Azienda Sanitaria delle Zone
Senese, Alta Val d'Elsa,
Val di Chiana, Amiata Val d'Orcia

Centro Direzionale Amministrativo – Piazza C. Rosselli, 26 – 53100 Siena

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N° 92 DEL 17/03/2014

Il Direttore Generale, Dott. Nicolò Pestelli
su proposta della struttura aziendale
U.O. Affari Generali e Legali

adotta la seguente deliberazione:

OGGETTO: Patto Territoriale AUSL 7 SIENA - Protocollo attuativo delle azioni di cui al punto 3 Deliberazione GRT n. 1235 del 28 Dicembre 2012 - Adozione

Responsabile della struttura proponente: Elisabetta Lucaroni

Responsabile del procedimento: Elisabetta Lucaroni

Azienda Sanitaria delle Zone
Senese, Alta Val d'Elsa,
Val di Chiana, Amiata Val d'Orcia

Centro Direzionale Amministrativo – Piazza C. Rosselli, 26 – 53100 Siena

IL DIRETTORE GENERALE

RICHIAMATO l'art. 3 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., nonché gli artt. 35 e 36 della Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 a s.m.i.;

RICHIAMATO il Decreto del Presidente della Giunta Regionale 23 gennaio 2012, n. 36, con il quale il sottoscritto è stato nominato Direttore Generale di questa Azienda USL 7 di Siena, a far data dal 24 gennaio 2012;

LETTA e valutata la proposta allegata al presente provvedimento, a formarne parte integrante e sostanziale (allegato 1), con la quale il Direttore U.O. Affari Generali e Legali, dott.ssa Elisabetta Lucaroni, anche quale responsabile del procedimento, propone l'adozione dell'atto ad oggetto "Patto Territoriale AUSL 7 SIENA - Protocollo attuativo delle azioni di cui al punto 3 Deliberazione GRT n. 1235 del 28 Dicembre 2012 - Adozione", attestandone con la sottoscrizione la legittimità e la regolarità formale e sostanziale;

PRESO ATTO che il Direttore del Dipartimento Attività Amministrative e di Controllo, dott.ssa Elisabetta Nigi, attesta che il presente atto è coerente con gli indirizzi e gli obiettivi ad esso assegnati;

ACCERTATA la sussistenza delle motivazioni esposte nella proposta come sopra formulata da parte del proponente e ritenuto che le motivazioni addotte risultino coerenti con gli scopi e le finalità dell'Azienda;

CONSIDERATO pertanto di far propria la proposta allegata, recependola integralmente nei termini e per le motivazioni in essa indicate;

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e, per quanto di competenza, del Direttore Sanitario.

DELIBERA

1. di far propria la proposta allegata al presente atto quale parte integrante e sostanziale (allegato n. 1), di approvarla integralmente nei termini indicati e pertanto di adottare lo schema di Piano Territoriale allegato 1 a) alla proposta a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che l'adozione del presente atto non comporta oneri a carico del bilancio della

Azienda Sanitaria delle Zone
Senese, Alta Val d'Elsa,
Val di Chiana, Amiata Val d'Orcia

Centro Direzionale Amministrativo – Piazza C. Rosselli, 26 – 53100 Siena

AUSL 7 di Siena;

3. di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'Art. 42 comma 4, Legge regionale n. 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i, come modificata, per consentire la sottoscrizione del documento in oggetto prevista per il giorno 19 marzo 2014.

Azienda Sanitaria delle Zone:
Senese, Alta Val d'Elsa, Val di Chiana Senese, Amiata Val d'Orcia

Dipartimento Attività Amministrative e di Controllo

U.O. Affari Generali e Legali

Proposta di adozione del Provvedimento - Allegato n. 1

OGGETTO: Patto Territoriale AUSL 7 SIENA - Protocollo attuativo delle azioni di cui al punto 3 Deliberazione GRT n. 1235 del 28 Dicembre 2012 - Adozione

VISTA la Deliberazione DG n. 604 del 26 novembre 2012, avente ad oggetto "Modifica Regolamento di Organizzazione Aziendale e Repertorio delle Strutture", con la quale è stata istituita, tra l'altro, la U.O.C. Affari Generali e Legali;

VISTA la Deliberazione DG n. 18 del 16 gennaio 2013, avente ad oggetto "Attribuzione degli incarichi di direzione delle strutture organizzative del Centro Direzionale e dei processi di supporto tecnico-amministrativo in funzione della nuova organizzazione aziendale", con la quale, tra l'altro, è stato attribuito l'incarico di direzione della U.O.C. Affari generali e Legali alla Dr.ssa Elisabetta Lucaroni;

RICHIAMATA la Deliberazione GRT n. 1235 del 28 dicembre 2012, recante DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale – Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo", ed in particolare le azioni di cui all'obiettivo 3 della scheda territorio, ospedale, residenzialità, relative alla ridefinizione della rete ospedaliera;

VISTO lo schema di Piano Territoriale allegato 1 a) alla presente proposta a formarne parte integrante e sostanziale, trasmesso dal Direttore Sanitario, Dr. Mauro Maccari, con nota di posta elettronica del 17 marzo 2014, disponibile in atti, con il quale, in attuazione del citato obiettivo 3, si delineano una serie di interventi di riorganizzazione dei servizi che garantiscano sostenibilità, equità e qualità pur in un contesto di riduzione delle risorse a disposizione;

PROPONE

1. di adottare lo schema di Piano Territoriale allegato 1 a) alla presente proposta a formarne parte integrante e sostanziale;
2. di dare atto che l'adozione della presente proposta non comporta oneri a carico del bilancio della AUSL 7 di Siena;

3. di dichiarare il presente atto immediatamente eseguibile ai sensi dell'Art. 42 comma 4, Legge regionale n. 24 febbraio 2005, n. 40 e s.m.i, come modificata, per consentire la sottoscrizione del documento in oggetto prevista per il giorno 19 marzo 2014.

Patto Territoriale USL 7 SIENA

Protocollo attuativo delle azioni di cui al punto 3

Delibera GRT n. 1235 del 28.12.2012

Azienda USL 7 Siena

Servizio Sanitario della Toscana

1. LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE (DGR 1235/12) 5
2. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA AZIENDALE 9
2.1 L'organizzazione attuale del Presidio Ospedaliero della ASL 7 Siena 9
2.2 Recupero dell'efficienza ed incremento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto per acuti: il progetto integrato AOUS-ASL7 di Siena sull'offerta dei servizi ospedalieri e sulla razionalizzazione della rete ospedaliera 10
2.3 Integrazione dell'assistenza ospedaliera a medio-bassa intensità con le cure primarie e intermedie 14
2.3.1 La riorganizzazione delle cure intermedie 14
2.3.2 Agenzia per la continuità assistenziale ospedale-territorio (A.C.O.T.) 16
2.4 La creazione di ospedali focalizzati sulla bassa e media complessità: il *Focused Hospital* 17
2.5 Riorganizzazione del Percorso Punti Nascita 18
2.6 Progetto Area Critica 21
2.6.1 Premessa 21
2.6.2 Il progetto Area Critica nell'Azienda USL7 di Siena 22
2.7 L'ospedale organizzato per intensità di cure 28
2.8 Ridefinizione di modelli organizzativi dell'ospedale di notte 31
2.9 La riorganizzazione dello Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese 32
3. RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE DEI LABORATORI 36
4. LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRASFUSIONALE: ATTIVAZIONE DELL'OFFICINA TRASFUSIONALE DI AREA VASTA 38
5. LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE 40
5.1 Il riassetto delle Cure Primarie 40
5.2 La riorganizzazione delle attività distrettuali 41
5.2.1 L'organizzazione attuale dell'attività distrettuale della AUSL 7 Siena 41
5.2.2 Il nuovo modello di organizzazione territoriale della AUSL 7 Siena 43
5.3 La riorganizzazione della rete per le Cure Palliative 50
5.3.1 L'organizzazione attuale della rete per le Cure Palliative 50
5.3.2 Il progetto di riorganizzazione 50
5.4 La riorganizzazione dell'assistenza alla disabilità 51
5.4.1 L'organizzazione attuale dell'assistenza alla disabilità 51
5.4.2 Obiettivi per il futuro 58
5.5 La riorganizzazione del percorso Salute Mentale Adulti 59
5.6 La riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione 61
5.6.1 L'organizzazione attuale del Dipartimento di Prevenzione 62
5.6.2 Il progetto di riorganizzazione 62
6. LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI NELLE 4 ZONE 64
6.1 Zona Alta Valdelsa 64
6.1.1 Il riassetto delle Cure Primarie 64
6.1.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali 65
6.1.3 La riorganizzazione dell'assistenza alla disabilità 69
6.1.4 La riorganizzazione del percorso Salute Mentale Adulti 69
6.2 Zona Senese 71
6.2.1 Il riassetto delle Cure Primarie 71
6.2.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali 71
6.2.3 La riorganizzazione dell'assistenza alla disabilità 77
6.2.4 La riorganizzazione del percorso Salute Mentale Adulti 77

6.3 Zona Valdichiana 78
6.3.1 Il riassetto delle Cure Primarie 78
6.3.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali 79
6.4 Zona Amiata Val d'Orcia 85
6.4.1 Il riassetto delle Cure Primarie 85
6.4.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali 85
7. L'ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE MEDICINA GENERALE-AZIENDA USL7 91
8. PROGETTI PER LO SVILUPPO DELLA CONSEGNA DIRETTA DI FARMACI A PAZIENTI CRONICI 101
8.1 Progetto consegna diretta farmaci a pazienti cronici 101
8.2 Progetto: Consegna diretta farmaci ai pazienti cronici presso le RSA 104
9. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE 107
10. PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN CENTRO DIAGNOSTICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE PER LE MALATTIE EPATO-BILIO-PANCREATICHE NELLA STAZIONE TERMALE DI CHIANCIANO 109
11. PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE 111

1. LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE (DGR 1235/12)

In un panorama in cui i modelli organizzativi e culturali della sanità pubblica stanno diventando inadeguati nei confronti dei cambiamenti profondi della società e del mutato quadro economico, anche il Sistema Sanitario Regionale Toscano, pur ritenuto avanzato, si trova a rischio di non essere più adeguato a rispondere ai bisogni dei cittadini. L'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria, fino ad oggi perseguito con meccanismi di buona gestione, di razionalizzazione, di compatibilità e di standardizzazione, non sembra più essere sufficiente per poter garantire il diritto alla salute dei cittadini, ma si rende necessario un rinnovamento più ampio e incisivo.
La sanità toscana si trova a far fronte a una riduzione consistente di risorse in un momento di crisi, quando il bisogno socio-sanitario della popolazione tende ad aumentare. La sfida è generare più "valore" per la popolazione con le risorse a disposizione, tenendo presenti due principi chiave: la qualità e l'equità.
In tale ottica nascono la Delibera della Giunta regionale n. 754 del 10 agosto 2012, "Azioni d'indirizzo alle Aziende e agli altri Enti del SSR attuative del DL 95/2012 ed azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale", e la Delibera della Giunta regionale n. 1235 del 28 dicembre 2012 "DGR 754/2012, allegato B "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale". Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo", che delineano gli interventi di cambiamento da attuare per assicurare ai cittadini i loro diritti costituzionali. Tali interventi si pongono sostanzialmente gli obiettivi di:

- potenziare una visione "di sistema" non limitata a specifici ambiti funzionali ed organizzativi aziendali;
- implementare la ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni ed incentivare la produzione di quelle a più alto valore per la salute dei cittadini;
- sviluppare una stretta interconnessione delle cure, nei vari contesti dove esse vengono erogate, in una logica di valorizzazione e promozione della continuità assistenziale: gli ospedali, il territorio, le strutture residenziali;
- riorganizzare le attività di prevenzione individuale e collettiva;
- implementare il cambiamento strutturale di molte filiere logistiche e di tutti quei servizi di supporto ad alto valore aggiunto (le centrali 118, i laboratori analisi, le officine del sangue, i processi di gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, così come degli altri beni e servizi);
- eliminare le aree di inefficienza individuate;
- garantire eguale accesso ai servizi, a prescindere dalla posizione sociale ed economica;
- sviluppare un sistema di gestione tecnologica dell'informazione e della comunicazione, unico e condiviso.

