



**SEGRETERIA DI STATO  
PER LA SANITÀ E LA SICUREZZA SOCIALE,  
LA PREVIDENZA E GLI AFFARI SOCIALI, GLI AFFARI POLITICI,  
LE PARI OPPORTUNITÀ E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA**

Prot. 113944/2021/RC/It

San Marino, 25 ottobre 2021/1721 d.F.R.

Gent.mi Consiglieri

\_\_\_\_\_  
p.c. Ufficio di Segreteria Istituzionale

**LORO SEDI**

**Oggetto: Risposta ad Interrogazione/Interpellanza presentata dai Consiglieri Nicola Renzi ed Andrea Zafferani in merito alla situazione attuale del Servizio Medicina di Base e per conoscere gli intendimenti del Governo in merito (depositata in data 19 agosto 2021) (ID 17173702) TIPO RISPOSTA: SCRITTA**

Con la presente si trasmette risposta all'Interpellanza/interrogazione in oggetto:

**1. Se l'attuale Direttore della medicina di base abbia mai presentato un progetto di riorganizzazione/ristrutturazione complessivo;**

Già nell'autunno 2020 ha preso avvio un progetto sperimentale di riorganizzazione dei Centri per la Salute condiviso con tutti gli operatori del Servizio. Durante la seconda ondata pandemica e nel corso della campagna vaccinale, parte del personale della UOC Cure Primarie è stato coinvolto, come buona parte del personale sanitario ospedaliero, nelle attività anti Covid. La Direzione Cure Primarie, quindi, per far fronte e dare risposta alle sempre pressanti necessità della UOC, ha elaborato un documento di ridefinizione del servizio attraverso una "proposta di riprogettazione" della UOC Cure Primarie.

Si ricorda che, in capo alla suddetta UOC, rientrano le seguenti attività e servizi ordinari:

- Campagna vaccinale antinfluenzale
- Ufficio vaccinazioni
- Medicina Generale
- Guardia Medica
- Ufficio Patenti
- Centro Salute Donna (fino a primavera 2021)

In aggiunta, durante tutto il periodo di emergenza sanitaria, ancora in corso, la UOC Cure Primarie ha contribuito allo svolgimento di attività connesse all'emergenza pandemica e alla campagna vaccinale anti Covid, compreso la temporanea assegnazione di personale alle attività di tracciamento contatti e del Gruppo Covid Territoriale oltre alla campagna vaccinale presso gli uffici del Centro Azzurro.

**2. Se l'eventuale progetto sia stato valutato dal Comitato Esecutivo e/o dalla Segreteria di Stato competente (si richiede, qualora esista, copia del progetto);**

**3. Se l'eventuale progetto organizzativo sarà attuato e in che tempi;**

Il progetto (vd. All.to) è ancora in fase di analisi, valutazione e successivo confronto con tutte le parti interessate (il ritardo del deposito della presente risposta deriva anche dalla volontà di avere il documento qui allegato, datato 25 ottobre 2021).

La Segreteria di Stato ha in più occasioni richiesto al CE di adoperarsi per dare attuazione a tutte le misure che ritenesse utili a risolvere la situazione dei centri sanitari, facendosi anche promotrice di un incontro con tutti gli operatori della medicina di base nella quale sono emerse alcune ipotesi di

**REPUBBLICA DI SAN MARINO**

Via Scialoja, 20 – 47893 Borgo Maggiore - San Marino

[info.sanita@gov.sm](mailto:info.sanita@gov.sm) - [www.sanita.sm](http://www.sanita.sm)

Tel. +378 (0549) 883040



**SEGRETERIA DI STATO  
PER LA SANITÀ E LA SICUREZZA SOCIALE,  
LA PREVIDENZA E GLI AFFARI SOCIALI, GLI AFFARI POLITICI,  
LE PARI OPPORTUNITÀ E L'INNOVAZIONE TECNOLOGICA**

intervento aggiuntive rispetto a quanto proposto dalla Segreteria, quali ad esempio:

- 1) l'impiego per attività amministrative (risposta alle telefonate, compilazione di ricette, ecc.) da parte di personale non vaccinato, opzione percorsa e in breve tempo rientrata perché fonte di tensione circa le attività da assegnare agli stessi;
- 2) la realizzazione di un call center dedicato alla medicina di base, il cui mandato alla realizzazione è stato affidato al CE;
- 3) la riallocazione degli uffici direzionali della medicina di base dal centro azzurro al centro atlante a fianco dei locali ad uso della medicina di base, affinché il personale impiegato in direzione potesse in caso di necessità fornire ausilio ai colleghi;
- 4) l'assunzione di personale amministrativo da assegnare ai soli compiti non sanitari;
- 5) L'aumento del numero delle condotte, tramite l'assunzione di nuovi medici di base, per diminuire il numero di assistiti per singola condotta. Proposta che al momento è sospesa in quanto la riduzione del numero di assistiti comporterebbe una riduzione dello stipendio del medico di base, cosa su cui la UOC ha richiesto di intervenire con una modifica di legge che impedisca questa riduzione di stipendio;
- 6) L'aumento del numero di visite prenotabili ad un numero minimo di 12 al giorno per ogni condotta.

**4. Quali siano gli intendimenti del Governo circa la messa in campo di linee di indirizzo precise, mediante la fissazione di obiettivi specifici, che vincolino le dirigenze a porre in essere interventi urgenti per consentire il miglioramento del servizio, una risposta più celere ai cittadini, la fine del continuo turnover dei medici, la possibilità di interloquire facilmente con un medico e non solo con un centralino, la possibilità di ottenere visite senza doversi rivolgere alla sanità privata; o in alternativa a raggiungere obiettivi diversi, che chiediamo di indicare;**

Sarà premura di questa Segreteria richiedere che tra gli obiettivi di budget per l'anno 2022 sia inserita anche una quota correlata al gradimento del servizio da parte della cittadinanza, anche attraverso la valutazione dell'incidenza delle segnalazioni di disservizi annualmente formalizzate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Si ritiene utile anche disporre, come obiettivo di budget annuale in capo ad ogni responsabile, la capacità di organizzare il servizio di pertinenza in termini qualitativi e di appropriatezza, dovendo garantire il servizio senza aumenti di deficit tra entrate e uscite, onde evitare che le risposte ai problemi tendano a ridursi in richieste di aumento di spesa.

Il turnover dei medici di base è un problema endemico, non solo nel nostro paese, derivante dal fatto che il medico di base può ambire legittimamente ad un percorso di carriera anche ospedaliera.

La possibilità di interloquire con un medico è direttamente proporzionale all'appropriatezza che si fa del servizio di medicina di base, e in questa direzione è opportuna una forte campagna di informazione alla cittadinanza.

Molti concittadini si rivolgono alla sanità privata, spesso con l'intenzione di ridurre i tempi di attesa, ancor più spesso per ottenere "second opinion" rispetto a diagnosi effettuate dalla struttura pubblica. C'è chiaramente una disaffezione su cui è bene lavorare, per far comprendere quanto sia un privilegio da preservare il poter beneficiare di una sanità pubblica universale e gratuita, che in quanto tale non va abusata, ma utilizzata con senso di responsabilità.

L'occasione mi è gradita per cordialmente salutare.

