemporaneamente nei turni delle 12 ore, viene trasformato in minuti assistenza (1 medico ha a disposizione in 12 ore 720 minuti, dedotti del 10% per le funzioni burocratiche, i minuti assistenziali disponibili per medico sono 648).

Dividendo il numero totale dei minuti assistenza medico disponibile per il numero dei pazienti, si ottiene la media dei minuti disponibili per ogni paziente.

Tabella 7.2 – Rapporto PS-Radiologia anno 2023 (Relazione Sanitaria, DDG 727/2024, pag 165)

	2023 ESAMI RADIOLOGICI ESEGUITI			ACCE SSI PS *	%	Media notte esami radiologici			Tempo/min disponibili esame referto	
RADIOLOGI	Interni Totali	PS Totali	PS die	Access	08-20	PS Notte	Int notte	Tot	min	Rapporto esami radiologici PS/Interni
AREZZO	13.932	41.523	114	63.959	23,06	26	9	35	20	2,88/1
GROSSETO	12.892	47.762	130	73.332	25,21	33	9	42	17	3,66/1
MONTEVA	6.701	29.454	81	36.066	24,29	18	4	22	32	4,5/1
CAMPOSTA	4.881	30.844	84	27.686	28,34	23	4	27	26	5,75/1
NOTTOLA	4.655	28.140	77	24.227	27,91	21	4	25	28	5,25/1
TOTALE	43061	197684	486			121	30	151		

* Relazione sanitaria 2023, DDG n. pag 127

%, percentuale delle rilevazioni, prese come riferimento in mancanza di dati recenti.

Il rapporto tra esami per immagini strumentali evidenzia l'attività delle radiologia nelle ore notturne dedicata prevalentemente alle esigenze del PS.

Tabella 8. Risorse per professionisti operanti in PS senza aumento orario

TIPOLOGIA	Fonte	PESO	
Indennità PS 1€/h (aumentabile), portata da RT a 5 €/h dal 1/1/2024	CCNL	1 € x 1509 + 40	(1.550)
	DGRT° 509/24	5,83 €/h° (in CIA)	7.750
Indennità Guardia + 20 €	CCNL	60 guardie media x 20 €	1.200
INAIL	Legge	Nel risultato	2.000
Incarichi fascia superiore	DGRT 532/23	Delta medio 2.000	2.000
TOTALE			12.954
Tutoraggio ^	DGRT 532/23	Non quantificabile^	(max 3000)
Handover 30'/turnazione	AUSLTSE	N. turni 200 x 40 €	8.000
Handover 15'/turnazione	AUSLTSE	N. turni 200 x 20 €	4.000
Tot risorse in più per il disagio del lavoro in PS, con handover 30'			+ 20.954
Tot risorse in più per il disagio del lavoro in PS, con handover 15'			+ 16.954

° Indennità PS, elevabile in contrattazione integrativa. La DGRT 509/2024, pag. 33, ha aumentato dal 1 giugno 2023 a 60 € ogni 12 ore.

^ Il tutoraggio per gli specializzandi è quantizzato a 40 €/h dalla DGRT 959/2024

La DGRT 532/2023, per il servizio al PS, prevede il tutoraggio per specializzandi e per i neoassunti nei primi 6 mesi di servizio, riconoscendola come attività formativa svolta in orario di servizio e valorizzata in 250 € mensili per tutor (nel grafico viene conteggiata la quota massima, non sommata al totale).

Tab. 9 Risorse non spese per mancato adeguamento personale medico x 806

Risorse non spese per carenza (-57,26 FTE) Medici dei 13 PS	6.469.979
Risorse non spese per carenza Radiologi	1.129.930
RISORSE TOTALI AL MOMENTO NON SPESE	7.599.909

Costo medico medio 112.993 (Bilancio Consuntivo 2024)

Tabella 10 - spese "inappropriate"

	Tutti i codici	AGENAS 22% impropri	SPRECO secondo AGENAS	Codici 4 -5	Considerand o impropri tutti accessi Codici 4-5
TOTALI AVSE	386.083	84.938	38.602.022	185.380	62.424.861
TOTALI DEL QUINTETTO	229.739	50.542	17.019.513	106.784	35.958.444
TOTALI DEI 13 OSPEDALI	322.512	70.952	23.842.376	156.379	52.659.064