La DGR 1235 si propone come atto di indirizzo alle Aziende Sanitarie ed alle Aree Vaste in relazione alle seguenti aree:

- Territorio, ospedale e residenzialità
- Appropriatezza della produzione ospedaliera
- Emergenza/urgenza
- Laboratori
- Prevenzione
- Farmaceutica, beni e servizi

Per quanto riguarda l'organizzazione territoriale, la DGR 1235 intende valorizzare il ruolo dei Medici di Medicina Generale e del Distretto. I MMG sono chiamati a ricoprire un ruolo da protagonisti nella rete di assistenza. Ciò comporta che al MMG sarà chiesta una responsabilizzazione verso le politiche sanitarie, cioè di effettuare, attraverso i coordinatori delle aggregazioni "Associazioni funzionali territoriali" e/o "Unità di Cure Primarie", un'opera di relazione e coordinamento dei professionisti e di assistenza nei confronti del proprio assistito rispetto all'offerta dei servizi, che vanno dalla prevenzione della malattia, all'informazione e al sostegno al malato, all'orientamento del paziente all'interno della rete allargata dei servizi, anche e soprattutto ospedalieri.
Il ruolo del MMG deve esplicarsi in maniera efficace nell'ambito di un "distretto forte", cioè in grado di trasmettere ai cittadini fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio, dove è assicurata la continuità ospedale - territorio e l'integrazione sociosanitaria. In tal senso dovranno essere adottati interventi volti a ridefinire l'identità ed aumentare la riconoscibilità del distretto, nonché ad ottimizzarne l'organizzazione, attraverso la definizione di standard regionali di riferimento, articolati su tre livelli assistenziali.
Il potenziamento delle cure primarie dovrà prevedere strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello "orizzontale" (modelli a rete multi-professionali) che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale e allo stesso tempo alternativi allo stesso). E' prevista la promozione di modelli organizzativi complessi della Medicina primaria con particolare riferimento a:

- riorganizzazione dei presidi distrettuali, attraverso la costituzione di AFT/ UCCP, articolate in Case della Salute e Centri Medici secondari;
- integrazione dei servizi distrettuali USL con la Medicina Generale, attraverso le nuove forme organizzate (AFT, UCCP, Case della Salute).

Per quanto riguarda l'AFT, questa è intesa come un raggruppamento funzionale, mono professionale, di MMG. I suoi compiti sono, oltre a garantire la normale assistenza agli assistiti, di realizzare la sanità di iniziativa, attuare azioni di governance clinica, garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio, partecipare da attività di prevenzione ed erogare diagnostica di primo livello. L'AFT può comprendere anche la continuità assistenziale notturna, feriale e festiva (guardia medica). La dimensione di riferimento è di 30.000 assistiti ed il numero di MMG non deve essere inferiore a 20. E' prevista la figura di un coordinatore che ha la responsabilità organizzativa dell'AFT. Estremamente importante è il suo ruolo all'interno dell'AFT nella discussione del budget, inteso come la definizione degli obiettivi assistenziali e delle risorse necessarie al loro raggiungimento.
L'UCCP è un'aggregazione strutturale multiprofessionale, di cui fanno parte i MMG, insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi, che opera nell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con più di una sede di riferimento. E' previsto un referente che coordina le attività cliniche dell'UCCP, si rapporta con il Distretto e risponde del raggiungimento degli obiettivi. Le attività sono simili a quelle dell'AFT, ma integrate e quindi implementate dalla collaborazione multiprofessionale.
La Casa della Salute rappresenta un nuovo modello per la sanità territoriale: è un presidio organizzato per la piena e corretta presa in carico della domanda di salute dei cittadini. La Regione Toscana definisce la Casa della Salute come la sede pubblica dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie, compresi gli ambulatori di Medicina Generale e di Specialistica ambulatoriale, e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. Essa rappresenta, quindi, il luogo fisico, ben identificabile e riconoscibile per tutti dove viene erogata l'assistenza territoriale. Il sistema si basa sulla realizzazione di

“moduli” capaci di offrire servizi e prestazioni socio sanitarie a vari livelli di complessità assistenziale, in relazione al territorio - in cui il modulo è ubicato - ed alla tipologia di popolazione che vi afferisce.
E’ prevista la possibilità di una sede unica o di un modello che preveda anche sedi periferiche.
La Casa della Salute è coordinata da un medico convenzionato, che assume la responsabilità dell’omogenea presa in carico di tutti gli utenti e del raggiungimento di tutti gli obiettivi concordati a livello distrettuale.
In definitiva la Casa della Salute rappresenta un nuovo modello per la sanità territoriale attraverso la quale i cittadini possono disporre di un presidio impegnato e organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio sanitaria (DGR 625/2010). Così si intende favorire il riequilibrio tra ospedale e territorio attraverso un miglioramento delle modalità di risposta ai fabbisogni dei propri cittadini residenti, indirizzando gli utenti verso il setting assistenziale più appropriato rispetto alla tipologia di bisogno, garantendo sempre volumi e mix di prestazioni adeguati (ovvero permettendo un miglioramento di tutti quegli indicatori prima identificati come aree critiche nel contesto di un buon governo della domanda di salute).
Per quanto riguarda l’organizzazione ospedaliera, questa è chiamata ad evolvere verso la ricerca di un nuovo equilibrio tra qualità delle cure e sostenibilità del sistema, puntando al miglioramento dell’efficienza di funzionamento degli ospedali e all’aumento dell'appropriatezza di utilizzo.
Uno degli aspetti individuati come critico ai fini di tale miglioramento è quello della mobilità sanitaria dei residenti toscani, che fa pensare che nel territorio regionale vi sia una rete ospedaliera, ma in parte spontanea e non gestita come tale. La mobilità può essere ridotta anche mediante lo studio di meccanismi di disincentivo all'utilizzo delle strutture ospedaliere secondo modalità non coerenti con la pianificazione regionale, individuando percorsi che indirizzano verso ospedali di riferimento zonali in coerenza con la presenza di distretti “forti”.
Approfondendo l’analisi del prodotto ospedaliero toscano emerge, da un lato, la difficoltà di contenere il ricovero medico inappropriato e dall'altro una scarsa efficienza nel soddisfare il bisogno di ricovero chirurgico. Nel ridisegno complessivo descritto nella DGR 1235/12, l’area chirurgica deve superare la sua connotazione eccessivamente generalista puntando ad una segmentazione del bisogno chirurgico, garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e dei reparti di degenza e favorendo una mobilità dei professionisti all’interno dell'Area Vasta. La logica conseguenza di questo approccio è la realizzazione di *focused hospital* specializzati sulla media complessità per percorsi ad alto volume e ad alta standardizzabilità. In tal senso, anche la riorganizzazione sui punti nascita è esattamente riconducibile a questa logica.
Un altro punto critico evidenziato è quello del modello di accesso diurno al livello ambulatoriale, che rimane impostato prevalentemente sulla erogazione di singole prestazioni. Per superare questa criticità diviene fondamentale individuare dei percorsi ambulatoriali sulla base sia della prevalenza epidemiologica di alcune patologie che sulla criticità delle stesse, e predisporre delle aree ambulatoriali ad hoc in cui professionisti appartenenti ad ambiti disciplinari diversi, possano in parallelo fornire le proprie competenze su cluster di pazienti selezionati e soprattutto condividere le informazioni in tempo reale. Ulteriori spazi di miglioramento sono da ricercarsi, inoltre, nell'organizzazione notturna degli ospedali. La presenza medica nell’orario notturno nei presidi ospedalieri è garantita sostanzialmente da due gruppi di professionisti: i medici del pronto soccorso e i medici in guardia attiva divisionale o interdivisionale che determinano un rilevante consumo di risorse rispetto all'attività svolta. Occorre quindi aggiornare e rivedere i modelli organizzativi della continuità assistenziale avendo come riferimento le best practices che la letteratura di riferimento mette a disposizione, nello specifico le esperienze del *“night-hospital”* e *“hospitalist”* assicurando la massima garanzia dei livelli di sicurezza per il paziente.

Un altro ambito di miglioramento individuato è rappresentato dalla ricerca di una maggiore efficacia della gestione operativa. Nel percorso di cura la singola persona attraversa una serie di compartimenti produttivi quali pronto soccorso, aree di degenza, sale operatorie, aree di diagnostica, ambulatori, all'interno di ciascuno dei quali ad oggi si è lavorato per rendere efficiente il percorso non tenendo però conto del processo nella sua globalità. Tali considerazioni devono spingere ad attivare approcci in grado di governare il flusso del paziente nel percorso di cura, ottimizzandone l'andamento, agendo nei singoli comparti per aumentare l'efficienza e l'efficacia complessiva dell'intero percorso grazie all'adozione di nuovi strumenti gestionali in grado di fornire un supporto decisionale al management. Dalla DGR 1235/12 emerge, quindi, un quadro che tende a potenziare la presa in carico precoce del paziente, ridurre al minimo indispensabile l'utilizzo dell'ospedale e migliorarne il funzionamento, secondo una nuova filosofia di percezione e utilizzo dell'ospedale in base alla quale la gestione ospedaliera dei bisogni sanitari dovrà essere limitata alla gestione dei bisogni acuti e/o di competenza altamente specialistica.

Sulla base dei suddetti principi, l'Azienda USL 7 intende dare attuazione alle azioni prioritarie di riordino del SSR previste dalla DGRT 1235/12, procedendo a interventi di riorganizzazione dei servizi che garantiscano sostenibilità, equità e qualità pur in un contesto di riduzione delle risorse a disposizione.

2. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA AZIENDALE

2.1 L'organizzazione attuale del Presidio Ospedaliero della ASL 7 Siena

Attualmente l'AUSL 7 Siena è dotata di 3 stabilimenti ospedalieri organizzati in un Presidio Ospedaliero unico aziendale. I tre stabilimenti si trovano nel comune di Poggibonsi (Zona Alta Val d'Elsa), nel comune di Montepulciano (Zona Valdichiana Senese) e nel comune di Abbadia San Salvatore (Zona Amiata Val d'Orcia).
Sul territorio insiste anche il Presidio Ospedaliero di Alta Specializzazione dell'AOU Senese che costituisce anche il presidio di riferimento per i ricoveri di base della Zona Senese. Un caso a parte è rappresentato dal P.O. SPDC (Servizio Prevenzione Diagnosi e Cura) gestito dalla AUSL7 ma fisicamente situato negli spazi della AO Senese. Inoltre il territorio accoglie la Clinica Convenzionata Rugani che effettua attività di ricovero in ambito chirurgico e di riabilitazione.
Nell'anno 2012 sono stati effettuati complessivamente presso i Presidi della AUSL 7 e dalla Rugani 20.572 ricoveri di cui quasi il 74% in regime ordinario e circa il 26% in day hospital (DH). Rispetto al 2011 risulta ridotto il numero assoluto dei ricoveri (-146), con una diminuzione della quota erogata in regime ordinario (circa -1%) e un conseguente aumento della percentuale di quella in DH.
I 20.572 ricoveri effettuati nel 2012 da tutte le strutture della AUSL7 sono stati erogati, nel 68% dei casi, a cittadini residenti. Rispetto al 2011 si rileva una modesta riduzione percentuale di ricoveri erogati a residenti (dal 70,5 al 68,1%) mentre si rileva un lieve incremento delle attrazioni intra-regionali (dal 15,0 al 15,9 %) e un ulteriore, seppur piccolo, aumento delle attrazioni da fuori regione i cui ricoveri sono passati nell'ultimo anno dal 15,4% al 15,8%. Per questi ultimi va segnalata l'elevata percentuale di ricoveri extra regione, per di più in aumento rispetto al 2011 (67,7% vs 66%), erogati dalla Clinica Rugani. E' da sottolineare inoltre il 26,3% di ricoveri dello Stabilimento Ospedaliero della Val d'Elsa per residenti in altre ASL regionali, in leggero aumento rispetto al 2011, e il 7,8% dello Stabilimento Ospedaliero Val di Chiana per residenti fuori regione, in lieve riduzione rispetto al 2011 quando si assestava su un 8,9%; per lo stesso Stabilimento si segnala viceversa, un lieve incremento delle attrazioni da altre ASL toscane (8,9% vs 7,8%).