**Il Segretario di Stato**  
*Roberto Ciavatta*

**DIREZIONE GENERALE  
ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE  
COMITATO ESECUTIVO**



*Documento di indirizzo per la  
riorganizzazione dell'UOC Cure  
Primarie e Salute Territoriale*

*San Marino, 25 ottobre 2021*





# SOMMARIO

## Sommario

Premessa	1
Dotazione organica	2
Direzione Cure Primarie	3
Centri sanitari	12
Analisi dei determinanti organizzativi odierni	18
Le proposte organizzative	25
Conclusioni	35





## Premessa

**L'attuale organizzazione della UOC Cure Primarie e Salute Territoriale (UOC CPST) è basata sul documento organizzativo redatto dal CE e approvato dalle OOSS in data 3 marzo 2015.**

La UOC Cure Primarie e Salute Territoriale (di seguito UOC CPST) comprende:

- la Direzione Cure Primarie (di seguito DCP) collocata al Centro Azzurro
- Il Centro Sanitario di Serravalle (di seguito CSS) collocato al Centro Atlante
- Il Centro sanitario di Borgo (di seguito CSB)
- Il Centro Sanitario di Murata (di seguito CSM)
- Il Centro Salute Donna (di seguito CSD) collocato al Centro Atlante
- La Guardia Medica Centralizzata (di seguito GMC) collocata al primo piano del CSM
- l'assistenza infermieristica domiciliare (di seguito AID) collocata al Centro Atlante
- l'assistenza medica dell'RSA Casale la Fiorina
- l'assistenza sanitaria al Carcere di Stato

Si ritiene opportuno, prima di ogni altra valutazione che seguirà, fornire i dati della struttura e delle attività di tutti i servizi della UOC CPST, volutamente espressi in gran parte al 2019, prima dello scoppio dell'emergenza COVID e quindi più realistici e reali, il tutto per una migliore comprensione e conoscenza dell'argomento e dei servizi forniti, onde poi meglio potere ragionare sugli ambiti ove si ritiene necessario intervenire.

A tal scopo e per fornire una migliore leggibilità dei dati stessi, questi ultimi saranno esposti suddividendo l'analisi delle varie sedi nelle quali si realizzano.



# DOTAZIONE ORGANICA

## Dotazione organica

La dotazione organica prevista nel fabbisogno della UOC CPST comprende:

- 1 Direttore
- 3 responsabili di UOS (Unità organizzative semplici – i 3 Centri Sanitari)
- 19 MMG
- 2 caposala
- 37 Infermieri
- 3 Ostetriche
- 1 Psicologo
- 6 addetti amministrativi e di segreteria
- 2 operatori amministrativi
- 1 assistente sanitario
- 1 operatore tecnico-amministrativo

## Direzione Cure Primarie

Presso la DCP prestano servizio tutti i giorni dalle 8 alle 14:30 lunedì e giovedì, sino alle 17:30:

- Dott. Agostino Ceccarini
- Dott. Matteo Piccari
- Dott.ssa Natalya Lobas
- Dott.ssa Maria Rosaria Menicucci (limitatamente ad alcune mansioni)
- Infermiere Professionale (di seguito IP) Emanuel Fabbri
- IP Fanny Gasperoni
- IP Monica Masini
- IP Silvia Crinelli
- AS Loretta Versari
- OSS Frederique Zafferani
- OSS Annamaria Guerra

## ATTIVITA' EROGATE

### 1. UFFICIO PATENTI

La visita per idoneità alla guida si svolge presso la DCP per utenti a partire dai 14 anni e mira all' accertamento della presenza dei requisiti psico-fisici indispensabili al rilascio o al mantenimento della idoneità stessa.

Le categorie che necessitano di certificazione sono:

- patenti per guida ciclomotori (A);
- autovetture (B);



- camion o camper con peso superiore ai 3500kg ©, o superiori a 7.550 Kg con rimorchio (E), mezzi adibiti al trasporto pubblico di persone in numero superiore ad 8 (D).

Ogni **rilascio di idoneità** segue un percorso strutturato:

- Cinquanta giorni prima della scadenza l'URA avverte l'Utente per iscritto;
- L'Utente telefona alla Segreteria di questa Direzione per la prenotazione. In caso di telefonata dal 29mo giorno a scendere è previsto un diritto di mora da pagare per prestazione urgente, che garantisce una prenotazione prima della scadenza della patente di guida.
- il pagamento viene eseguito presso i nostri uffici con bancomat o Carta di credito
- un medico della DCP prende visione della cartella informatizzata e dei riferimenti richiesti predisponendo le eventuali indagini aggiuntive o richiedendo una visita di verifica prima dell'appuntamento richiesto
- l'IP rileva e certifica l'identità personale, la vista, l'udito e per le categorie dalla C in avanti i tempi di reazione
- se dalla valutazione infermieristica emergono problematiche non rilevate dalla consultazione dei dati sanitari in cartella elettronica l'utente viene avviato a visita medica, altrimenti entra in possesso della certificazione richiesta.

Il rilascio della patente nautica segue lo stesso iter ma è preceduto dalla valutazione Ortottica, che viene prenotata in occasione del primo rilascio.

Esistono casi particolari che necessitano il rilascio della patente speciale per handicap fisici documentati. In questi casi l'annotazione prevista sulla patente deve essere documentata a seguito di accertamenti specialistici e/o strumentali, o di un test di guida simulata presso un centro accreditato.

Vengono sottoposti a revisione della idoneità alla guida gli utenti quando giunge una segnalazione alla DCP sulla necessità di rivalutare il soggetto da parte del MMG o di un familiare, o di Corpi di polizia, o di un servizio ISS o della commissione medica.

Il servizio UOC Salute Mentale per quanto di sua pertinenza invia alla DCO una nota in busta chiusa, riservata, sulle condizioni dei soggetti da loro seguiti, in riferimento a soggetti che andranno valutati nei giorni successivi per il rilascio della idoneità alla guida. Possono, in tal caso, verificarsi due possibilità:

- giunge la segnalazione dall'URA del ritiro temporaneo della PG per infrazioni al Codice della strada
- giunge segnalazione dalla UOC Salute mentale – Dipendenze Patologiche per l'interruzione di un percorso di recupero concordato.

Nel caso di ritiro della patente di guida per abuso di sostanze stupefacenti si procede al prelievo dei campioni biologici richiesti dalla legge 43 del 29/4/2016 e della nuova procedura richiesta da questa DCP con delibera del CE 22 dell'11 luglio 2017.

Si riportano di seguito il numero di prestazioni eseguite nell'anno 2019 dall'Ufficio Patenti.

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Revisione Patenti</b>	146
<b>Visita patente per automezzi e moto</b>	3961
<b>Visita per permesso caccia</b>	249
<b>Visita patente nautica</b>	27
<b>Visita patentino ciclomotore</b>	257



## 2. IDONEITA' ALLA MANSIONE SPECIFICA

Comprende il rilascio di tutte le certificazioni richieste dalle procedure interne previste per legge ed anche delle procedure previste da Enti e/o istituti attivi in altri stati.

In particolare certificati per:

- 1) iscrizione alle pubbliche graduatorie concorsuali;
- 2) partecipazione a concorsi pubblici,
- 3) adozione di minori (firma Dr. Ceccarini depositata alla segreteria esteri);
- 4) frequenza corsi;
- 5) permanenza in convitti;
- 6) soggiorno in casa vacanze;
- 7) gestione pratiche di attività mortuaria.

### **Attività di assistente domiciliare privata**

L'iter per il rilascio della Idoneità alla mansione di Badante o assistente alla famiglia necessita per la prima volta di:

- Ricezione della pratica dall'ufficio del lavoro;
- Convocazione telefonica dell'assistito;
- Esecuzione di prelievo ematico, test sierologico SARS COV e Test Mantoux;
- Esecuzione ECG;
- Visita medica e refertazione Manotux;
- Esecuzione di eventuali approfondimenti diagnostici per stabilire lo stato di salute, nel qual caso di riprogramma una seconda visita di controllo.