Tabella 11. Costi implementazione DGRT e azioni aggiuntive AUSL-TSE

AZIONE	COSTI	
	BILANCIO	FONDI
<i>Progetto Medicina Iniziativa Ospedaliera, telemedicina</i>	20.000 (ACN?)	
<i>Assegnazione unità amministrativa PS</i>	564.732	
<i>Progetto Obiettivo Fast-Track</i>	1.000.000	
<i>Indennità Guardia pro-PS radiologi, laboratori (+ 20 €)</i>		21.120 disagio
<i>Progetto Obiettivo Comparto per discharge room</i>	121.200	
<i>Progetto Obiettivo Dirigenza admission room</i>	354.080	
<i>Istituzione in ogni PS Quintetto UOS Codici emergenza (costo aggiuntivo unitario Bilancio 5.665, Fondo 1.800)</i>	28.325	9.000 incarichi
<i>Istituzione in ciascuno dei PS del Quintetto UOS OBI</i>	28.325	9.000 incarichi
<i>Istituzione in ognuno dei 13 PS UOS rapporti MMG</i>	73.645	23.400 incarichi
<i>Istituzione incarico UOS Rapporti con PS (medicina, cardiologia, Ortopedia) nei 5 ospedali</i>	169.950	54.000 incarichi
<i>Indennità PS (5€/h) radiologia pro PS</i>	775.325	219.000 disagio
<i>Indennità Guardia Radiologi e laboratorio pro-PS</i>		85.400 disagio
<i>Indennità di Guardia nei diurni festivi per Fast-Track</i>		Da valutare
<i>Attivazione Ambulatorio Dimessi da PS, Chiusura INAIL</i>		Isorisorse
TOTALE RISORSE PER IMPLEMENTARE DGRT	2.835.337	416.920
<i>Handover PS, 30 minuti per turnazione orario contratto</i>	680.000	
<i>Handover, 15' turnazione ore contrattuali (alternativo)</i>	340.000	

Tabella 12. Risparmi per mancate assunzioni di personale PS “quintetto”

PRONTO SOCCORSO	TEMPI ASSISTENZA E FTE(1550/h/anno) NECESSARI per parametri 806/2017		FTE ASSEGNATI E TEMPI ASSISTENZIALI DISPONIBILI. Differenza tempi assistenziali e Medici attualmente assegnati				Medici necessari per coprire i turni attuali
PRESIDIO	Minuti	Medici	Medici	Minuti	Delta minuti	Delta Medici	
AREZZO	2.450.685	27,06	10,5	976.500	-1.474.185	- 16,56	16,95
GROSSETO	2.982.034	32,93	29,5	2.743.500	- 238.534	- 3,43	22,60
MONTEVARCHI	1.591.153	17,57	10,5	976.500	- 614.653	- 7,07	14,12
CAMPOSTAGNO	924.031	10,20	8,5	790.500	- 133.831	- 1,7	14,12
NOTTOLA	924.031	10,20	7,5	697.500	- 226.531	- 2,7	11,30
TOTALE	8.872.434	97,96	66,5	6.184.500	-2.687.734	- 31,46	79,09

Dati puntuali vedi Tabella 3.4 e Tabella 3.5 (Appendice 2).

I medici assegnati ai PS del Quintetto sono 66,5 FTE a fronte dei 97,96 indicati dalle Linee Guida Regionali DGRT 806/2017, ne mancano quindi all'appello 31,46 FTE. Il teorico non speso per le assunzioni dei medici necessari ammonta a $31,46 \times 112.993$ costo medio 2024 di un dirigente medico = 3.554.759. Tuttavia per coprire i turni minimi dell'attuale organizzazione non sono sufficienti i medici 66,5 assegnati essendo necessari 79,09 FTE. Pertanto mancano 12,59 FTE, corrispondenti a 18.998 ore, che sono necessariamente coperti in Attività Aggiuntiva, a 100 €/h = 1.899.800 €.