RICOVERI IN PRESIDI ASL 7 PER ZONA EROGATRICE E RESIDENZA UTENTE

Anno 2012

Numero Ricoveri per Zona di Erogazione	Totale Ricoveri	Residenti ASL7	% ricoveri residenti ASL7	Residenti Toscana altre Asl	% attrazione altre Asl Toscana	Residenti altre Regioni	% attrazione altre regioni
Zona dell'Alta Val d'Elsa	8.385	5883	70,16%	2208	26,33%	294	3,51%
Zona della Val di Chiana Senese	7.487	6229	83,20%	667	8,91%	591	7,89%
Zona dell'Amiata Senese	1.270	1065	83,86%	146	11,50%	59	4,65%
Zona Senese	3.430	848	24,72%	262	7,64%	2320	67,64%
Totali	**20.572**	**14.025**	**68,18%**	**3.283**	**15,96%**	**3.264**	**15,87%**

Elab. ESTAV SUD-EST - Servizi ICT Siena

Dal punto di vista clinico-assistenziale gli stabilimenti sono organizzati in Dipartimenti. In particolare sono presenti:

- il Dipartimento di Medicina Interna
- il Dipartimento Chirurgico
- il Dipartimento di Terapie Intensive
- il Dipartimento dei Servizi
- il Dipartimento di Emergenza-Urgenza

Altri due dipartimenti che insistono in modo trasversale nell'organizzazione ospedaliera sono il Dipartimento Infermieristico Ostetrico e il Dipartimento Tecnico-Sanitario.

2.2 Recupero dell'efficienza ed incremento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto per acuti: il progetto integrato AOUS-ASL7 di Siena sull'offerta dei servizi ospedalieri e sulla razionalizzazione della rete ospedaliera

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e l'Azienda USL 7 di Siena, in coerenza con gli indirizzi dettati dalla Regione Toscana con DGRT n.1235/2012 in tema di razionalizzazione della rete ospedaliera del Servizio Sanitario Regionale Toscano, hanno sviluppato una specifica progettualità in materia di offerta ospedaliera.

Gli obiettivi regionali, a seguito delle direttive emesse sul tema a livello nazionale, risultano essere prevalentemente i seguenti:

- Recupero di efficienza dei posti letto con tasso di occupazione >=85%;
- Incremento dei livelli di appropriatezza;
- Ottimizzazione dei processi intraospedalieri ed ospedale-territorio;
- Potenziamento della rete ospedaliera "gestita", con la riconduzione delle attività altamente specialistiche verso le Aziende Ospedaliere Universitarie e delle attività ospedaliere di 1° livello prevalentemente verso i Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Territoriali.

Le azioni da mettere in atto al fine di realizzare tali obiettivi di "sistema" sono pertanto volti a:

- Ridurre il parametro dei posti letto per 1.000 abitanti fino a 3,15 (inclusa riabilitazione e lungodegenza), tenendo conto della diversità di contesti organizzativi aziendali e dei fabbisogni dei relativi bacini territoriali di riferimento;
- Ridurre il tasso di ospedalizzazione standardizzato allineandolo all'obiettivo di 120 ricoveri per 1.000 abitanti;
- Perseguire i livelli ottimali di appropriatezza specifica, riducendo la variabilità tra le strutture regionali dei tassi di ospedalizzazione standardizzati per specifiche procedure elettive e tenendo a riferimento i modelli già sperimentati e attuati in alcune aziende sanitarie;
- Investire risorse economiche all'interno delle Aziende Ospedaliere Universitarie (in parte recuperate tramite la riconduzione di alcune attività ospedaliere di 1° livello presso i Presidi Ospedalieri Territoriali) per il potenziamento delle attività di elevata specializzazione e di eccellenza.

L’attività progettuale di riorganizzazione della rete ospedaliera e di ridefinizione della dotazione di posti letto dell’Azienda Ospedaliera Universitaria Senese e dei Presidi Ospedalieri della Azienda USL 7 di Siena, svolta di concerto tra l’AOU Senese e l’AUSL 7 di Siena, si è basata sull’applicazione delle seguenti misure e sull’allineamento ai seguenti parametri di riferimento:

1. Applicazione di un Tasso di Occupazione dei Posti-Letto dell’80% per i ricoveri urgenti e del 90% per i ricoveri programmati;
2. Riduzione della degenza media standard, avendo come riferimento la degenza media calcolata dal Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa (o quella aziendale, se già inferiore agli standard di riferimento regionali);
3. Aumento dell’appropriatezza di ricovero, in applicazione del Patto per la Salute 2010-2012 e degli indirizzi regionali in materia, ipotizzando una riduzione del 50% delle giornate di degenza corrispondenti a DRG medici e chirurgici potenzialmente inappropriati (con ipotesi di riconversione dei ricoveri ordinari in ricoveri diurni, in Day Service ed in pacchetti di prestazioni ambulatoriali multidisciplinari);
4. Aumento delle giornate di degenza derivanti dalla riduzione delle liste di attesa operatorie per alcune specialità chirurgiche, in corrispondenza di un recupero della capacità produttiva finalizzato alla riduzione del fenomeno della mobilità passiva/“fughe” a livello di Area Vasta Toscana Sud-Est;
5. Potenziamento dell’offerta ospedaliera per effetto di un parziale recupero delle “fughe” Extra Area Vasta ed Extra Regione Toscana della popolazione residente nell’Area Vasta Sud-Est per i DRG con peso >=2,5 nelle 7 specialità individuate e concordate in ambito di Area Vasta, ovvero:

   a) Cardiochirurgia,
   b) Cardiologia,
   c) Chirurgia Toracica,
   d) Chirurgia Vascolare,
   e) Ematologia,
   f) Neurochirurgia,
   g) Terapia Intensiva Neonatale.

   Relativamente alla popolazione residente nella zona Senese dell’AUSL 7 di Siena, rappresentando l’AOU Senese il Presidio Ospedaliero di riferimento, si ipotizza inoltre un potenziamento dell’offerta ospedaliera finalizzato al recupero delle “fughe” Extra Area Vasta ed Extra Regione Toscana anche nelle altre specialità;
6. Impegno condiviso a livello di Area Vasta Sud-Est con tutte le Aziende Sanitarie Territoriali, in merito al suddetto recupero della mobilità passiva della popolazione residente nell’Area Vasta Sud-Est verso l’AOU Senese;
7. Attivazione e sviluppo dei Dipartimenti Tecnico-Professionali a livello di Area Vasta Sud-Est;
8. Parziale riconduzione da parte dell’AOU Senese delle attività di bassa specialità (con DRG <2,5) attualmente erogate per la popolazione residente nell’Area Vasta Sud-Est (ad eccezione dei residenti della zona Senese dell’AUSL 7 di Siena) verso i Presidi Ospedalieri delle Aziende USL dell’Area Vasta Sud-Est, in accordo con gli standard previsti dalla DGRT n.1235/2012 di un tasso di ospedalizzazione di 120 ricoveri per 1.000 abitanti e di 3,15 posti letto per 1.000 abitanti, oltre al rispetto dei criteri regionali di attribuzione alle Aziende Sanitarie delle

rispettive attività di “competenza”;

9. Ottimizzazione del Tasso di Occupazione dei Posti-Letto di Day Hospital/Day Surgery dell’AOU Senese e trasferimento e/o riconversione delle attività (potenzialmente inappropriate) dal regime di degenza ordinaria verso l’assistenza diurna;
10. Ampliamento dell’offerta dei servizi ospedalieri di alta specializzazione dell’AOU Senese, finalizzato alla valorizzazione delle eccellenze già presenti in Azienda e volto al maggiore soddisfacimento della domanda di salute della popolazione sul territorio.

Come più avanti meglio esplicitato, rispetto ai parametri regionali PL/popolazione residente i presidi USL7 hanno 30 PL in meno, rispetto invece alla appropriatezza dei ricoveri per DRG/PL risulterebbero eccedenti. Preme sottolineare che c'è, evidentemente, una inefficienza del sistema che sarebbe bene approfondire, soprattutto con una verifica puntuale sulle codifiche delle SDO, attraverso un maggior coinvolgimento dei dirigenti medici responsabili. Analoga riflessione vale per l'AOUS perché anche lì si riscontrano ricoveri impropri o prolungati inutilmente o posti letto non utilizzati

Azioni previste dall’Azienda USL 7

In relazione all'appropriatezza nell'utilizzo dei posti letto (PL) ospedalieri per acuti, i dati relativi alla Azienda USL7 dimostrerebbero un valore sensibilmente inferiore rispetto allo standard regionale di PL. Secondo i criteri della succitata delibera regionale (3,15 posti letto/1000 abitanti), essendo i residenti della provincia di Siena 272.638 (fonte ISTAT), i posti letto teorici per tale bacino di utenza dovrebbero essere 859.
L’Az.USL7 ad oggi può contare su un totale di **PL 380**, così distribuiti:

St ospedaliero	**p.l. ordinari**	**p.l. DH**	**p.l. Day Surgery**	**Alta Specialità**	**Totale**
Alta Valdelsa	146	16	8		170
Osp Riun Valdichiana	131	16	6		153
Amiata Val d'Orcia	27	4	3		34
Rugani	15*	0			15
SPDC c/o AOUS	8	0			8
Totale USL7	327	36	17		380
AOUS	339			110	449
Totale	**666**	**36**	**17**	**110**	**829**

*i 15 PL della Clinica Rugani sono stati calcolati considerando l’utilizzo da parte dei soli residenti in Regione Toscana e applicando un tasso di occupazione dell’85%.

Sulla base dei dati sopra riportati, l’indice di posti letto a livello provinciale risulta pertanto pari a 3.04 per 1000 abitanti.
Tenuto conto dei p.l. utilizzati da residenti di altre province di Area Vasta e da residenti fuori Area Vasta, si ha la seguente situazione:

Aziende	Siena			Arezzo			Grosseto			Extra Area Vasta	Totale
	1° livello	2° livello	Totale	1° livello	2° livello	Totale	1° livello	2° livello	Totale		
USL 7	304	-	304	7	-	7	8		8	61	**380**
AOUS	339	110	449	25	29	54	35	28	63	184	**750**
Totale	**643**	**110**	**753**	**32**	**29**	**61**	**43**	**28**	**71**	**245**	**1130**

Con un indice di p.l. pari a 2,7 per 1000 abitanti.

Considerando che i ricoveri per DRG inappropriati in stabilimenti della USL contano per circa 55 p.l. (contando su un recupero del 50% di tale inappropriatezza) e tenendo conto del recupero delle fughe secondo criteri condivisi a livello di Area Vasta e di incrementare le attrazioni (vedi tabella sottostante), si arriva ad un totale ottimale di posti letto per gli stabilimenti della USL 7 di 362 p.l. rispetto alla dotazione attuale di 380.

	PL
PL ricoveri inappropriati USL 7 (50%)	55
Recupero fughe area vasta (50%)	8
Recupero fughe extra AV (15%)	10
Recupero fughe extra regione (5%)	6
Attrazioni	13
Totale PL ottimali per USL 7	380-55+37=362

In considerazione di quanto sopra descritto si evince un numero di posti letto reali superiore a quello ottimale di 18 unità. Per ottimizzare tale parametro, quindi, si prevede la riorganizzazione del Presidio Ospedaliero Aziendale con riconversione, entro il 2014, di 18 posti di ricovero ordinario in:

- 16 posti letto di cure intermedie/territoriali (di cui 4 ex SPDC)
- 2 posti letto di hospice

La distribuzione aziendale dei posti letto aziendali post- riorganizzazione risulterebbe pertanto la seguente:

St ospedaliero	**p.l.ordinari**	**p.l. DH**	**p.l. Day Surgery**	**totale**
Alta Valdelsa	142	16	8	166
Osp Riun Valdichiana	131	16	6	153
Amiata Val d'Orcia	10	3*	7*	20
Rugani	15**	0		15
SPDC c/o AOUS	8	0		8
Totale USL7	326	37	17	362

*Il progetto di riorganizzazione dello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia S.S., prevede, a regime, la presenza di 7 p.l. funzionali per ricoveri DH/DS, oltre a 3 p.l. di DH oncologico

**i 15 PL della Clinica Rugani sono stati calcolati considerando l'utilizzo da parte dei soli residenti in Regione Toscana e applicando un tasso di occupazione dell'85%.