Per ogni Badante è prevista revisione annuale di idoneità alla mansione. Di seguito i numeri delle prestazioni effettuate per questo servizio, sempre per l'anno 2019:

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Prima visita badanti</b>	135
<b>Controllo badanti</b>	233
<b>Test Mantoux</b>	240
<b>Tracciati ECG</b>	520

### 3. AMBULATORIO VIAGGI INTERNAZIONALI

In orari programmati vengono ricevuti su prenotazione gli utenti che debbano richiedere chiarimenti ed informazioni relativamente a viaggi internazionali, soprattutto, ma non solo, quando questi prevedano di seguire particolari procedure e comportano esposizione a rischi sanitari.

Alla visita medica fa seguito la consegna diretta dei farmaci consigliati, la consegna del materiale informativo cartaceo, la compilazione della cartella clinica elettronica personale per condividere le informazioni con il medico curante. In totale le visite annuali per questo tipo di prestazione, nell'anno 2019, sono state 93.

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Visite per viaggi internazionali</b>	93

### 4. AMBULATORIO VACCINI

L' Assistente Sanitaria tiene aggiornati gli elenchi dei nominativi, alla luce dei calendari vaccinali, emanando settimanalmente la lista dei soggetti che la segreteria convoca tramite comunicazione scritta, sempre suddividendo le sedute per omologhe e le diverse fasce di età.

La somministrazione avviene sempre con la contemporanea presenza di un IP ed un medico che garantisce sempre la propria presenza sino a 20 minuti dopo l'esecuzione dell'ultima somministrazione.



## DIREZIONE CURE PRIMARIE

L'AS cura la conservazione dei dati vaccinali, gestisce le obiezioni, partecipa con il direttore alla organizzazione preliminare, all'espletamento e alla verifica periodica di tutte le campagne vaccinali.

Inoltre il Direttore convoca e partecipa ai lavori della Commissione Vaccini, istituita con delibera del CE a gennaio 2017.

Le prestazioni vaccinali eseguite (anno 2019) sono le seguenti:

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Coleric</b>	2
<b>Difterite</b>	2
<b>DPT</b>	1112
<b>DT</b>	2
<b>Epatite B</b>	95
<b>Epatite A</b>	109
<b>Esavalente</b>	632
<b>H.I.B</b>	23
<b>HPV</b>	283
<b>Mening B</b>	277
<b>Mening C</b>	27
<b>Mening tetrav</b>	387
<b>Pneumo 13</b>	104
<b>Pneumo 23</b>	578
<b>Polio</b>	1
<b>Polio2</b>	13
<b>Antirabbica</b>	6
<b>Rosolia</b>	3
<b>Tetano</b>	135
<b>Tetraval</b>	297

<b>Antitifica</b>	64
<b>Trivalente</b>	1029
<b>Varicella</b>	62
<b>Varie</b>	11

Nel 2020 la DCP ha fatto anche gran parte della vaccinazione antiinfluenzale (negli adulti >14 anni) presso i propri ambulatori (delegata ai MMG nel 2019):

- Vaccinazione antiinfluenzale (dati del 2020): 5910

## 5. ASSISTENZA MEDICA CASALE LA FIORINA

L'organizzazione della assistenza sanitaria all'RSA Casale la Fiorina prevede la presenza di due medici (Dott. Gregory Lo Bianco (24 ore), Dott. Paolo Gazzi (20 ore)) per almeno 41 ore, chiamato a svolgere le attività secondo le modalità individuate e concordate con la direzione UOC ARA in applicazione del DD Agosto 2019 allegato 3.1: requisiti generali delle strutture socio-sanitarie residenziali RSA/casa Protetta.

Le reperibilità pomeridiane sono garantite dai medici della DCP. Di seguito il numero di attività svolte per il Casale La Fiorina per l'anno 2019.

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Visite presso RSA</b>	5520
<b>Reperibilità pomeridiane</b>	244

## 6. COORDINAMENTO DEI CENTRI SANITARI E DELLA GMC

Il funzionamento dei CS necessita di un costante coordinamento e di un governo centralizzato, per tutto quanto concerne la formazione del personale, il controllo delle prestazioni erogate, l'erogazione del presidio sul territorio, ecc.



Si avvale di incontri periodici tenuto con i coordinatori delle UOS e si rende evidente tramite la conservazione delle comunicazioni via mail e nella chat dedicata.

Comprende anche la definizione degli Obiettivi di budget.

La GMC presta servizio tutti i giorni feriali dalle 18 alle 8 del giorno successivo, il sabato dalle 13 e i festivi 8-8 con turni divisi di 12 ore.

L'attività più delicata e complessa è il continuo reclutamento, affiancamento e formazione iniziale di medici convenzionati, di norma italiani, laddove il personale medico ISS risulta poco rispondente alle richieste di copertura di questo importantissimo servizio. Di seguito le attività svolte per l'anno 2019.

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Visite</b>	1173
<b>Consulenze</b>	2098
<b>Ricettazioni</b>	1172
<b>Ricoveri</b>	88

### 7. MEDICINA CARCERARIA

Nel rispetto delle disposizioni di legge la Direzione ha attribuito al dott. Pietro Bugli l'incarico di medico del carcere, operando lo stesso nel CS competente per territorio (CSM). Ad ogni ingresso in carcere la struttura carceraria invia alla DCP fax con le generalità del nuovo ingresso. La DCP attiva il Dott. Pietro Bugli per la visita che deve essere fatta entro 24H.

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Prime visite presso il carcere (2019)</b>	12

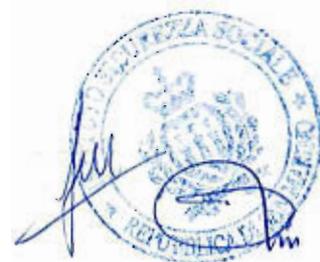
In tutto, per i precedenti punti (da 1 a 7) la DCP ha rilasciato 11760 certificati.

A queste attività principali si associa poi un'attività di segreteria svolta dal personale di competenza che si occupa di tutte le mansioni front – office, dei contatti telefonici, e di precludere, supportare e registrare le prestazioni erogate al pubblico dagli uffici DCP. Essa si occupa anche della gestione dei protocolli, delle archiviazioni informatiche e cartacee degli atti, esercita attività di cassa (incassi dell'anno 2019 – 324.587,86 euro).

A queste attività si aggiungono: i rapporti con il fattorinaggio interno della struttura ospedaliera, il traffico postale, le operazioni relative alla tumulazione o ai trasferimenti in ingresso o uscita dal territorio, la gestione del cambio di medico di medicina generale.

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Gestione cambio medico (2019)</b>	1100
<b>Gestione cassa, presidi, pratiche</b>	9900

Infine, in ottemperanza a quanto previsto dalla Delibera numero 28 dell'11 luglio 2017 il Direttore della DCP nomina anche i referenti Medici e di comparto per la gestione qualità e rischio clinico.