Tabella 13. Risorse effettivamente risparmiate al netto dell'attività aggiuntiva

Medici FTE mancanti nel Quintetto per parametri 806	31,46
Risorse risparmiate per mancata applicazione 806 (FTE 112.993 € media del 2024)	+ 3.554.759
Medici FTE mancanti necessari per coprire organizzazione minima attuale (Orario necessario 119.346 - 100.348 disponibile i medici assegnati) $18.998/1509 = 12,59$	12,59
Risorse risparmiate per carenza di 12,59 FTE ($112.993 \times$ FTE) per coprire turni attuali	+1.422.581
Risorse spese per coprire in attività aggiuntiva (100 € ora) la carenza di 18.998 ore	- 1.899.800
Risparmio effettivo in mancanza di applicazione parametri tempi assistenza DGRT 806/17	+ 3.077.540

Tabella 14. Risorse teoriche per mancata assunzione medici PS e PS-relati AUSL TSE

Risorse non spese per carenza Medici PS del Quintetto	3.383.010
Risorse non spese per carenza Radiologi del Quintetto	1.129.930
Risorse non spese per coprire i turni PS dell'Ottetto	3.050.811
Totale 171.749	+ 7.564.151
- SPESE	
In Attività Aggiuntiva per garantire i minimi LA organizzativi attuali	-1.433.100

Tabella 14.1 Risorse teoriche recuperabili da riorganizzazione

Voce risorsa	Entità (euro)
Recupero ticket PS	1.000.000
Accessi impropri PS AVSE (22% del totale, AGENAS)	38.602.022
Implementazione funzione di filtro dei MMG	7.000.000 (circa)
TOTALE	46.600.000 (circa)

Tabella 15. Cause di malessere organizzativo nei PS dell'AUSLTSE

PS degli Ospedali maggiori	PS ospedali area disagiata
Iperafflusso	-----
Affollamento	-----
Difficoltà alla dimissione - Verso ricovero - Verso Ospedale di Comunità - Verso domicilio a) Per resistenza b) Per carenza trasporti	Difficoltà alla dimissione - Verso ricovero - Verso Ospedale di Comunità - Verso domicilio a) Per resistenza b) Per carenza trasporti
Intensità costante dei ritmi di lavoro	-----
Impossibilità a dedicare tempi adeguati e previsti ai pazienti	-----
Aumento rischio clinico per ritmi di lavoro	Aumento rischio clinico perché PO non presenta specialistiche
Aumento rischio aggressioni	-----

Tabella 16. Andamento accessi PS. Negli 8 ospedali periferici

OSPEDALE	2017	2021	2024	PL OBI	Media (con OBI)			Medici h24
					h24	8-20	20-8	
Orbetello	24.805	15.953	19.685	4	54 [^]	14 [^]	7 [^]	1-2 [^]
La Fratta	12.694	9.534	12.339	4	34	31	11	1
Massa Marittima	14.451	12.305	15.395	4	42	38	12	1
Abbadia SSalva	6.584	4.776	6.617	2	18	15	7	1
Bibbiena	13.735	11.474	12.993	3	34	30	10	1
Casteldelpiano	8.181	6.333	8.960	2	25	21	8	1
Pitigliano	5.644	4.483	5.305	1	15	12	5	1
Sansepolcro	14.421	9.983	12.480	0	34	28	6	1

Tabella 16.1. PO toscani e numero di accessi PS /anno (Classificazione Intesa RT/OO.SS. 25/11/2008)

	Ospedali di Riferimento (PS > 50.000 accessi/anno)	Ospedali zonali		Altri Ospedali		Ospedali se senza PS	PO Totali
		PS 25.000 accessi/anno	PS < 25.000 accessi/anno	PS < 15.000 accessi/anno entro DM70	PS < 15.000 accessi/anno fuori DM70		
AUSLTC	3	4	1	0	0	1 (Serristori)	
AUSLTNO	5	0	2	?	4	1 (Barga)	
AUSLTSE	2	3	2	2	6	0	

Tabella 17.1 AUSL TSE: Distanze comuni aree disagiate da PO di area, centro Hub/Spocke