Tali scelte organizzative permetteranno di migliorare ulteriormente l'attuale indice di p.l. /1000 abitanti, del resto già al di sotto dello standard previsto dagli indirizzi regionali (3.04), consentendo un avvicinamento alla situazione delle altre ASL dell'Area Vasta Sud-Est che, grazie ad un ulteriore, progressivo, recupero dell'inappropriatezza (che necessariamente dovrà tendere al 100%), e alla sinergia delle azioni adottate in tale senso dall'AOUS , porterà al raggiungimento già nel 2013 del valore di circa 2,8 p.l. /1000 abitanti sul territorio provinciale. A ciò si aggiunge un progetto aziendale di analisi e monitoraggio continui della dotazione e dell'utilizzo dei p.l. ospedalieri organizzati per intensità di cura, nell'ambito del quale sarà possibile prevedere, sempre nell'ottica di un miglioramento dell'efficienza, appropriatezza e continuità del percorso di cura, la ridistribuzione di p.l tra i diversi livelli di erogazione e/o l'eventuale riconversione di p.l. di medio-bassa intensità in p.l. di cure intermedie a gestione territoriale.
Queste azioni, unite al potenziamento dei percorsi e dei setting alternativi all'ospedalizzazione (estensione CCM, Day Service, ACROPOLIS, etc) in grado di incrementare le capacità di soddisfazione dei bisogni di salute sul territorio, prevenendo il ricorso improprio alle cure ospedaliere e i ricoveri ripetuti, permetteranno altresì di migliorare l'attuale tasso standardizzato di ospedalizzazione (132 per 1000 ab) fino al raggiungimento del valore obiettivo del 120 per 1000 previsto per la fine del 2014.

2.3 Integrazione dell'assistenza ospedaliera a medio-bassa intensità con le cure primarie e intermedie

2.3.1 La riorganizzazione delle cure intermedie

In linea con quanto descritto nel paragrafo precedente, accanto ad una riorganizzazione dei posti letto per acuti, procede quella dei posti letto maggiormente indirizzati alla cronicità. Relativamente ai posti letto di cure intermedie in Azienda Usl7, per l'accoglienza nel territorio del soggetto fragile e/o affetto da patologia cronica, al momento attuale i dati evidenziano:

	Numero posti letto attualmente attivati presso strutture pubbliche dell'Azienda	Numero posti letto attualmente attivati nel privato accreditato
Cure intermedie in RSA	6	0
Posti di sollievo in RSA	5	0
Hospice	16	0
Ospedale di comunità	43	0
Riabilitazione ex art. 26	44	0
Totale	**114**	**0**

Pertanto i posti letto per cure intermedie sul territorio dell'Azienda USL 7 risultano essere complessivamente 114. Il rapporto posti letto per cure intermedie/residenti risulta essere di 0,42 PL/1000 abitanti; in questo caso non è definito uno standard regionale, ma le richieste di continuità assistenziale sul territorio farebbero auspicare un loro incremento.
Per quanto detto sopra, si propongono le seguenti azioni di miglioramento nell'uso degli stessi, mirate al perseguimento di una maggiore appropriatezza, nel rispetto degli standard Regionali ed azioni che facilitino l'accoglienza del paziente fragile da parte del territorio:

1. Creazione di percorsi semplificati per il paziente fragile ed il paziente complesso tra ospedale e territorio per agevolare la dimissione e la presa in carico da parte dell'equipe territoriale .
   In tal senso si potrebbe prevedere l'utilizzo dei 4 p.l. di SPDC dello stabilimento ospedaliero di Campostaggia, riassorbiti dall'AOUS, come p.l. di MODICA (Modulo di Continuità Assistenziale) che consentirebbero di migliorare i parametri di buona performance ospedaliera (riduzione degenza media e aumento tasso di occupazione) attraverso anche il collegamento a un progetto di *week hospital* per alcuni specifici casi selezionati. Il MO.DI.CA. permetterebbe di gestire in ospedale anche i *frequent-users* che utilizzano impropriamente il ricovero.
   In alternativa, i 4 posti letto di SPDC potrebbero essere utilizzati per la costituzione di un area di *low care*/*discharge room* o sala dimissioni (in un primo momento limitata ai setting medici), attrezzata con poltrone/letti dove al momento della dimissione (chiusa la SDO) trasferire i pazienti in attesa dei mezzi di trasporto o di completare l'iter amministrativo di dimissione, in modo da rendere libero a tutti gli effetti il posto per avviare un nuovo ciclo di ricovero;

2. Incremento di n. 6 unità dei p.l. di Ospedale di Comunità a Nottola con la messa a regime dell'Ospedale di Comunità di Nottola;

3. Previsione, per l'Ospedale di Abbadia San Salvatore, oltre che di 8 posti letto di cure intermedie e hospice, della possibilità di utilizzo di 14 posti letto a bassa-media intensità come posti letto funzionali per assistenza di livello intermedio ospedale-territorio. Sono disponibili 2 posti letto di OBI per rispondere alle esigenze del Pronto Soccorso;

4. Implementazione di 10 posti letto per stati vegetativi da prevedere presso l'Azienda Ospedaliera Senese o presso struttura privata convenzionata;

5. Implementazione di n. 10 posti letto di cure intermedie presso strutture RSA della Zona Senese

6. Ricollocazione in spazi più idonei dell'Hospice di Siena, attualmente localizzato nei locali dell'Istituto Campansi;

7. Presso i blocchi operatori degli Stabilimenti Ospedalieri di Nottola e Campostaggia attivazione di una *recovery room*, con un posto letto monitorizzato in cui assistere in fase post anestesiologica ed immediatamente post operatoria il paziente, garantendo il ritorno al letto ordinario, una volta stabilizzati i parametri vitali;

8. Ipotesi di attivazione di un percorso di ospedalizzazione a domicilio condiviso tra Medici di Medicina Generale, specialisti ambulatoriali e specialisti ospedalieri: progetto integrazione Ospedale-Domicilio (IOD). L'I.O.D. è la modalità attraverso la quale le strutture ospedaliere seguono, con il proprio personale, pazienti che necessitano di prestazioni caratterizzate da particolari complessità, che possono essere erogate a domicilio.

9. Costituzione di una cabina di regia nella dimissione verso *setting* di cure territoriali (vedi punto 2.3.2).

Si illustra di seguito tabella riassuntiva relativa a numero e sede dei p.l. di cure intermedie in attivazione sul territorio provinciale.

Az. USL	p.l. asl esistenti	p.l. asl da attivare	p.l. per sede	Sede riconversione p.l.	Stato di attuazione
Asl 7	114	44	4	Stabilimento Ospedaliero Campostaggia	Azione completata
			6	Stabilimento Ospedaliero di Nottola- Ospedale di Comunità	Azione completata
			14	Stabilimento Ospedaliero Abbadia SS	Azione completata
			10	Struttura Sanitaria	Azione in corso
			10	RSA	Azione in corso con implementazione RSA Z.Senese

2.3.2 Agenzia per la continuità assistenziale ospedale-territorio (A.C.O.T.)

Le Strutture Sanitarie Ospedaliere identificano percorsi di fornitura di prestazioni finalizzate alla soluzione non della singola prestazione, ma alla conclusione della globalità delle prestazioni necessarie per raggiungere l'obiettivo di risposta al bisogno di salute, in tempi rapidi, razionalizzando l'uso delle risorse e semplificando al cittadino l'accesso ai vari percorsi di cura.
Le strutture sociosanitarie territoriali erogano prestazioni complesse ed integrate per la presa in carico del cittadino, che può avere necessità assistenziali di breve/medio periodo ma anche bisogni di lungo termine che necessitano di progettualità integrata socio-sanitaria.
In quest'ottica è di fondamentale importanza, in linea con la DGRT 1235/12, istituire in maniera strutturata un servizio di interfaccia ospedale/territorio che possa garantire la continuità assistenziale, l'inserimento del cittadino nei percorsi assistenziali, l'utilizzo appropriato dei servizi diagnostici e dei day service nonché il monitoraggio complessivo del buon andamento della presa in carico.

In risposta alla attuale situazione della Azienda USL7, caratterizzata da uno scarso collegamento tra ospedale e territorio, sia in ammissione che dimissione, ma anche da disomogeneità nei criteri di accesso e funzionamento del modello day-service, nonché da criticità connesse all'attività del PUA, sono state individuate le seguenti soluzioni:

a) Implementazione di una struttura che si occupi del passaggio da ospedale a territorio e viceversa con personale infermieristico e medico (es. delle cure primarie) che al momento delle dimissioni e ammissioni curi il percorso. Si prevede inoltre la presenza di personale dedicato (amministrativo) per la gestione degli aspetti connessi alla erogazione di protesi e ausili. Questa struttura dovrebbe essere localizzata all'interno dell'ospedale e divenire un centro di riferimento per il governo della complessità che, esprimendosi anche sull'appropriatezza dei servizi offerti

consentirebbe ottimizzazione e risparmio di risorse. Si ipotizza la collocazione di un team in ogni stabilimento ospedaliero.

b) Individuazione di un unico punto provinciale di presa in carico del bisogno di assistenza in uscita dall'ospedale al fine di monitorare i percorsi di presa in carico sia come tipologia che come tempi di attivazione. Sostanzialmente si prevede di superare, per le dimissioni, i PUA Zonali al fine di gestire percorsi unitari. A questo scopo si prevede di istituire un'Agenzia per la continuità ospedale-territorio (A.C.O.T.). La A.C.O.T. si avvale in ospedale del Visual Hospital Manager e sul territorio della specifica struttura individuata al punto a) e dei servizi territoriali più appropriati per la presa in carico. La A.C.O.T. assume la funzione di Punto Unico di Accesso centralizzato per tutti i casi in dimissione dagli ospedali. Tale organizzazione si allinea all'assetto dipartimentale dell'azienda. La figura del Visual Hospital Manager (VHM) si occupa della valutazione sistematica dei pazienti ricoverati e stabilizzati e attiva i percorsi extraospedalieri più appropriati rispetto ai bisogni evidenziati con la finalità di rispondere tempestivamente ai bisogni dell'assistito e predisporre il *setting* assistenziale prima della dimissione.

2.4 La creazione di ospedali focalizzati sulla bassa e media complessità: il *Focused Hospital*

La DGR 1235/12 introduce il concetto di *focused hospital* specializzati nella media intensità per percorsi ad alto volume e ad alta standardizzabilità, in particolare per quanto riguarda l'ambito chirurgico. Secondo la suddetta Delibera, infatti, una delle strade percorribili per superare l'approccio chirurgico inefficiente è quello di segmentare il bisogno chirurgico garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e dei reparti di degenza e favorendo una mobilità dei professionisti all'interno dell'Area Vasta.

Il concetto di "focus" esiste nell'ambito dell'industria da molti anni. L'idea alla base è quella di ridurre la complessità dei processi svolgendone un minor numero ma con maggior qualità. Sono stati effettuati vari tentativi di esportare il concetto di focus anche in ambito sanitario già negli anni 80. Durante gli anni novanta, il concetto di "focus" è stato il fondamento del *patient-focused care* (PFC) hospital. Gli ospedali iperspecializzati verso un'unica patologia o comunque verso un ristretto range sono detti *focused factories in health care* e sono anch'essi figli del concetti di focus. In epoca recente il concetto di focus è stato utilizzato per la strutturazione del *lean thinking* in sanità riprendendo il concetto di *patient-focused care* affiancandolo a quello di linea di servizi o linea di attività.

La AUSL 7, prevede alcuni progetti sviluppati secondo il modello *focused hospital*:

1) Progetto "Oculistica". Espertizzare il personale aziendale di oculistica specializzandolo su interventi di cataratta. E' stata stipulata con AOUS una convenzione con equipe medica altamente specializzata su tale tipologia di intervento che operi sia presso lo stabilimento ospedaliero di Nottola che di Abbadia San Salvatore con l'intento di trasferire le competenze specialistiche ai nostri professionisti (*focused hospital*).
2) Progetto "Ortopedia": è in atto un progetto di riorganizzazione dell'attività di Ortopedia dello Stabilimento ospedaliero della Valdichiana Senese che prevede la costituzione di un'equipe itinerante di professionisti disponibile per l'effettuazione di prestazioni in DH (artroscopie e altro) e ambulatoriali su Abbadia SS. Successivamente il progetto ortopedia su Nottola prevede altresì la ricollocazione di alcune patologie ortopediche urgenti presso le Scotte

ad eccezione in particolar modo delle fratture di femore che devono essere operate entro le 48 ore. La disponibilità di sala operatoria di Nottola sarà quindi destinata, oltre che all'abbattimento delle liste di attesa, anche al recupero delle fughe favorendo l'attrazione fuori regione della chirurgia protesica. A tal fine l'attività sarà supportata da un aumento dell'attività ambulatoriale su Nottola che potrà essere svolta indistintamente da medici ortopedici di Nottola, Campostaggia, AOUS.