## Centri sanitari

### DESCRIZIONE DELLE PRINCIPALI ATTIVITA'

I centri sanitari si organizzano per possedere un orario di apertura dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 18 e il sabato dalle 8 alle 13. Le principali attività svolte sono di seguito elencate:

- Controllo parametri: PA, FC;
- SO2
- Curva da carico- OGTT
- Educazione preparazione indagini diagnostiche (PCS, EGDS, TAC)
- ECG
- Gestione catetere vescicale
- Lavaggi auricolari
- Medicazioni ferite semplici e complesse
- Prelievi ematici
- Rilevazione Temperatura
- Rimozione punti sutura
- Fleboclisi
- IM
- Tx SC
- Combur test
- Vaccinazioni

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Totale prestazioni erogate CSS (2019)</b>	9616
<b>Totale prestazioni erogate CSB (2019)</b>	9899
<b>Totale prestazioni erogate CSM (2019)</b>	7927

## CENTRO SANITARIO DI SERRAVALLE E AID

Il CSS si compone del personale di seguito elencato:

- Responsabile UOS: Dott.ssa Alessandra Zannoni
  - Dott.ssa Deborah Beccari
  - Dott.ssa Marianna Aalders
  - Dott.ssa Barbara Cosimetti (in condotta dal 3° quadrimestre 2019)
  - Dott.ssa Antonella Mariotti (TRASFERITA TEAM COVID)
  - Dott.ssa Francesca Nicolini (DIMESSASI)
  - Dott. Massimo Vignali (SOSPESO)
  - Caposala: IP Monica Tonelli
  - IP Simonetta Gobbi
  - IP Antonella Ercolani
  - IP Tamara Panigucci
  - IP Monia Battistini (Sospesa no vax)
  - IP Daniela Cristeli
  - IP Patrizia de Luca
  - IP Forcellini Marina

Addette segreteria: Roberta Mainardi, Emidia Tamagnini

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Visite CSS (2019)</b>	30348
<b>Visite domiciliari</b>	736

Al centro sanitario di Serravalle è collocato l'AID, che si occupa dell'assistenza infermieristica domiciliare. Esso si compone delle risorse sotto riportate:

- **Responsabile: IP Monica Tonelli**
  - IP Fortuna Natascia
  - IP Tomassoni Arianna
  - IP Bacchilega Mariarosa



## CENTRI SANITARI

- IP Paolini Angelica
- IP Tesselli Tarsilla
- IP Lara Cesarini (sospesa no vax)
- IP Paci Beatrice (sospesa no-vax)

Tipologia di prestazioni erogate a domicilio dall'AID:

- Visita infermieristica domiciliare
- Dimissione protetta visita struttura
- Gestione cannula fleboclisi
- Gestione catetere vescicale
- Medicazione complessa
- prelievi ematici venosi
- rilevazione parametri vitali
- fleboclisi

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Totale prestazioni erogate (2019)</b>	<b>8855</b>

### CENTRO SANITARIO DI BORGIO

Il CSB denuncia da tempo tutte le insufficienze strutturali che lo caratterizzano, nonostante l'azione di decongestionamento legata alla apertura settimanale dei 2 ambulatori secondari di Acquaviva e Faetano, anch'essi inadatti dal punto di vista strutturale.

Il numero di pazienti che affluiscono, gli spazi inadatti, l'infermeria al di sotto degli standard di sicurezza, **la cronica carenza di personale**, la mancanza di insonorizzazione con violazione palese della privacy sono alcune delle carenze evidenziate da tutte le relazioni, a partire da quelle del responsabile della

sicurezza sul lavoro, chiamato da questa direzione a dare una valutazione sulla struttura, relazioni inviate al CE.

Sono seguite proposte di intervento che non hanno trovato riscontro.

Il costante contatto con gli Operatori, gli incontri periodici per affrontare le criticità del servizio, l'utilizzo dei canali comunicativi, la verifica dei risultati con la Responsabile sono le modalità attuate per cercare di monitorare e contenere il disagio crescente.

Il CSB si compone delle seguenti risorse:

- **Responsabile: Dott.ssa Maria Vittoria Casali**
- Dott. Nelson Lazzari
- Dott.ssa Patrizia Tamagnini
- Dott.ssa Mory Denise Barretto
- Dott.ssa Hadji Elizaveta

In attesa l'esito del Bando di Concorso per l'inserimento di una nuova risorsa medica.

- **Caposala FF: IP Valeria Robbiano**
- IP Andreini Dolores
- IP Stefania Zanetti
- IP Paola Pesani
- IP Mirella Masini
- IP Simone Pala
- Segretarie:
- Milena Bertozzi
- Luisa Ceccoli

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Visite CSB (2019)</b>	22574
<b>Visite domiciliari</b>	1515



## **CENTRO SANITARIO DI MURATA**

Il CSM risulta, all'evidenza dei fatti e viste le relazioni del responsabile della sicurezza sul lavoro la struttura più necessitante di immediati interventi di ristrutturazione, richiesti da anni e mai realizzati.

Si ricorda il posizionamento da parte degli esperti della sicurezza sul territorio di vetrini nelle crepe atti a verificare la tenuta strutturale dell'edificio, vetrini che si sono rotti a dimostrare che l'edificio non appare sicuro.

Tuttavia, nonostante le ripetute sollecitazioni, nulla è stato fatto per mettere in sicurezza Utenti e sanitari.

Il CSM ospita in maniera continuativa solo 2 medici, essendo gli altri distribuiti negli ambulatori secondari ed in particolare:

- 2 in Città tutti i giorni
- 2 a Fiorentino (4 giorni alla settimana)

Apertura 1 volta alla settimana degli ambulatori di Montegiardino e di Chiesanuova.

Il numero di Pz che affluiscono, gli spazi inadatti, l'infermeria al di sotto degli standard di sicurezza, la cronica carenza di personale, la mancanza di insonorizzazione con violazione palese della privacy sono alcune delle carenze evidenziate da tutte le relazioni, a partire da quelle del responsabile della sicurezza sul lavoro, chiamato da questa direzione a dare una valutazione sulla struttura.

Sono seguite proposte di intervento che non hanno trovato riscontro.

Il costante contatto con gli Operatori, gli incontri periodici per affrontare le criticità del servizio, l'utilizzo dei canali comunicativi, la verifica dei risultati con il Responsabile sono le modalità attuate per cercare di monitorare e contenere il disagio crescente.

# CENTRI SANITARI

## **Responsabile: Dott. Pietro Bugli**

- Dott. Lorenzo Signorini
- Dott.ssa Eleonora Comellini
- Dott.ssa Martina Guerra
- Dott.ssa Silvia Genghini
- Dott.ssa Cristina Cristiano

## **Caposala FF: IP Valeria Robbiano**

- IP Sandra Santolini
- IP Maria Catana
- IP Elisa Conti
- IP Lucia Biordi
- IP Elena Giovagnoli

## **Segretarie:**

- Milena Rosi
- Roberta Allori

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
<b>Visite CSM (2019)</b>	27411
<b>Visite domiciliari</b>	420



# ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

## Analisi dei determinanti organizzativi odierni

Una volta fatta la fotografia dell'attività della UOC CPST nell'ultimo anno normale ( 2019) , l'analisi della situazione odierna della UOC CPST non può prescindere dalla constatazione che la pandemia ha determinato, negli ultimi 18 mesi, una progressiva riduzione del personale sia medico che infermieristico effettivamente presente nei servizi della UOC stessa, dovendo questa garantire il necessario ed indispensabile supporto di personale all'ospedale per garantire le varie attività che si sono via via rese necessarie per fare fronte alla pandemia.