PARAMETRI DM 70/2016: distanza più di 90 minuti dai centri Hub o Spoke di riferimento (o 60 minuti da presidi pronto soccorso)					
Bacino del Presidio	Resid	Accessi PS	Tasso stand	Prima Opzione	Seconda Opzione
Abbadia S Salva	6.048	3.710	56,41	Casteldelpiano 21km, 31'	Nottola 43 Km, 50 min
Castiglione Orcia	2.146	1.108	50,09	Abbadia 22 km, 32 min	Nottola 35 km, 45 min
Piancastagnaio	3.961	1.950	46,63	Abbadia 5 km, 6 min	Nottola 48 km, 57 min
Radicofani	1.066	562	50,09	Abbadia 17 km, 25 min	Nottola 41 km, 47 min
San Quirico Orcia	2.613	*	*	Abbadia 31 km, 37 min	Nottola 30 km, 34 min
Bac H Abbadia	15.834				
Bibbiena	11.811	5.522	45,22	Arezzo 30 km, 30 min	
Castel Focognano	1.066			Bibbiena 11 km, 16 min	Arezzo 28 km, 37 min
Castel S Niccolò	2.505	1.065	44,15	Bibbiena 20 km, 27 min	Arezzo 50 km, 61 min
Chitignano	866			Bibbiena 11 km, 16 min	Arezzo 31 km, 8 min
Chiusi del Verna	1.892			Bibbiena 20 km, 29 min	Arezzo 42 km, 56 min
Montemignai	522	193	35,31	Bibbiena 23 km, 30 min	Arezzo 54 km, 64 min
Ortignano Raggi	848	302	46,90	Bibbiena 7 km, 10 min	Arezzo 40 km, 47 min
Poppi	5.851	2.374	39,62	Bibbiena 11 km, 15 min	Arezzo 41 km, 49 min
Pratovecchio-Stia	5.421	2.040	37,18	Bibbiena 16 km, 20 min	Arezzo 46 km, 54 min
Talla	969	498	48,22	Bibbiena 14 km, 18 min	Arezzo 23 km, 32 min
B Cas Bibbiena	31.651				
Anghiari	5.396	2.018	34,05	Sansepolcro 9 km, 13 m	Arezzo 26km, 35min
Badia Tebalda	973	198	16,14	Sansepolcro 27km, 35m	Città Castello 47km,45'
Caprese Michelan	1.350	545	36,39	Sansepolcro 30km, 27m	Arezzo 37km, 51min
Monterchi	1.714	585	32,06	Sansepolcro 15km, 18m	Arezzo 28km, 30min
Pieve S. Stefano	2.985	995	31,30	Sansepolcro 15km, 15m	Arezzo 50km, 48min
SANSEPOLC H	15.257	5.960	36,20	Arezzo 37 km, 38 min	Città Castello 34 km,47'
Sestino	216	178	13,37	Sansepolcro 46km, 59m	Urbino 44 km, 55 min
B VT H Sansep	28.891				
Castiglion Fiorent	12.996	4.797	35,86	Cortona 12 km, 17 min	Arezzo 19 km, 20 min
CORT FRATTAH	21.299	8.120	36,79	Arezzo 43 km, 53 min	Nottola 28 km, 26 min
Foiano de Chiana	9.105	3.451	37,62	Cortona 23 km, 29 min	Nottola 17 km, 27 min
Lucignano	3.383	1.263	35,81	Cortona 33 km, 34 min	Nottola 18 km, 25 min
Marciano Chiana	3.452	1.476	43,29	Cortona 23 km, 29 min	Nottola 29 km, 30 min
BVDC H Fratta	50.235				
Arcidosso	4.261	2.682	64,07	Casteldelpiano 3 km, 4'	Abbadia 24 km, 35 min
CASTELDLPIN	4.816	3.242	65,94	Grosseto 47 km, min 43	Abbadia 21 km, 31 min
Castell'Azzara	1.309	715	46,97	Casteldelp 28 km, 39 m	Abbadia 22 km, 32 min
Cinigiano	2.391	1.392	56,53	Casteldelp 29 km, 37 m	Grosseto 29 km, 37 min
Roccalbegna	921	413	43,91	Casteldelp 21 km, 28 m	Abbadia 33 km, 53 min
Santa Fiora	2.485	1.485	56,00	Casteldelp 10 km, 13 m	Abbadia 17 km, 25 min
Seggiano	1.016	680	72,78	Casteldelp 8 km, 13 min	Abbadia 23 km, 36 min
Semproniano	982	523	48,62	Casteldelp 26 km, 36 m	Abbadia 38 km, 60 min
BAG H Castel	18.181				
Follonica	20.542	8.142	38,16	Massa 20 km, 21 min	Piombino 27km, 30 min
Gavorrano	8.204	4.128	49,45	Massa 27 km, 28 min	Grosseto 53 km, 42 min
MASSA MARI H	8.130	4.496	52,54	Piombino 43 km, 38 min	Grosseto 66 km, min 50
Monterotondo	1.284	588	45,66	Massa 20 km, 21 min	Piombino 45 km, 52 min
Montieri	1.117	547	45,33	Massa 21 km, 25 min	Poggibonsi 53km, 54 mi
Searlino	3.8118	1.636	43,67	Massa 21 km, 23 min	Piombino 44 km, 38 min
B CoH Massa M	43.149				
Manciano	7.109	3.248	45,35	Pitigliano 19 km, 23 min	Orbetello 40 km, 41 min
PITIGLIANO H	3.592	2.251	56,94	Acquapendente km28,32m	Orbetello 59 km, 62 min
Sorano	3.019	1.631	47,06	Pitigliano 9 km, 10 min	Acquapenden km20, 24'
Ba H Pitigliano	13.720				
Tot popol residen	212.411				