3) Progetto "Interventi Mammella": data la diversa numerosità di interventi di mastectomia tra i due stabilimenti ospedalieri di Campostaggia e Nottola (l'attività del 2012 come quella del 2011, ha contato rispettivamente circa 20 e 70 interventi), per ottimizzare le risorse e l'efficienza degli interventi, si prevede la creazione di un focused team che intervenga sia sullo stabilimento ospedaliero di Campostaggia che su quello di Nottola per raggiungere lo standard richiesto di 100 interventi/anno. Si conferma sostanzialmente il progetto pilota della équipe itinerante di Chirurgia senologica.

2.5 Riorganizzazione del Percorso Punti Nascita

Il nuovo modello ispiratore della rete pediatrica toscana è individuato nel cosiddetto "web model", ovvero una rete collaborativa orientata a promuovere e valorizzare le competenze dei singoli nodi che la compongono e costruita intorno a percorsi assistenziali con un dialogo tra i diversi attori che si sviluppa non in modo verticistico, bensì trasversale. Assume, quindi, importanza fondamentale il processo di condivisione dei percorsi clinici e organizzativi, oltre che l'attivazione di un complesso programma di formazione ispirato a sua volta a principi di partecipazione attiva e condivisione delle conoscenze. A questo si aggiunge l'emergere di nuove sfide per l'organizzazione delle cure in ambito pediatrico e neonatale che richiedono ampie ed agili articolazioni ospedale/territorio utili a stimolare interventi di miglioramento e sviluppo. L'appropriatezza clinica e organizzativa e la sostenibilità devono rimanere protagonisti indiscussi della nuova sfida.
Le recenti disposizioni regionali (DGR 1235/12) trovano, nella organizzazione del presidio unico aziendale Asl 7 e nella proposta di integrazione con la TIN di Siena, un modello che risponde ai canoni di economicità e razionalizzazione del sistema "nascita" in Provincia di Siena.

Nell'ambito territoriale della Azienda USL 7 di SIENA, caratterizzata da bassa densità abitativa, grande dispersione territoriale e presenza di aree con viabilità scadente, sono presenti 3 Punti Nascita: AO-Siena, Campostaggia e Nottola. Si trovano, inoltre 2 reparti di Pediatria (AO-Siena e Nottola).

Presso lo Stabilimento Ospedaliero di Campostaggia sono presenti 4 posti letto ordinari di PAT. NEONAT. + 1 posto letto day hospital. Presso lo Stabilimento Ospedaliero di Nottola sono presenti 2 posti letto ordinari di PAT NEO + 5 posti letto ordinari di pediatria e 1 posto letto di day hospital.

Nel 2012 i parti di donne residenti in provincia di Siena sono stati 2.152. Le donne senesi hanno preferito partorire nella grandissima maggioranza dei casi nei punti nascita provinciali ed in particolare nel punto nascita di riferimento della propria Zona di residenza. Circa il 9% delle partorienti residenti in Zona Senese hanno scelto di partorire nello Stabilimento ospedaliero della Val d'Elsa, un dato in lieve diminuzione rispetto al 2011 quando la percentuale era del 11%. Il 13,5% delle partorienti residenti nella Zona Val d'Elsa e l'8% di quelle della Valdichiana ha scelto

di partorire presso l'AOU Senese. Questo dato è in linea con il 2010 per la Valdichiana, mentre è in lieve diminuzione per la Val d'Elsa (nel 2011 la percentuale era del 14%). Le donne dell'Amiata, unica zona a non avere un punto nascita, si sono spostate nel 2012 soprattutto verso l'AOU Senese, in percentuale minore verso lo Stabilimento Ospedaliero della Valdichiana.

AREA MATERNO INFANTILE

ANDAMENTO DEI PARTI PER RESIDENZA E PUNTO NASCITA. ANNO 2011

	PUNTO NASCITA				
Residenza della Madre	P.O.ALTA VAL D'ELSA	P.O. VAL DI CHIANA	AOU SENESE	ALTRI OSPEDALI TOSCANI	TOTALE
Zona Val d'Elsa	461	0	79	10	550
Zona Val di Chiana	7	401	36	13	457
Zona Amiata Senese	6	69	95	8	178
Zona Senese	110	19	883	18	1030
Residenti Provincia	**584**	**489**	**1093**	**49**	**2215**

Fonte: Flusso CAP- Elab. ESTAV SUDEST -Servizi ICT Siena

AREA MATERNO INFANTILE

ANDAMENTO DEI PARTI PER RESIDENZA E PUNTO NASCITA. ANNO 2012

	PUNTO NASCITA				
Residenza della Madre	P.O.ALTA VAL D'ELSA	P.O. VAL DI CHIANA	AOU SENESE	ALTRI OSPEDALI TOSCANI	TOTALE
Zona Val d'Elsa	478	0	78	24	580
Zona Val di Chiana	5	367	35	10	417
Zona Amiata Senese	9	63	72	7	151
Zona Senese	94	15	878	17	1004
Residenti Provincia	**586**	**445**	**1063**	**58**	**2152**

Fonte: Flusso CAP_Consolidato 2012 al 26/2/2013- Elab. ESTAV SUDEST - Servizi ICT Siena

Storicamente i due punti nascita aziendali presentano una qualità assistenziale elevata, testimoniata da bassa mortalità, elevata soddisfazione tra i residenti e potere di attrazione. Inoltre, gli indicatori MES sulla soddisfazione degli utenti hanno raggiunto buoni livelli. Entrambi i punti nascita ASL 7 hanno il riconoscimento Baby Friendly Hospital OMS/Unicef (unica ASL in Italia).
Il Punto nascita dello Stabilimento Ospedaliero di Campostaggia presenta una Patologia Neonatale di 2° livello (>32 sett, >1.500) che attrae pazienti dall'area di confine ASL Firenze/Empoli.
Il Punto nascita dello Stabilimento Ospedaliero di Nottola presenta una Patologia Neonatale di 1° livello (>34 set, > 1.900) che attrae pazienti dall'area di confine (ASL 8 e Umbria). Il reparto di Pediatria presenta 350 ricoveri/anno. L'Endocrinologia, Allergologia e diagnostica ecografica pediatrica e neonatologica rappresentano le aree di eccellenza della struttura.

Proposte Prospettive
Il progetto prevede di riportare i parti di donne residenti in Amiata a e Montalcino (che attualmente invece gravitano su Siena) verso lo stabilimento di Nottola, sia attraverso la diffusione e valorizzazione, durante il percorso nascita, delle conoscenze relative alle capacità della struttura

(partecipazione degli operatori del materno-infantile di Nottola al corso di preparazione al parto organizzato nei presidi consultoriali della Zona Amiata Val d'Orcia e organizzazione visite guidate delle future partorienti presso le divisioni di Ostetricia, Nido e Pediatria dello Stabilimento), sia anche una collaborazione tra ginecologi e ostetriche. Verranno inoltre attivati consultori comuni tra Amiata e Valdichiana.
Inoltre Nottola potrebbe divenire punto di attrazione per parte del territorio aretino, eventualmente implementando percorsi sul territorio del personale ostetrico sulla base di un'offerta propositiva da parte del materno-infantile di Nottola verso il territorio.
In particolare, per quanto riguarda il Punto nascita dello Stabilimento Ospedaliero di Nottola si prevede di:

- favorire il suo riconoscimento come punto nascita della Comunità montana dell'alta Val d'Orcia e dell'Amiata
- mantenere un'area di degenza pediatrica ed una patologia neonatale tenuto conto delle distanze da altri centri.
- dare attenzione prioritaria alle aree di confine
- promuovere una concertazione di confine Toscana/Umbria al fine di razionalizzare (migliori risultati a costi minori) le prestazioni nel settore materno-infantile;
- potenziare e coordinare, nel territorio di confine, una rete ambulatoriale e/o consultoriale ostetrico-ginecologica e pediatrica;
- promuovere la cultura dell'allattamento al seno e applicare la policy sia nelle sedi consultoriali ed ospedaliere che nei corsi di preparazione al parto.

Per quanto riguarda, invece il Punto nascita dello Stabilimento Ospedaliero di Campostaggia si prevede di:

- mantenere le competenze assistenziali di 2° livello, valorizzando la vicinanza con la Neonatologia di Siena ed i collegamenti con le patologie neonatali di Siena e di Nottola;
- implementare nelle Zone di confine una rete ambulatoriale e/o consultoriale ostetrico-ginecologica

Infine, si propongono quali azioni comuni per entrambi i Punti Nascita:

- ridefinire e valorizzare con l'AOUS la complementarietà delle prestazioni pediatriche e la continuità dei percorsi assistenziali (ricoveri e specialistica ambulatoriale);
- ipotizzare un network provinciale della patologia neonatale che valorizzi la qualità e la continuità delle collaborazioni tra i neonatologi e pediatri dell'area, finalizzandola a migliorare la qualità e la sostenibilità delle prestazioni ed a rappresentare un modello virtuoso di integrazione tra AOUS e ASL 7;
- consolidare i già elevati livelli assistenziali neonatali sia nel campo della patologia neonatale che nel campo della umanizzazione, dell'accoglienza e del rispetto della fisiologia;
- istituire un gruppo di lavoro tra AOUS e ASL 7 che abbia come primo compito quello di condividere un protocollo di intesa tra AOUS e ASL 7 dedicato al neonato critico.

2.6 Progetto Area Critica

2.6.1 Premessa

Gli ospedali moderni stanno vivendo un momento di profondo cambiamento nell'ambiente in cui operano, con spinte esogene ed endogene che producono nuovi fabbisogni organizzativi rispetto al passato.
L'insieme delle sfide poste da tali cambiamenti porta gli ospedali a confrontarsi con tre grandi priorità:

- aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse a disposizione;
- rispondere a bisogni di cura ed assistenza di un paziente più complesso, complicato e spesso fragile, con soluzioni assistenziali coerenti alla differenziazione nella complessità;
- integrare saperi e processi clinici, soprattutto laddove esistono specializzazioni con possibilità di sovrapposizione nelle attività terapeutiche e diagnostiche.

Per affrontare queste sfide si è sviluppata una riflessione complessiva sull'organizzazione dell'ospedale, che parte dal riconoscimento dell'inadeguatezza del modello tradizionale fondato sul reparto-unità operativa. Tale riflessione ha portato a sviluppare alcune linee di innovazione tra cui si evidenziano:

1. l'emergere di una funzione di gestione operativa, cioè di una responsabilità ed insieme di compiti sul funzionamento ottimale dei processi organizzativi che sottostanno le attività di cura ed assistenza;
2. l'innovazione dei setting assistenziali.

Riguardo al primo punto, si prevede lo sviluppo di competenze nuove di logistica, di *project management*, di gestione per processi, di *lean management*, con modifiche di ruolo dei professionisti sanitari o nascita di nuovi ruoli, come il bed manager, il flow manager di pronto soccorso, il process-owner dei processi organizzativi, l'operations manager per la gestione delle regole di uso delle piattaforme condivise (Lega F. Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale. In: Rapporto OASI 2012. Cergas Milano. 2012).
Riguardo al secondo punto, sono state sviluppate alcune soluzioni innovative, tra cui emerge quella dell'"ospedale per intensità di cure", che peraltro la Regione Toscana ha adottato come riferimento dell'organizzazione ospedaliera (Regione Toscana. Legge Regionale 40/ 05 "Disciplina del servizio sanitario regionale"; Regione Toscana. Piano sanitario regionale 2008-2010; Regione Toscana DGR 1235/12) e che è basata su un modello organizzativo e assistenziale strutturato per aree, per pazienti con un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità che viene di norma classificato in tre tipologie: alta, media e bassa complessità/intensità assistenziale.
Stiamo quindi parlando di un processo di ripensamento dell'organizzazione e allocazione dei *setting* e piattaforme produttive che prevede, tra le altre cose, la centralizzazione dell'alta intensità in un'unica area in cui diviene flessibile il numero dei letti di intensiva e sub-intensiva e l'individuazione di reparti dedicati a categorie di pazienti non inquadrabili come «ordinari medi», ad esempio i pazienti fragili, i chirurgici ad alta necessità di stabilizzazione internistica, i post acuti, quelli con instabilità clinica elevata ma non tale da richiedere una terapia intensiva o sub-intensiva.
In tale ambito, una recente innovazione riguarda la distinzione tra reparti high care, *usual* care (ordinario) e *low care*. L'introduzione di reparti *high care*- multi specialistici è una delle innovazioni più interessanti, che intercetta il paziente chirurgico o medico ad alta instabilità clinica, tale da non poter essere adeguatamente assistito nel reparto ordinario, ma non tale da necessitare terapie intensive. Si tratta quindi di un reparto intermedio tra le terapie intensive o sub-intensive ed il reparto ordinario. Numerosi sono gli esempi di ospedali che hanno sperimentato esperienze di questo tipo, dalla sezione di Medicina ad Alta Intensità Diagnostica Assistenziale del Gemelli di