E' obbligatorio ricordare in tal senso:

- **il Team Covid**, formato quasi nella sua totalità nella prima ondata e nella sua totalità nella seconda ondata ad eccezione del responsabile Dott. Pierluigi Arcangeli) da MMG reperiti nelle condotte. **Questo ha portato al ricollocamento fuori dalle condotte per mesi e mesi di un totale di 4 medici nella prima ondata, 3 nella seconda e, ancora oggi di 1 medico.**
- **i prelievi di laboratorio** trasferiti in buona parte ai 3 Centri Salute nonostante la riduzione di personale medico ed infermieristico per decongestionare il Laboratorio analisi
- **l'attività di esecuzione dei Tamponi Diagnostici sempre garantita in ogni fase della pandemia;**
- **il supporto durante la prima ondata anche di personale medico (1) che gestiva il reparto di isolamento.**

Il carico di lavoro ulteriore e straordinario sostenuto sia dal personale collocato al team COVID (ricordo a puro titolo di esempio un medico che ha fatto nel 2020 440 (leggi quattrocentoquaranta) ore di lavoro in più ), e dal personale medico residuo rimasto nei 3 CS (cui è stato sottratto e non sostituito ¼ della forza lavoro per mesi senza possibilità alcuna di richiedere

# ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

sostituzioni) aggravato oltremodo dal trasferimento sino a 8 Infermieri in ospedale, nei momenti più critici, credo meriti qualche dato a supporto:

ATTIVITA' SVOLTA	NUMERO DI PRESTAZIONI
Tamponi Covid-19 fatti dalla UOC CPST	7072
Prelievi sia nelle tende che nei 3 CS	11449
Visita nelle tende Covid-19	501

Non può essere poi dimenticato che in piena pandemia e ad aggravare le carenze di personale per i trasferimenti dal territorio in ospedale si sono aggiunti i contagi da Covid-19 di 6 medici (con 3 ricoveri) della UOC CPST e 4 IP, che hanno ulteriormente ridotto le forze in servizio effettivo.

## SERVIZIO TELEFONICO DEI CS

L'analisi che questa DCP ha chiesto alla Telecom sulla effettiva problematica della gestione delle telefonate merita qualche dato numerico che deve fare riflettere, in considerazione del numero di segretarie presenti nei 3 CS che, si ricorda sempre, devono fare anche tutta l'attività di front Office.

I dati dal 1 gennaio 2021 al 31 luglio 2021 ci dicono che:

CS	NUMERO	DURATA MEDIA	TOT. TEMPO AL TELEFONO
<b>SERRAVALLE</b>			
- ENTRATA	10940	1 min, 35 s	288 ore, 2 min, 17 s
- USCITA	14330	2 min, 42 s	643 ore, 8 min, 45 s



# ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

## BORGO

- ENTRATA	17086	2 min, 05 s	591 ore, 35 min, 42 s
- USCITA	20496	2 min, 42 s	921 ore, 34 min, 19 s

## MURATA

- ENTRATA	17105	2 min, 30 s	713 ore, 41 min, 22 s
- USCITA	17830	2 min, 35 s	767 ore, 57 min, 27 s

Questa analisi ha portato ad alcune considerazioni significative, non ultima rimodulare, per adesso ed in attesa di un call center, i telefoni del CSS che, evidentemente, hanno un dato di risposta inferiore alle altre 2 realtà, dovuto alla mancanza, ad oggi, ancora di 3 medici su 7 nelle condotte.

Appare evidente come questa situazione ha determinato un progressivo logoramento sia del personale residuo in attività (cui sono seguite numerose domande di aspettativa per motivi di salute o personali), gravato da richieste di prestazioni coinvolgenti pazienti di più condotte, che un deterioramento del rapporto fiduciario medico-paziente da sempre caposaldo delle attività inerenti il Medico di Medicina Generale (MMG), ridotto per assenza di diverse unità per lunghi periodi.

**Sulle aspettative richieste dai MMG si sottolinea che ne sono state inviate 4 alla DCP e di queste:**

- Una è stata respinta dalla DCP e, tuttavia, concessa dalla DG
- Due sono state concesse dalla DCP e respinta dalla DG (e una di queste respinte si è licenziata)
- Una è stata respinta dalla DCP.

**Conseguentemente si è verificata una costante migrazione, tutt'ora in corso, di pazienti che dalle condotte dei medici assenti si sono rivolti a quelle dei medici rimasti in servizio, cosa che non è stata possibile contenere, visto che gli utenti hanno facoltà di scelta del proprio medico curante.**

# ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

Anche la prova sperimentale proposta nell'ottobre 2020 dal C.E. che prevedeva la rotazione degli infermieri all'attività di triage e supporto telefonico ha determinato delle criticità, individuate nella perdita di un riferimento costante e continuo con il medico ed infermiere della condotta. Ciò ha causato sia un notevole incremento delle chiamate telefoniche, che di prestazioni richieste non appropriate.

In pratica l'assenza prolungata di MMG dalle rispettive condotte, verificatesi durante l'emergenza pandemica per i trasferimenti al "Gruppo Covid Territoriale" e per lunghi periodi di malattia degli stessi, ha disorientato la maggior parte dell'utenza venuta a meno dei propri punti di riferimento sanitari.

**Successivamente le richieste di pensionamento da parte di 3 MMG e le dimissioni di altri 3 legate ad evidenti condizioni di burn-out, hanno generato la tempesta perfetta che ha travolto la UOC.**

Quanto sopra esposto e per cercare di trovare soluzioni più o meno tamponi è stato oggetto, peraltro, di numerose **comunicazioni scritte** tra la DCP ed il CE a volte e la DG in altre occasioni.

Si ricordano in particolare:

- 31 gennaio 2021: criticità presenza di personale medico UOC CPST (prot 72/2021)
- 4 febbraio 2021: criticità attività GMC (prot 90/2021 firmata da tutti i medici della GMC)
- 27 febbraio 2021: riorganizzazione complessiva dei Centri per la Salute (prot. 150/2021)
- 9 marzo 2021: convocazione urgente riunione per cambio accesso telefono ai Cs (prot 170/2021)



# ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

- 17 marzo 2021: chiusura ambulatori periferici per mancanza sostituzioni personale (prot. 188/2021)
- 30 marzo 2021: richiesta trasferimento sede e competenze della GMC (per irreperibilità di personale medico) prot 219/2021
- 8 aprile 2021: interpello interno per copertura PDR DIRMED (prot. 238/2021)
- 23 aprile 2021: richiesta reintegro personale medico ed infermieristico dal tema Covid per riapertura presidi periferici (prot 291/2021)
- 27 aprile 2021: risposta interpello (andato deserto) PDR DIRMED (prot 298/2021)
- 7 maggio 2021: necessità di ricollocazione personale medico UOC CPST a seguito nota del 6/5/2021 del DS (prot .325/2021)
- 11 maggio 2021: richiesta ripristino contratto dsa Donati Valentina (prot 350/2021)
- 1 giugno 2021: necessità di ricollocazione MMG Port 408/2021)
- **11 GIUGNO 2021: proposta di riorganizzazione delle Cure Primarie (prot 427/2021)**
- 02 luglio 2021: piano operativo luglio/settembre 2021 (prot 490/2021)
- 06 luglio 2021: necessità di spostamento al CS Borgo a giorni alterni dsa Cristiano e Genghini poer per coprire attività in assenza MMG del CS Borgo (prot 510/2021)

Queste premesse hanno fatto sì che venisse, al fine, redatto questo breve documento per definire le premesse di un progetto di riorganizzazione della UOC Cure Primarie e Salute Territoriale che dovrà garantire i seguenti punti cardine:

# ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

- 1) Passaggio definitivo dalla medicina d'attesa alla medicina proattiva agendo sulle principali e più incidenti patologie cronico-degenerative (piena attuazione dei PDTA) e sui principali fattori di rischio noti e sviluppando il più possibile gli ambulatori della cronicità con la massima responsabilizzazione anche del personale infermieristico.
- 2) Superamento, in tal senso, dell'autoreferenzialità e dell'isolamento professionale dei MMG andando verso un modello di lavoro sempre più di equipe, con maggiore integrazione e collaborazione tra le figure professionali tradizionalmente presenti nei Centri per la Salute (medico, infermiere etc.) ed alcuni specialisti che svolgeranno una parte della loro attività nei Centri Salute nelle tempistiche e modalità che saranno successivamente definite.
- 3) Sviluppare al massimo l'attività a domicilio (anche con l'utilizzo della figura dell'infermiere di famiglia/castello), anche grazie al supporto del Servizio Infermieristico Domiciliare (AID), già in essere, nonché del gruppo di lavoro per la Continuità Assistenziale tra Ospedale e Territorio, recentemente istituito.
- 4) Garantire gli ECM sia per il personale medico che per quello infermieristico onde mantenere costante ed adeguato il livello di professionalità degli stessi.