In sintesi, tutte le distanze dei comuni nel bacino al PO corrispondente, le distanze degli stessi comuni da centri Hub/Spocke. In **rosso** vengono evidenziati i comuni che superano i parametri per raggiungere il centro Hub/Spocke in carenza di PS nel PO del bacino di riferimento. In **verde** vengono evidenziati i comuni più vicini al centro Hub/Spocke rispetto al presidio del bacino in cui ricade il comune. In **viola** la seconda opzione in ospedali vicini di altre regioni (Umbria, Lazio); in corsivo ospedali vicini di altre Aree Vaste.

Tab. 17.2 - Dirigenti presenti negli ospedali del quartetto (dati da verificare).

	Sansepolcro	Cortona La Fratta	Casteldelpiano	Pitigliano
Anestesisti	UOSD 1 + Resp	UOSD 1 + Resp		
Internisti	UOC 1+ Dir	UOC 4 + Dir	UOC 5 + Dir	UOC 1? + Dir
Geriatrici			UOSD 1+ Res	
Cardiologi	UOS 1	UOSD 3+Res		
Chirurghi	UOC 2 + Dir	Uoc 4 + Dir		
Ortopedici	2	UOSD 4 + Resp		
	8	21	7	1?

Tabella 17.3 Costi aggiuntiva per garantire turnazioni con le risorse assegnate

	ASSEGNATI	FTE necessari		Costi in aggiuntiva	Costi aggiuntiva
	FTE	H24	H12	h24	h12
SANSEPOLCRO	3	6	3	452.700	0
LA FRATTA	3	6	3	452.700	0
CASTELDELPANO	2	6	3	603.600	150.900
PITIGLIANO	1	6	3	754.500	301.800
TOTALE	9	24	12	2.263.500	452.700

Tabella 20. Attività chirurgica negli ospedali dell'Ottetto (ARS 2024)

PRESIDIO	POSTI LETTO (fonte, rete)		AREA CHIRURGICA (fonte ARS 2024)	
CHIRURGIA	ORDINARI	DH	ORD + DH	DEG MEDIA
BIBBIENA	0	2	892	2,24
LA FRATTA CHIRURGIA	18	4	861	2,74
LA FRATTA ORTOPEDIA	?	2		
SANSEPOLCRO	0	3	1.481	2,81
ABBADIA SANSAL	2	5	262	1,58
CASTELDELPANO	0	2	0	0
MASSA MARITIMA	20	2	1.087	2,26
ORBETELLO	38	8	1.315	2,84
PITIGLIANO	0	0	1	41
AUSL SUD-EST			38.688	4,33
AREA VASTA SE			55.429	

Tab. 20.1 Ricoveri CHIRURGICI MDC (Major Diagnostic Category) 2024, ARS

	LA FRATTA	NOTTOLA
006 – Malattie e disturbi dell'apparato digerente	196	474
007 – Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	46	101
008 – Malattie e disturbi dell'apparato muscolo scheletrico e connettivo	324	404
024 – Traumatismi multipli significativi	-	4
Area addome	242	616
Area scheletrica	324	408

Tabella 20.2. Distribuzione popolazione e degli over 65 nei capoluoghi e nelle aree periferiche.

AREE	Totale	POPOLAZIONE					Delta popol/65
		%	accorpati	Over65	%	accorpati	
AUSLTSE	813.669	100%		218.473	26,9%		
Capoluoghi	231.836	28,49%	44,16%	60.545	26,1%	39,56%	- 4,60
Comun bacini capoluoghi	127.509	15,67%		39.436	13,46		
Bacini MON-CA-NOT	235.688	28,96%		49.657	22,72		- 6,24
Zone Disagiate	236.636	29,08%		68.835	31,50		+ 2,42