Roma, all'*High care* del blocco chirurgico del Niguarda di Milano, all'organizzazione complessiva dell'ospedale di Porretta Terme, alle aree di alta intensità della ASL di Reggio Emilia, all'Ospedale San Giovanni Battista di Foligno (Lega F. Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale. In: Rapporto OASI 2012. Cergas Milano. 2012; Osservatorio Regionale Ospedale per intensità di cure. Percorso medico ospedale per intensità di cure. Toscana Medica, 2013; 1: 32-36).
Tale soluzione innovativa sembra essere particolarmente agevolata dalle dimensioni medie dell'ospedale, che permettono di ideare e sperimentare soluzioni organizzative in presenza di un numero di variabili non così elevato da rendere inapplicabile il modello. Dalla letteratura emerge che, a conclusione della sperimentazione di tale innovazione organizzativa in ospedali di medie dimensioni, a fronte delle inevitabili criticità proprie di una fase di transizione, sembrano riscontrarsi risultati positivi, che rappresentano validi presupposti per un effettivo impatto del cambiamento sulle performance cliniche ed economiche dell'ospedale. Riguardo alle succitate criticità, dalla letteratura emerge, in particolare, come la definizione dei criteri di accesso e dimissione ai vari setting assistenziali ed in particolare all'area dell'high care sia elemento fondamentale per la buona riuscita di tale modello. Appare necessario, quindi, la formalizzazione, da parte delle strutture ospedaliere, di tali criteri di accesso e di dimissione/trasferimento. Inoltre, in linea con quanto detto sopra a proposito delle nuove funzioni gestionali, occorre individuare e formalizzare le responsabilità di gestione dei processi sia dal punto di vista clinico che organizzativo (Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S. Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota. In: Rapporto OASI 2006. Cergas, Milano. 2006; Osservatorio Regionale Ospedale per intensità di cure. Percorso medico ospedale per intensità di cure. Toscana Medica, 2013; 1: 32-36).

2.6.2 Il progetto Area Critica nell'Azienda USL7 di Siena

Il presente progetto descrive l'organizzazione dell'area destinata all'alta intensità, la cosiddetta Area Critica, che, pur essendo intesa come un'unica area per la presa in carico del paziente critico con elevato fabbisogno assistenziale, è di fatto composta da: Area Intensiva, Area Subintensiva e posti letto di High Care. Questi ultimi saranno destinati a categorie di pazienti non inquadrabili come «ordinari medi», ad esempio i pazienti fragili, i chirurgici ad alta necessità di stabilizzazione internistica, i post acuti, quelli con instabilità clinica elevata ma non tale da richiedere una terapia intensiva o sub-intensiva.
Il progetto non prevede variazioni nella dotazione dei p.l. afferenti alla Cardiologia, che risulterà pertanto confermata nella riorganizzazione per entrambi gli Stabilimenti Ospedalieri di Nottola e Campostaggia.
Si prevede la figura di un Coordinatore dell'Area Critica, che coincide con la figura del Responsabile del Presidio Ospedaliero Aziendale. Il Coordinatore monitora tutto il processo dall'accesso alla dimissione ed è garante del rispetto dei criteri assunti dai responsabili organizzativi del percorso e della corretta applicazione delle procedure.
Il Coordinatore di area critica è affiancato da un infermiere individuato come Visual Hospital Manager che verificherà due-tre volte al giorno, in orario diurno, la disponibilità di posti letto in area critica e nelle degenze di media intensità di cura e, conoscendo le necessità reali e stimate del PS, le comunicherà ai responsabili clinici ai fini di liberare il/i posti letto ritenuti necessari nel breve e medio periodo attivando il Coordinatore di area per la soluzione delle situazioni di criticità organizzativa.

Per quanto riguarda la fase di Accesso alla suddetta Area Critica, si prevedono due principali tipologie di invio: da Pronto Soccorso e da reparto medico o chirurgico (general ward).
Nel primo caso il paziente viene preso in carico dal medico del PS, il quale effettua la valutazione del paziente con gli strumenti a sua disposizione ed, avvalendosi anche del parere degli specialisti di competenza, dispone il ricovero. Il medico di PS, quindi, effettua una doppia assegnazione: al setting, secondo i livelli di appropriatezza e di instabilità ed utilizzando lo score News, alla specialistica di competenza, in base alla patologia ed a criteri clinici. In questo caso, quindi, la responsabilità professionale della presa in carico del paziente è del medico del PS, mentre la responsabilità gestionale della fase del processo è a carico del Direttore del Pronto Soccorso.
Nel caso di invio/trasferimento da general ward, il paziente viene preso in carico dal medico in servizio o di guardia nel reparto. In modo analogo a quanto detto sopra, il medico del reparto, a seguito di un deterioramento clinico del paziente già in carico, utilizzando gli strumenti a sua disposizione, modifica il setting assistenziale effettuando l'assegnazione al setting appropriato. Di fatto, anche in questo caso, il medico effettua una doppia assegnazione: al setting, secondo i livelli di appropriatezza e di instabilità ed utilizzando lo score News, alla specialistica di competenza, in base alla patologia ed a criteri clinici. In questo caso, quindi, la responsabilità professionale della presa in carico del paziente è del medico in servizio o di guardia nel reparto, mentre la responsabilità gestionale della fase del processo è a carico del Direttore della UO che ha in carico il paziente.
Va sottolineato che lo score NEWS deve essere impiegato ad integrazione della valutazione clinica e non come sostituto di essa in quanto il giudizio clinico ha maggior valore e può modificarne le indicazioni che derivano dallo score.
In generale, i pazienti da inviare all'Area Critica si possono individuare in:

- pazienti con patologie acute caratterizzate da compromissione delle funzioni vitali che richiedono un supporto artificiale o farmacologico delle stesse ed un monitoraggio intensivo;
- pazienti sia chirurgici che medici, in condizioni di instabilità delle funzioni vitali o che dopo una fase critica non hanno ancora riacquisito la stabilità (es. pazienti svezzati dalla ventilazione meccanica, post operatorio) e che non hanno più necessità di supporto strumentale alle funzioni vitali o con possibile rapida compromissione/insufficienza d'organo.

In particolare, i criteri di ammissione variano a seconda del livello di intensità, secondo quanto descritto nella seguente tabella.

	Criteri ammissione	Livelli di complessità clinico/assistenziale
Livello intensivo Letto A	- Pazienti entrati per: - necessità immediata di supporto e/o sostituzione di una o più funzione vitale; - necessità incombente di supporto e/o sostituzione di una o più funzione vitale; -svezzamento respiratorio, ovvero svezzamento da un trattamento invasivo respiratorio dovuto a cause mediche, come l'atto anestesiologico in corso di intervento chirurgico o in pazienti sottoposti a procedure diagnostiche che hanno richiesto una sedo-analgesia che ha causato la condizione di insufficienza respiratoria (altrimenti non presente).	- pazienti sottoposti ad una delle seguenti combinazione di trattamenti: a) ventilazione meccanica invasiva o non invasiva; b) due o più farmaci vasoattivi; c) un solo farmaco vasoattivo + dialisi o emofiltrazione o assistenza respiratoria minore.
Livello Sub- intensivo Letto B	Pazienti che richiedono: - un monitoraggio intensivo a causa di un intervento chirurgico maggiore; - un monitoraggio intensivo a causa di patologie acute importanti; - un monitoraggio intensivo a causa di comorbidità importanti	Pazienti che non rientrano in nessuno dei gruppi precedenti e che siano sottoposti ad uno solo dei seguenti trattamenti: a) un solo farmaco vasoattivo; b) dialisi o emofiltrazione; c) assistenza respiratoria non invasiva con elevata complessità clinico- assistenziale; d) Pazienti che richiedono un monitoraggio intensivo a causa di patologie acute importanti
HighCare	Pazienti: -pazienti dimessi da un livello assistenziale superiore (livello1); -pazienti che hanno bisogno di un monitoraggio minimo delle funzioni vitali; -pazienti che necessitano di terapia intensiva senza necessità di trattamento sostitutivo delle funzioni vitali; -pazienti che necessitano di un'assistenza respiratoria minore (esecuzione in respiro spontaneo di: broncoaspirazione, ossigenazione, fisioterapia respiratoria e posizionamento); Pazienti che necessitano di cicli saltuari di NIV (ventilazione non invasiva)	Pazienti che necessitano di un minimo di 2 osservazioni per turno (6 nelle 24 ore); Pazienti a rischio di deterioramento clinico e con potenziale necessità di trasferimento in area critica Pazienti con necessità assistenziali massimali

Ovviamente, contemporaneamente alla realizzazione del progetto strutturale e organizzativo, i professionisti interessati dovranno redigere appositi protocolli operativi che regolamentino l'appropriatezza dei posti letto preservando le necessità delle specialistiche afferenti.
Il Direttore del Presidio Ospedaliero è comunque responsabile della corretta assegnazione e del corretto setting assistenziale all'interno di tutta l'Area Critica.

Per la valutazione della fase di Accesso sono previsti i seguenti indicatori:

- Indicatore aziendale. numeratore: numero di accessi in area critica. denominatore: numero di pazienti elegibili in area critica - Standard= 1 - Fonte: revisione cartelle cliniche
- numero dei pazienti rifiutati. Standard= 0. Fonte: registro area critica

Per quanto riguarda la fase di Presa in carico e trattamento, si considera in modo distinto l'area di alta intensità (intensiva e sub intensiva) e l'area High Care.

1. Alta Intensità

Quest'area comprende, in ciascun Stabilimento Ospedaliero di Nottola e Campostaggia, n° 4 letti funzionali tipo A (intensiva) e n. 8 letti funzionali di tipo B (sub intensiva). Normalmente i letti A sono gestionalmente assegnati al Medico Anestesista Rianimatore mentre i letti B al Medico Cardiologo, ma in situazione di necessità i letti assegnati alla sub-intensiva possono essere usati per pazienti di livello intensivo e viceversa, basandosi sui criteri di appropriatezza definiti.
Ne consegue che la responsabilità gestionale del processo vada distinta:

- per quanto riguarda il processo rianimatorio (di norma letti A) è a carico del Direttore UO Anestesia e Rianimazione;
- per quanto riguarda il processo cardiologico (di norma letti B) è a carico del Direttore UO Cardiologia.

La responsabilità professionale della presa in carico del paziente, invece, è, nelle prime 24 ore, del medico di guardia o in servizio, successivamente il paziente viene preso in carico dal Medico/equipe tutor.

Il Medico/equipe tutor è individuato, per quanto riguarda il livello intensivo, in un anestesista rianimatore/cardiologo, mentre per quanto riguarda il livello sub-intensivo in un anestesista rianimatore, cardiologo o medico specialista internista e/o chirurgo. Il Medico/equipe tutor è nominato/assegnato dal Direttore UO afferente al setting assistenziale del paziente che viene attivato dal responsabile gestionale.

Per quanto riguarda i turni di guardia nell'alta intensità, questi sono svolti dagli anestesisti rianimatori e cardiologi nelle 24 ore. Nei casi eccezionali di assenza del rianimatore o del cardiologo per emergenze interne allo stabilimento, per le quali l'urgenza dell'intervento non renda possibile attendere l'arrivo del reperibile in turno, il rianimatore o il cardiologo è tenuto a garantire la continuità assistenziale per il tempo strettamente necessario all'arrivo del medico reperibile e nei limiti delle proprie competenze specifiche.

2. High Care

Quest'area, ricompressa nelle attuali UU.OO. Medicina, comprende in ciascun Stabilimento Ospedaliero di Nottola e Campostaggia n° 6 letti dotati di telemetria collegata all'area critica con 3 apparecchi di ventilazione non invasiva. I letti sono gestionalmente assegnati al Medico Internista.

La responsabilità gestionale del processo è, quindi, in carico al Direttore dell'UO Medicina.
La responsabilità professionale della presa in carico del paziente, invece, è, nelle prime 24 ore, del medico di guardia o in servizio, successivamente il paziente viene preso in carico dal Medico/equipe tutor. Il Medico/equipe tutor è nominato/assegnato dal Direttore UO afferente al setting assistenziale del paziente attivato dal responsabile gestionale.