La riorganizzazione complessiva delle Cure Primarie rientrerà nell'ambito della proposta di Atto Organizzativo e dei relativi Fabbisogni, attualmente in fase di definizione conseguente all'attività del project work iniziato nella seconda metà del 2020, che sarà inviato alla Commissione Valutatrice entro il 31/12/2021.

Le principali criticità della UOC sono, conseguentemente a quanto riportato, numerose. Partendo dall'analisi delle attività che devono essere proprie della



## ANALISI DEI DETERMINANTI ORGANIZZATIVI ODIERNI

UOC CPST e che erano parte fondante delle sue mansioni prima dell'evento pandemico, valutando quanto la UOC Stessa ha comunque garantito, seppur nella duratura e severa carenza di personale durante l'evento pandemico stesso, le principali criticità tuttavia rilevate negli ultimi 18 mesi inerenti la UOC Cure Primarie e Salute Territoriale, possono essere riassunte in 3 punti cruciali:

- 1) l'estrema difficoltà a contattare (soprattutto telefonicamente) i centri salute per poter interloquire con il medico/infermiere/segretaria;
- 2) l'assenza del proprio medico/infermiere (il medico di condotta, caposaldo ed elemento di garanzie per il cittadino) e la grande difficoltà a reperire personale sanitario ad hoc per sostituirli;
- 3) la necessità di formazione.

## Le proposte organizzative

Le proposte/interventi riorganizzativi della UOC CPST andranno valutate, messe in atto e consolidate in tre step successivi:

- immediate;
- a breve/medio termine;
- a lungo termine.

### PROPOSTE IMMEDIATE

#### **La Centrale Operativa Territoriale**

La Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) deve costituire lo strumento operativo che consente l'accesso da parte dei cittadini ai servizi di cura non urgenti e altri servizi sanitari (compresa la continuità assistenziale), supportando il sistema alla gestione dei bisogni di salute caratterizzati da un livello di bassa intensità/priorità. Essa rappresenta un modello organizzativo di gestione dell'assistenza territoriale, finalizzato a implementare la presa in carico dei pazienti in termini di uniformità, di equità d'accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori (pazienti, caregivers, medici e altri operatori sanitari).

La Centrale Operativa Territoriale garantisce una risposta sulle 10 ore (8-18 dal Lunedì al venerdì) , efficace e tempestiva alle richieste, facilitando il raccordo tra i soggetti della Rete Territoriale e consentendo una centralizzazione delle chiamate per la rete territoriale; inoltre, nell'ambito di un futuro piano di sviluppo dei processi di gestione dei pazienti, può costituire un elemento di raccordo e condivisione con il Servizio di Emergenza Urgenza.

# LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

La COT rappresenta lo strumento finalizzato a:

- accogliere e classificare i bisogni dell'utenza, indipendentemente dal setting assistenziale;
- valutare le richieste assistenziali presentate e decodificare il problema/bisogno;
- attivare direttamente i professionisti necessari (MMG, Team Covid, ADI, e magari in prospettiva ed in una fase successiva, il sistema di emergenza urgenza);
- inviare, anche e soprattutto telematicamente, ai servizi competenti per area territoriale, la comunicazione dell'avvenuta segnalazione/richiesta/attivazione delle risorse territoriali;
- informare e orientare i cittadini;
- monitorare e verificare i percorsi assistenziali attivati;
- gestire il sistema informativo con la produzione e l'aggiornamento dei dati necessari;
- ricevere le richieste di dimissione da parte degli ospedali per acuti e individuare in modo appropriato la struttura di destinazione.

L'infrastruttura tecnologica a supporto della COT DEVE CONSENTIRE DI REGISTRARE LE CHIAMATE e di poter recuperare la chiamata stessa dell'utente qualora il primo inoltro non vada a buon fine e/o la risposta alla chiamata non sia stata completamente o in parte soddisfatta.

La Centrale Operativa Territoriale non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture interessate, non è il luogo della diretta "presa in carico" della persona, ma svolge una funzione di coordinamento e monitoraggio.

## **Organizzazione e caratteristiche del processo di gestione della COT.**

La Centrale operativa dovrà rispondere alle caratteristiche di seguito riportate:

- 1) Utilizzo di un numero unico per tutti i cittadini senza obbligo di registrazione preventiva; tale numero è disponibile dal lunedì al venerdì

## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

dalle 8 alle 18 (in futuro si può pensare ad una attivazione 24/24 7/7 nell'ambito di una riorganizzazione complessiva della GMC laddove inserita nel nuovo AO all'interno dell'area critica;

- 2) Il servizio deve fornire informazioni e una prima assistenza e la chiamata è gratuita; le chiamate possono essere effettuate da telefono fisso o mobile e tutti i dati personali vengono trattati nel rispetto della privacy;
- 3) La risposta all'utente deve essere garantita da un operatore in grado di valutare la richiesta di assistenza e, successivamente, instradata verso i servizi in grado di soddisfare il bisogno. La COT deve disporre dei dati anagrafici aggiornati degli assistiti residenti.
- 4) Tramite la COT vengono erogati i seguenti servizi:
  - Prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura di servizio dei CS e previo contatto con i CS stessi
  - Modalità di accesso ai MMG/CS anche in caso di difficoltà di reperimento
  - Tutti i consigli amministrativi richiesti dall'Utenza
- 5) La capacità di risposta del servizio della COT (in termini di numero di operatori) e le risorse fisiche di rete dovranno essere dimensionate in base al traffico rilevato e alla qualità del servizio atteso: a mero titolo esemplificativo, sono da considerarsi indicatori per la quantificazione di personale e risorse tecnologiche, il numero di chiamate/ora, la durata media della chiamata, il tempo di attesa accettabile, la percentuale di perdita del traffico accettabile ( vedi dati delle telefonate sopra riportati). Le risorse fisiche di rete dovranno anche tener conto di un certo numero di canali per le chiamate uscenti. Se la chiamata inoltrata venisse persa il sistema dovrebbe essere in grado di recuperarla. A regime di servizio il tempo di risposta da parte dell'operatore non dovrà essere superiore a 2 minuti nel 75% dei casi.5) Il numero assegnato alla COT non prevede sistemi di risposta automatica, ogni utente verrà messo in una coda di attesa per poi parlare con un operatore.



## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

6) La COT deve predisporre di un sistema di gestione informatizzata delle attività e garantire la registrazione vocale delle chiamate oltre che la loro archiviazione. Il resoconto della chiamata segue le stesse disposizioni di sicurezza relative alla consultazione della documentazione clinica secondo la normativa vigente. Le attività per la messa in pratica di questo primo intervento immediato è già in atto con una rotazione del personale di segreteria dei CS al CUP per un adeguato periodo di formazione. Tuttavia il personale amministrativo necessario per l'allestimento completo del COT è stato individuato in un numero di almeno 6 addetti, tenendo conto che va comunque garantita una presenza di segreteria ai front office dei CS. In caso di disponibilità del personale si può immaginare l'inizio dell'attività del COT entro la fine dell'anno/inizio 2022

### **Reperimento personale medico**

Il giorno 11 ottobre 2021 si sono tenute le prove scritte ed orali inerenti il concorso internazionale per l'assunzione a tempo indeterminato di 1 Medico PDR DIRMED, con la graduatoria che rimarrà valida per 2 anni. Ad ulteriore conferma delle difficoltà nel reperimento di Medici a questo concorso si sono presentati solo 3 Professionisti. E' stata, tuttavia, portata a termine la prova e stilata, in presenza delle OOSS la graduatoria che consentirà, a breve e dopo il vaglio del giudice per la legittimazione della stessa, di coprire in parte le condotte da mesi senza medico nelle quali non sono state garantite adeguate sostituzioni. Entro la fine dell'anno, quindi, solamente 1 Condotta su 19 risulterà ancora scoperta essendo su questa in ruolo un medico no-vax.