Per quanto riguarda i turni di guardia nell'High Care, questi sono svolti dai medici internisti nelle 24 ore.

Il Coordinatore dell'High Care è individuato nel Direttore del Dipartimento di Medicina.

Per concludere, nella tabella seguente si riportano nello specifico le caratteristiche dei tre livelli (intensiva, sub intensiva e high care).

	Risorse umane necessarie	Risorse tecnologiche necessarie	Responsabile	Documentazione Clinica in possesso al momento dell'ingresso in AC/HC
Livello intensivo *Letto A*	Ratio infermiere assistito ½ (valore medio calcolato su tutti i turni di una settimana). In caso di necessità di isolamento o di particolari disagi logistici la ratio deve prevedere una aumento del tempo di assistenza a disposizione.	Letto dotato di un ventilatore per ventilazione invasiva e non invasiva + un monitor multiparametrico delle funzioni vitali Apparecchio per CRRT Pompe per infusione di farmaci e/o fluidi Cartella clinica informatizzata con programma "Margherita3" e database PROSAFE Software per la documentazione clinica compatibile per tutto il processo produttivo.	Responsabile Professionale: Anestesista / Rianimatore Responsabile Gestionale (di norma): Anestesista / Rianimatore	Pazienti provenienti da PS: verbale PS e allegati diagnostici. Pazienti provenienti dalla media intensità medica o chirurgica: cartella clinica cartacea
Livello Sub-intensivo Letto B	Ratio infermiere assistito ¼ (valore medio calcolato su tutti i turni di una settimana). In caso di necessità di isolamento o di particolari disagi logistici la ratio deve prevedere una aumento del tempo di assistenza a disposizione.	Letto dotato di un monitor multiparametrico e di ventilatore per NIV Apparecchio per CRRT Pompe per infusione di farmaci e/o fluidi Cartella clinica informatizzata con programma "Margherita3" e database PROSAFE	Responsabile Professionale: Anestesista Rianimatore, Cardiologo, Medico specialista Internista e Chirurgo. Responsabile Gestionale: Cardiologo	Pazienti provenienti da PS: verbale PS e allegati diagnostici. Pazienti provenienti dalla media intensità medica o chirurgica: cartella clinica cartacea Paziente proveniente da letto A: Cartella clinica informatizzata con programma "Margherita3" e database PROSAFE
HighCare	Ratio infermiere assistito 1/6 (valore medio calcolato su tutti i turni di una settimana). Nota: Ratio appropriata se logistica favorevole ed assistiti ospitati in massimo e concentrazione in massimo due/tre ambienti contigui.	Letto dotato di valutazione telemetrica dei parametri clinici, più n. 2 apparecchi per ventilazione non invasiva.	Responsabile Professionale: secondo il setting clinico richiesto Responsabile Gestionale: Direttore Dipartimento Medicina	Pazienti provenienti da PS: verbale PS e allegati diagnostici. Pazienti provenienti dalla media intensità medica o chirurgica: cartella clinica cartacea Paziente proveniente da letto A: Cartella clinica informatizzata con programma "Margherita3" e database PROSAFE

I criteri di ammissione, individuati per ciascuno dei tre livelli di cura ed assistenza, sono intesi con accezione negativa per la dimissione e/o il trasferimento. Il medico tutor individuato il setting di assistenza appropriato procede al trasferimento in accordo con il medico accettante.

Per la valutazione della fase di Presa in carico e trattamento sono previsti i seguenti indicatori:

- tempo di monitorizzazione: 6 mesi
- Indicatore 1: numeratore: ricoveri con scala NEWS 3/4 denominatore: totale ricoveri in High Care. Standard 1;
- Indicatore 2: numeratore: indice di complessità assistenziale calcolato sui ricoverati in High Care denominatore: indice di complessità assistenziale calcolato sul totale ricoverati in High Care e Media Intensità Medica Standard<=10%;

Per quanto riguarda la fase finale del processo, quella di Dimissione/trasferimento/rapporto ospedale-territorio, si distinguono vari scenari:

1. Trasferimento da Area Critica/High Care all'interno del Presidio Ospedaliero Aziendale: questa dovrà essere programmata fin dalle prime ore di ammissione in Area Critica applicando i PDTA redatti con la previsione del timing degli eventi. Medici ed infermieri potranno quindi pianificare le loro attività e procederanno, di solito quotidianamente, alla rivalutazione congiunta del raggiungimento dei risultati attesi dalla pianificazione al fine di procedere ad eventuali aggiustamenti oppure a programmare la dimissione. Il Medico Tutor, verificato il miglioramento delle condizioni cliniche del ricoverato in Area Critica, ovvero il venir meno dei criteri di accesso:
   - condivide con l'infermiere di processo la decisione del trasferimento,
   - lo comunica all'assistito ed ai suoi riferimenti;
   - concorda col Medico di Guardia della degenza individuata per lo step down delle cure la decisione e la continuità terapeutica.

   L'infermiere di processo, avendo condiviso col medico tutor la decisione del trasferimento:
   - lo affianca ed integra nel coinvolgimento dell'assistito e delle persone di riferimento;
   - garantisce la continuità assistenziale, verificati gli esiti intermedi, attraverso un contatto diretto con il personale della degenza individuata per il trasferimento avvisando inoltre il Visual Hospital Manager;
   - organizza la logistica del trasferimento garantendo la sicurezza del trasporto.

2. Dimissione da Area Critica/High Care: il Medico tutor, verificato il miglioramento delle condizioni cliniche del ricoverato in Area Critica/High Care ovvero il venir meno dei criteri di ricovero, condivide con l'infermiere di processo la decisione della dimissione procedendo quindi congiuntamente e provvede a:
   - avvisare il Visual Hospital Manager della dimissione, condividendone tempi e modalità;
   - comunicare all'assistito, ai suoi riferimenti, al medico curante la data e le modalità della dimissione.

   Il Visual Hospital Manager contatterà la Centrale per le dimissioni e si attiverà qualora sia necessaria una continuità in struttura residenziale del territorio o l'ADI.
   Il ruolo del personale infermieristico è quindi descritto, nei PDTA per la fase di accertamento, pianificazione ed assicurazione degli interventi, nelle procedure di dimissione per quanto attiene

alla verifica degli esiti assistenziali ed alla continuità assistenziale mentre per quanto attiene alla continuità organizzativa si esplica attraverso le attività del Visual Hospital Manager.

3. Autodimissione da Area Critica/High Care: nel caso in cui il paziente (o i familiario o un legale rappresentante) richieda spontaneamente la dimissione, il Medico Tutor predisporrà tutta la documentazione clinica necessaria da consegnare al paziente. La responsabilità di tale richiesta rimane in carico al paziente stesso che dovrà esplicitarla formalmente sottoscrivendo la documentazione prevista.

Nonostante il progetto interesserà direttamente i due Stabilimenti Ospedalieri di Nottola e Campostaggia, con la realizzazione, in ciascuna struttura, di n. 4 letti funzionali di Area Intensiva, n. 8 letti funzionali di Area Subintensiva e di n. 6 letti di High Care, potrà avere un significativo impatto anche nella concretizzazione di una maggiore integrazione tra i due stabilimenti di Nottola e Abbadia S.S, attraverso una più spiccata ed focalizzata connotazione della Struttura Ospedaliera della Valdichiana rispetto alla capacità di soddisfazione di bisogni connessi alla fase “critica”. Essa potrà infatti essere estesa anche alla popolazione della Zona Amiata Val d’Orcia, che pertanto potrà trovare su Nottola un riferimento qualificato più prossimo rispetto al Presidio Senese.
Parallelamente, sarà realizzata una valorizzazione dello stabilimento Amiatino per la fasi di degenza post-critica con, ovviamente, un consistente miglioramento della qualità del servizio reso al cittadino.

2.7 L’ospedale organizzato per intensità di cure

Gli ultimi anni si sono accompagnati a una evoluzione del contesto demografico che ha avuto importanti conseguenze sul fronte dell’assistenza ospedaliera, a causa, soprattutto, della necessità di assistere pazienti sempre più anziani e multipatologici.
A livello ospedaliero, risultano di cardinale importanza ai fini dell’erogazione di risposte più adeguate ai bisogni emergenti, da un lato l’acquisizione e l’utilizzo di tecnologia e dall’altro un’organizzazione più orientata al malato critico ed instabile, lasciando al territorio la fase della continuità delle cure.
Il modello per Intensità di cure rappresenta una filosofia organizzativa dell'ospedale e del reparto che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico ed intensità di assistenza di cui necessita.
La riorganizzazione degli ospedali secondo il principio dell’”intensità delle cure” è da qualche anno al centro dell’attenzione di chi ha compiti di programmazione in ambito sanitario, soprattutto perché mediante l’implementazione di questo modello si cerca di rispondere alle esigenze di razionalizzazione delle risorse e di una loro maggiore produttività che appare come una condizione ineludibile perché si possa conservare il Servizio Sanitario Nazionale e i suoi principi di equità, solidarietà e universalità.
La Regione Toscana ha fatto suo questo modello di organizzazione dell’assistenza ospedaliera. Esso, infatti, si ritrova descritto nella Legge Regionale 40/ 05 “Disciplina del servizio sanitario regionale”: in merito alle strutture ospedaliere (art.68) si trova un esplicito riferimento ad aree differenziate secondo le modalità assistenziali e le intensità di cure, degenze e regimi di ricovero superando l'articolazione dei reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

Anche nel Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010 viene fatto esplicito riferimento all'ospedale per intensità di cura, come elemento fondamentale di un approccio di assistente coerente con il principio della sanità di iniziativa anche in ambito ospedaliero.

In un ospedale organizzato per "intensità di cure", proprio per favorire il razionale uso delle risorse e l'appropriato uso delle strutture, ciascun paziente viene indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi; obiettivo prioritario è fornire un'assistenza continua e personalizzata, per cui i pazienti sono raggruppati in base a bisogni omogenei; in tale organizzazione il paziente è al centro del sistema. Essere preso in carico da un riferimento certo vuol dire avere tempestive informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura, essere ascoltato, rassicurato, accolto in un ambiente confortevole in cui vengano tutelate la privacy ed in senso lato la dignità, affinché egli possa percepire omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi.
Per perseguire tale scopo sono previsti blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello di cure prestate, dove insistono in modo paritario e integrato le diverse professionalità specialistiche omogenee o complementari, nel senso che gli operatori appartenenti a tali specialità contribuiscono alla realizzazione delle varie fasi del percorso diagnostico-terapeutico del paziente, ponendo le esigenze della propria disciplina e dell'organizzazione in posizione subalterna rispetto a quelle del paziente e del suo percorso di cura; viene richiesta peraltro una revisione delle modalità con cui vengono gestiti i rapporti tra le diverse professionalità operanti in ospedale (medici, infermieri, tecnici.
Vengono superati gli "steccati" tra le unità operative specialistiche favorendo l'integrazione delle risorse, sia mediante una adeguata progettazione degli spazi, sia attraverso la creazione di un apparato organizzativo che faciliti l'integrazione tra gli operatori più frequentemente chiamati a cooperare per la realizzazione dei percorsi assistenziali.
Nella pratica l'ospedale è organizzato nei tre seguenti livelli:

Livello 1, ad elevata intensità: comprende le degenze intensive e sub-intensive; l'accesso avviene prevalentemente attraverso i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza; in tale livello si auspica che, proprio per evitare consumi impropri di risorse preziose e pertanto costose, i letti per terapia intensiva e quelli destinati a pazienti in terapia sub-intensiva, siano collocati in stretta contiguità permettendo il rapido spostamento dei pazienti da un sub-livello all'altro valutando tempestivamente l'evoluzione dei parametri vitali in senso migliorativo o peggiorativo. In questo ambito risulta decisiva la scelta organizzativa della costituzione dell'Area Critica all'interno dell'ospedale.

Livello 2, a media intensità: comprende le degenze per acuti, distinte in area medica, area chirurgica e area materno-infantile. L'accesso può essere programmato o avvenire, prevalentemente, tramite i Dipartimenti di Emergenza Urgenza. Nel livello 2, in particolare di area medica, va a confluire la gran parte della casistica, che continua a presentare al suo interno importanti elementi di differenza di complessità medica ed infermieristica (severità clinica, instabilità/stabilità, complessità assistenziale). Esistono diverse soluzioni organizzative per fronteggiare questa forte variabilità interna al livello 2. Le possibilità migliori sono: individuare moduli a più alta intensità (high care con letti monitorizzati) o layout per patologia (esempi: ictus, scompenso NYHA III-IV).