### **PROPOSTE A BREVE/MEDIO TERMINE**

#### **Introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità**

## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

L'Introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità si inserisce nel progetto di riorganizzazione della UOC Cure Primarie e Salute Territoriale, contribuendo alla realizzazione di obiettivi ritenuti punti cardine del progetto stesso.

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità IF/C è un professionista appositamente formato, che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Opera sul territorio, diffonde e sostiene una cultura di prevenzione e promozione di corretti stili di vita, si attiva per l'intercettazione precoce dei bisogni e la loro soluzione. Garantisce una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito comunità di riferimento, fornisce prestazioni dirette sulle persone assistite qualora necessarie e si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale in forte integrazione con le altre figure professionali del territorio, in modo da rispondere ai diversi bisogni espressi nei contesti urbani e sub-urbani. Questa soluzione permetterebbe il passaggio definitivo dalla medicina d'attesa alla medicina proattiva, agendo sulle principali e più incidenti patologie cronico-degenerative e sui principali fattori di rischio.

Valore aggiunto a questo servizio è il superamento del lavoro individuale del medico di riferimento a favore di un modello di lavoro per equipe, che garantisca la massima integrazione e collaborazione tra i professionisti coinvolti a vario titolo nel percorso di cura e presa in carico del soggetto cronico e fragile.

Essa permetterebbe anche lo sviluppo dell'attività a domicilio, in parte già assicurata dal Servizio Infermieristico Domiciliare (AID), di recente potenziata dal gruppo di lavoro per la Continuità Assistenziale tra Ospedale e Territorio, e che si prevede raggiungerà la massima attuazione con l'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità.



## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

L'IF/C svolge la sua attività integrandola in una più ampia rete di protezione sanitaria e sociale, in grado di attivare e supportare le risorse di pazienti e caregiver, del volontariato, del privato sociale, e più in generale della comunità. Agisce inoltre sulla valutazione della aderenza alle terapie, monitorando il corretto uso dei farmaci e, parimenti, l'uso dei device.

L'IFC esplica la sua attività di presa in carico del paziente cronico/fragile:

- Al domicilio;
- Presso l'ambulatorio dedicato;
- Nella comunità.

L'ambulatorio dedicato, denominato anche ambulatorio delle cronicità, è a prevalente gestione infermieristica e risponde all'esigenza di:

- migliorare l'accessibilità e la fruibilità da parte dei cittadini dei servizi sanitari e delle prestazioni di assistenza sanitaria primaria (livello di primary care);
- costituire una cerniera tra i servizi ospedalieri, territoriali (di assistenza domiciliare, salute mentale, geriatria, materno-infantile, disabilità degli adulti e dei bambini, specialistica ambulatoriale e Medici di Medicina Generale) al fine di assicurare la continuità assistenziale;
- garantire risposte appropriate ai bisogni di assistenza infermieristica della popolazione attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati;
- promuovere nelle persone i processi di autocura (self care), anche al fine di realizzare una partecipazione attiva e consapevole alle scelte di natura assistenziale (Empowerment del Cittadino);
- promuovere l'attività di prevenzione ed educazione alla salute. L'attuazione di questa proposta ha, oltremodo, l'obiettivo di tenere aperti per più giorni gli ambulatori periferici, garantendo risposte competenti sul posto potendo eventualmente procrastinare e/o

## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

rendere non necessaria la valutazione dei medici Team continuità Ospedale-Territorio (TOS). Il TOS è già stato istituito (chiamato adesso gruppo di lavoro ospedale territorio) per garantire una presa in carico del paziente fragile dimesso dall'ospedale.

All'atto della dimissione il medico del TOS ed il MMG si interfacciano per condividere modalità di incontro con il pz e strategie di controllo, pur rimanendo il MMG responsabile del pz una volta a domicilio. Il TOS ed il medico curante mantengono, quindi, un costante contatto, al fine di garantire un approccio globale al paziente. Le loro funzioni sono principalmente rivolte alle cure al domicilio per questi pz, con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al domicilio.

Il Team può anche essere attivato anche per interventi assistenziali nell'ambito di Residenze Assistenziali, disponendo, detto Team, del supporto di specialisti ambulatoriali che garantiscono la gestione dei casi nelle strutture.

Ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali, risulta fondamentale garantire la presenza di assistenti sociali per una presa in carico globale dei casi. Nell'ambito dei progetti di sviluppo dell'organizzazione del sistema sanitario, il TOS potrebbe rappresentare una valida risposta alle necessità di presa in carico del paziente cronico, con l'obiettivo di assicurare interventi assistenziali a tali pazienti in forma capillare e secondo i principi della medicina d'iniziativa.

In un contesto demografico caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e in un panorama epidemiologico segnato da un aumento delle principali patologie croniche e da un incremento di pazienti poli-patologici e necessità di assistenza a domicilio, emerge appunto la necessità di implementare un modello assistenziale domiciliare che superi il paradigma strettamente prestazionale, garantisca il lavoro in equipe e risponda alle



crescenti necessità di presa in carico del paziente nell'ambito delle cure primarie da attuarsi al domicilio, senza ricorrere alle risorse ospedaliere, che in alcuni casi possono diventare un setting assistenziale inappropriato a cui si ricorre a causa dell'assenza di una risposta territoriale ai bisogni di salute. La complessità assistenziale di questi pazienti deve essere affidata ad un team assistenziale territoriale di operatori, funzionalmente articolabile e modulabile sulla base dei diversi livelli ed intensità dei bisogni assistenziali. La disponibilità di tale team, integrato con le forme organizzative delle altre professionalità specialistiche territoriali consentirebbe per questa tipologia di pazienti ad esempio, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e degli accessi in DEA, nonché il contenimento dell'inappropriatezza delle prestazioni. L'operatività di team territoriali permetterebbe la gestione dei pazienti differenziata secondo specifiche aree di intensità assistenziale, dalle "acuzie semplici" alla terminalità, attraverso la collaborazione con tutte le altre professionalità, ognuna secondo le proprie competenze, promuovendo il criterio della prossimità, in un lavoro condiviso in grado di tutelare realmente la salute dei cittadini vicino al luogo dove vivono e lavorano. Per il mantenimento del TOS, attualmente e sino al 31 dicembre 2021 ricoperto, per la parte medica, da ex MMG attualmente in pensione con contratto integrativo si deve prevedere l'assunzione di almeno altre 2 figure mediche. All'interno delle mansioni previste e prevedibili del TOS dovrà essere valutata anche la presa in carico, per la parte Sanitaria, dell'RSA Casale La Fiorina viste le dimissioni al 31 dicembre 2021 già pervenuta da parte del personale medico ad oggi incaricato.

### PROPOSTE A LUNGO TERMINE

- 1) Centralizzazione in un'unica struttura dei 2 Centri Sanitari di Borgo Maggiore e Murata (Centro Salute Unificato) onde poter sopperire,

## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

soprattutto in emergenza, alla carenza di medici ed alla cronica e drammatica inadeguatezza degli ambienti;

- 2) Mantenimento dell'apertura dei presidi periferici come attualmente previsto, con spostamento del personale sanitario dal Centro Salute Unificato che preferibilmente dovrà avere sede a Borgo Maggiore e la presenza dell'Infermiere di famiglia. Il personale rimanente nel CSU potrà in tal modo garantire tutte le attività anche in presenza di occasionali assenze dei sanitari;
- 3) Ridistribuzione dei pazienti (preferibilmente una volta unificati i Centri Salute di Borgo Maggiore e Murata), sino ad un massimo di 1600 per condotta.

Onde addivenire ad una ridistribuzione dei pazienti, in tal senso nelle varie condotte, con il trasferimento da quelle più numerose (circa 1800) a quelle meno (circa 1350), si propone quale criterio di priorità l'anzianità di appartenenza alla condotta (con spostamento a partire dagli ultimi soggetti trasferiti). Questo provvederà una revisione del fabbisogno, con la piena copertura dei PDR definiti dallo stesso e la previsione di nuove assunzioni.

Si precisa che questa proposta è stata modificata da quella precedentemente avanzata, in quanto il numero di medici presentatosi al concorso espletato nell'ottobre di questo anno, non sono sufficienti ancora a coprire i PDR mancanti all'UOC di riferimento. Si aggiunge che questi PDR si rifanno ai fabbisogni del 2016, ormai non più sufficienti a coprire i bisogni dell'intera UOC.

- 4) Superamento delle 32 + 6 ore di lavoro, passando alle 38 ore integrali all'interno delle quali sarà prevista:
  - l'attività di visita a domicilio che il MMG eseguirà nella giornata stessa partendo dal proprio C.S.;
  - l'attività formativa stabilita annualmente, sia nella tipologia che negli orari di effettuazione, dalla Direzione di Dipartimento Socio Sanitario ed autorizzata dalla Direzione delle Attività Sanitarie e Socio



## LE PROPOSTE ORGANIZZATIVE

- Sanitarie ISS. L'organizzazione oraria dovrà prevedere l'apertura pomeridiana con più sanitari e sarà concordata con le OOSS;
- 5) Potenziamento del lavoro di equipe con audit interni, collaborazione interdipartimentale etc.;
  - 6) Presenza di 2 Coordinatori Infermieristici con azione dirigenziale: 1 nel Centro Salute Unificato e 1 nel Centro Salute di Serravalle, già in essere;
  - 7) Piena attuazione della collaborazione tra i MMG ed il TOS;
  - 8) Revisione di procedure aziendali interdipartimentali onde facilitare l'utilizzo dei servizi da parte dell'utenza. Una di queste è stata già oggetto di verifica il 13 ottobre scorso con la UOC Radiologia;
  - 9) Proposta di regolamentazione dell'accesso dei Medici Sammarinesi alle Specializzazioni post-laurea, onde garantire la presenza di alcuni di questi anche per le necessità della Medicina di Base. La specializzazione ed i titoli sono fondamentali per aumentare la qualità dei professionisti e dei servizi, pertanto vanno previsti anche nell'ambito della Medicina di Base;
  - 10) Si dovrà prevedere uno snellimento nelle procedure burocratiche per l'attivazione dei Concorsi Pubblici per medici, infermieri, OSS;
  - 11) Possibile trasferimento della Direzione Cure Primarie dal Centro Commerciale "Azzurro" al Centro Commerciale "Atlante" per poter permettere:
  - 12) Supervisione costante e continua del Centro Salute di Serravalle;
  - 13) Possibilità di scambio di risorse umane, sia Sanitarie che Amministrative, tra la Direzione Cure Primarie ed il Centro Salute stesso;
  - 14) Riorganizzazione del Servizio di Guardia Medica Centralizzata (GMC) notturna e festiva, che attualmente è in carico alla UOC CPST. Questo servizio per le specificità e le peculiarità proprie di questa attività, dovendo essere coordinato ed integrato con altri servizi sanitari, sarà parte integrante della proposta del nuovo Atto Organizzativo.

## Conclusioni

L'applicazione del modello proposto richiederà l'assunzione di n° 3 medici, di n° 3 infermieri, di n° 3 amministrativi in aggiunta all'attuale fabbisogno previsto. Questa organizzazione permetterà tuttavia:

- 1) **l'autogestione del personale medico-infermieristico (non più necessarie sostituzioni per ferie/malattie/permessi vari);**
- 2) **la redistribuzione degli assistiti per un tetto massimo di n° 1600 pazienti a medico;**
- 3) **il supporto alla Direzione I.S.S. in caso di emergenze epidemiologiche varie (es. Covid);**
- 4) **il supporto al TOS;**
- 5) **l'attività medica presso RSA Casale la Fiorina in sostituzione dei medici esterni con contratto a tempo determinato.**

Per quanto riguarda l'istituzione del servizio amministrativo telefonico centralizzato, questo sarà in parte garantito anche da:

- recupero di n° 3 unità amministrative dagli attuali Centri Salute;

La presenza di questo personale garantirà l'apertura del Servizio dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 18.00 ed il sabato dalle ore 8.00 alle ore 13.00.

## COSTI

A complemento di quanto riportato si riporta un'analisi preliminare dei costi che tale modello richiederebbe.

La previsione per l'assunzione di n° 3 medici, n° 3 infermieri e n° 3 amministrativi è di circa € 500.000,00 annui. Questa spesa sarà compensata dalle:

- 1) mancate uscite derivanti dalle sostituzioni dei medici di base;



# CONCLUSIONI

- 2) mancate uscite derivanti dall' impiego di medici assunti a tempo determinato per garantire:
  - a. la Continuità Assistenziale tra Ospedale e Territorio;
  - b. l'attività medica all' RSA "Casale La Fiorina";
  - c. l'attività medica nel Gruppo Covid Territoriale.

Tutto ciò garantirà la **continuità socio assistenziale**, che è uno dei capisaldi di questa riforma proposta.

## INDICATORI DI VERIFICA

Si propone di costruire indicatori appositi che vengano concordati in sede di discussione degli obiettivi di budget.

## ASPETTI AMMINISTRATIVI

Facendo seguito alla nota interna del DA inviata in data 8 settembre 2021 si rileva che gli aspetti propositivi nonché progettuali risultano di supporto alle indicazioni progettuali di natura sanitaria del presente documento.

In particolare l'attività di riorganizzazione dei front office in corso di implementazione nonché gli aspetti formali contenuti nella proposta di Atto Organizzativo per l' Area tecnico amministrativa inviata alla commissione valutatrice in data 31/05/2021 (in fase di revisione a seguito delle indicazioni fornite al CE durante apposito incontro avvenuto nel mese di luglio 2021) permetterà al progetto sanitario qui presentato di attuarsi in un' ottica integrata al fine di risolvere le criticità rilevate a beneficio dell' utenza, in particolare quella più fragile ( che vedrà abbattute le barriere architettoniche dal trasferimento dei front office interni all' Ospedale versus piano terra con accesso esterno, con l' introduzione centralizzata del CUP e dei front office dislocati per favorire la rotazione del personale di supporto al fine di garantire

# CONCLUSIONI

un miglior servizio ai cittadini, nonché l'introduzione di modalità digitalizzate per agevolare la prenotazione).

Questo progetto, se condiviso con l'Onorevole Segretario di Stato per la Sanità, determinerà un'implementazione di protocolli e procedure per ognuno dei punti sommariamente illustrati.

**Direttore Generale ad interim**

Dr. Sergio Rabini



**Direttore Amministrativo**

Dr. Marcello Forcellini