Livello 3, a bassa intensità: riguarda le degenze per post-acuzie ed un'ampia e separata area di prestazioni ambulatoriali e diurne; l'accesso avviene prevalentemente tramite P.S., CUP e MMG.

Rientrano nella logica di tale nuova organizzazione:

- lo sviluppo del Day-Service, che consiste nel fornire prestazioni diagnostiche ambulatoriali, anche complesse, prevalentemente multi-specialistiche, erogate in un arco temporale per quanto possibile limitato (livello 1);
- lo sviluppo del Day-Hospital e della Day-Surgery, che riguardano prestazioni programmate (e pertanto non urgenti) di assistenza integrata e multi-specialistica che impegnano gli operatori per un certo numero di ore (almeno 4 o 5), nel rispetto di un protocollo pre-definito (livello 1);
- l'introduzione di reparti a gestione internistica per particolari tipologie di pazienti: i "fragili", gli "ortogeriatrici", quelli "perichirurgici";
- l'organizzazione del Week-Hospital (o Week-Surgery), in cui la degenza (livello 2) è limitata a qualche giorno (massimo quattro o cinque) per cui una corsia può essere chiusa al venerdì pomeriggio o al sabato mattina, evitando così impegno di personale, oltre che consumo di risorse, per 48 o più ore. Anche in tale ambito sono previsti dei precisi protocolli e deve esserci una corsia di riferimento, a ciclo continuo di assistenza, in cui trasferire, al venerdì pomeriggio, eventuali pazienti che, per l'insorgenza di complicanze, non possono essere dimessi (si tratta di una eventualità che, nelle realtà in cui da anni funziona la week-hospital, non si determina quasi mai); prevalentemente riguarda specialità chirurgiche e richiede una rigorosa programmazione per evitare tempi morti verso la fine della settimana.

Il paziente è accolto sulla base della tipologia di cure di cui ha bisogno: all'arrivo in ospedale è preso in carico, in modo chiaro e trasparente da un medico tutor, individuato al momento del ricovero in base ai problemi clinici prevalenti del paziente, e da un infermiere referente per i suoi bisogni assistenziali. I nomi dei gestori del caso sono scritti, per ogni paziente, su un foglio che gli viene consegnato affinché i suoi familiari e i MMG sappiano con chiarezza a chi rivolgersi per eventuali richieste di informazioni.

Il medico tutor è individuato dal Direttore della specialità di riferimento e deve essere incaricato come *tutor* per un periodo sufficientemente lungo per garantire la continuità assistenziale (30 giorni) ed esonerato dalle attività di guardia e ambulatoriali; egli prende in carico entro 24 ore il paziente ricoverato ed è titolare della stesura, modifica e follow-up del piano diagnostico-terapeutico; può disporre lo spostamento/trasferimento orizzontale del paziente nell'ambito del livello 2 oppure in senso verticale al livello 1 o al livello 3 e garantisce la continuità clinica e la comunicazione con gli altri specialisti e con il MMG. Ogni tutor non dovrebbe avere in carico più di 14-16 pazienti.

L'infermiere referente è responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e dei risultati del progetto assistenziale. Gli altri infermieri svolgono il ruolo di "associati": erogano le prestazioni secondo programma e garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell'infermiere referente. Ovviamente l'autonomia professionale dell'infermiere rispetto al medico tutor e alla U.O. non deve entrare in conflitto con il lavoro di squadra.

L'approccio descritto supera l'ottica del "*curare la malattia*" perché configura quello di "*farsi carico dei bisogni della persona*".

Perché tale complesso meccanismo funzioni veramente è indispensabile una forte gestione operativa, una programmazione rigorosa e capillare con professionisti che curino ogni aspetto e mantengano relazioni efficaci e tempestive con gli operatori da un lato e con i pazienti e le loro famiglie dall'altro; deve essere, con un'approssimazione accettabile, previsto ogni percorso assistenziale, pur avendo sempre pronta la possibilità di trasferire il paziente ad un diverso livello di intensità di cure in presenza di una sottostima dei suoi bisogni o di una complicanza o, al contrario, di una sovrastima dei bisogni o di una rapida evoluzione in senso positivo della sua patologia. Questo può avvenire solo entro riferimenti organizzativi certi (Unità operative e Dipartimenti) che

non possono essere destrutturati. Infatti, i riferimenti organizzativi tradizionali nelle famiglie professionali dotate di elevate conoscenze scientifiche e sofisticate capacità tecniche sono indispensabili per governare sistemi complessi e pluralistici come gli ospedali.
Uno degli aspetti peculiari dell'organizzazione per intensità di cure è l'assetto variabile dei posti letto, che non sono assegnati alla U.O. ma all'area dipartimentale. Sia un modello di tipo dispersivo (pazienti assegnati ad una specifica équipe "dispersi" in più setting di ricovero), sia uno basato sulla embricazione parziale del pool specialistico (posti letto preassegnati alle singole équipe sulla base dei dati storici di ricovero, con la previsione di letti "polmone" in modo da gestire la variabilità nel tempo dei flussi di ricoveri) sono entrambi compatibili con la definizione.

2.8 Ridefinizione di modelli organizzativi dell'ospedale di notte

Criticità
La DGRT 1235/2012 propone di aggiornare e rivedere i modelli organizzativi della continuità assistenziale (guardia notturna) avendo come riferimento le best practices che la letteratura di riferimento mette a disposizione, nello specifico le esperienze del *"night-hospital"* e *"hospitalist"* assicurando la massima garanzia dei livelli di sicurezza per il paziente.

Possibili soluzioni in ipotesi futura

Guardia notturna cardiologica: si auspica una piena integrazione delle equipe della cardiologia tra Ospedale di Abbadia San Salvatore e Nottola: i cardiologi dell'Amiata potrebbero coprire alcuni turni di guardia a Nottola, e potrebbe essere previsto un ampliamento dell'attività specialistica diurna su Abbadia San Salvatore, recuperando le ore di servizio cardiologico erogate per Nottola anche eventualmente con personale medico del 118.

Pronto Soccorso: Il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Abbadia San Salvatore potrebbe essere preso in carico totalmente dalla equipe di Pronto Soccorso confermando l'attuale assetto diurno per tutte le 24 ore, con le guardie di Pronto Soccorso garantite da personale medico del 118 e quelle dei Reparti di Degenza erogate dai Medici Specialisti di ruolo, che possono garantire anche una eventuale sostituzione rapida del medico 118 del PS, oltre che, come avviene nella attuale organizzazione, la gestione delle OBI (osservazioni brevi intensive di PS) allocate nei reparti, nei turni diurni; garantendo sia l'attuale livello di qualità del servizio medico per gli "Utenti" dello stabilimento Ospedaliero Amiata Val d'Orcia che la stabilità del Personale Medico Specialista di ruolo dello Stabilimento.
Risorse più mirate sul fronte dell'emergenza/urgenza (118) potrebbero così rispondere in modo maggiormente appropriato alla continuità assistenziale festiva e notturna, svincolando in tal modo risorse specialistiche che potrebbero trovare in questo modello un miglior utilizzo ed una opportunità di manutenzione e implementazione delle competenze.

Guardia Radiologica: trasformazione della attuale guardia radiologica di Stabilimento in guardia radiologica aziendale, con la partecipazione dei radiologi di tutti gli Stabilimenti ospedalieri del Presidio Ospedaliero Aziendale. Tale progetto partirà con una prima fase sperimentale in cui l'attuale guardia radiologica di Nottola sarà a supporto, nelle ore scoperte dalla guardia, della struttura radiologica di Campostaggia e Abbadia.

2.9 La riorganizzazione dello Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese

Lo Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese, sito in Abbadia San Salvatore, rappresenta l'ospedale di riferimento per i cittadini residenti nei comuni della Zona Amiata Val d'Orcia, (22.605 abitanti). La zona Amiata, oltre ad avere una dislocazione territoriale estremamente decentrata, risulta anche quella in cui l'invecchiamento della popolazione appare più marcato.

All'interno del contesto territoriale, lo Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese assicura accessi diretti dal territorio per le patologie mediche acute; garantisce l'intervento sulla riacutizzazione delle patologie croniche; valorizza la continuità tra ospedale e territorio.
Garantisce al proprio interno la risposta all'emergenza urgenza tramite un P.S. ed un punto di emergenza territoriale; assicura un efficace sistema di trasferimento in urgenza dei casi clinici più complessi anche attraverso l'elisoccorso.
Offre un regime chirurgico in regime di elezione (Day Surgery, One day surgery, chirurgia ambulatoriale); assicura le prestazioni laboratoristiche tramite POCT e la diagnostica radiologica tradizionale, con un servizio di disponibilità H24 composto da Medico e Tecnico, a garanzia degli accessi urgenti di Pronto Soccorso e dei degenti ricoverati nei reparti per "intensità di cure". Oltre a ciò lo Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese ha iniziato il percorso organizzativo per intensità di cure (media e bassa intensità), così come previsto dalla legge regionale n°40 del 2005. Nell'ospedale viene anche garantito il trattamento dialitico, a soggetti stabilizzati. Inoltre è attualmente in corso una ristrutturazione sostanziale degli spazi di attività che presuntivamente si concluderà nel 2014.

Attualmente all'interno dello Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese, in base alle reali necessità e alla potenzialità, sono previste diverse tipologie di risposta:

1) il paziente riceve in P.S. una prestazione rispondente al bisogno (codici di accesso) e quindi ritorna al proprio domicilio,
2) il paz. riceve in P.S. una risposta in termini diagnostico-terapeutici che però non è esaustiva; in questo caso viene trattenuto in osservazione (OBI) per un congruo periodo di tempo, durante il quale sarà sottoposto ad ulteriori, necessari accertamenti e trattamenti terapeutici: stabilizzato può tornare al domicilio; nei casi invece complicati si dispone il ricovero ospedaliero;
3) il paz. ha necessità di un trattamento a bassa/media intensità e quindi viene disposto il trasferimento dal PS ai letti d'ospedale;
4) il paz., in condizioni precarie, con necessità di un trattamento ad alta complessità viene immediatamente trasferito, tramite ambulanza o elisoccorso, al Centro Ospedaliero di riferimento (2^ o 3^ livello, secondo la necessità).

Lo Stabilimento ospedaliero ha attualmente 34 posti letto, di cui 31 così organizzati:

Piano 0

- P.S.

Piano Primo 13 posti

- 4 p.l. OBI P.S.
- 4 p.l. Day Hospital
- 5 p.l. Degenza ordinaria (funzionali)

Piano Secondo 20 posti (di cui 2 territoriali)

- 12 p.l. Degenza Ordinaria (funzionali)
- 6 p.l. Week
- 2 p.l. di hospice (territoriali, senza SDO)

Ai precedenti vanno aggiunti 3 P.L. Day Hospital Oncologico. Sono presenti inoltre 8 Poltrone tecniche per assistenza alla Dialisi.
Come si deduce l'elemento fondamentale del modello organizzativo è il **P.S.**, che ha una importante ed ampia funzione di filtro e di indirizzo all'interno dell'ospedale. Infatti stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello che gli compete. Inoltre il P.S. utilizza i posti letto di osservazione con due finalità: 0-4 ore fase pre-diagnostica e di stabilizzazione; 4-24 ore osservazione e trattamento in presunzione di dimissione.
Il P.S. dello Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese è organizzato, nel turno 8-20, con il personale medico dell'emergenza/urgenza e nel turno 20-8 con i medici operanti nelle branche di medicina, chirurgia, cardiologia che coprono anche le necessità di reparto. In aggiunta è presente, in disponibilità notturna, un anestesista.

Oltre alle stanze di degenza, dal punto di vista degli altri servizi sanitari/amministrativi, presenta:
Piano 0: stanza POCT, radiologia
Piano Primo: uffici amministrative, ambulatorio prelievi, ambulatori ospedalieri, blocco operatorio, emodialisi

La dotazione organica del personale sanitario:

Personale medico:
- 5 medici internisti
- 5 chirurghi
- 3 radiologi
- 3 cardiologi
- Dialisi: proiezione di 1 medico da stabilimento di Nottola
- Anestesia: proiezione di 1 medico da Nottola o Campostaggia

Personale DIPIO:
- 40 infermieri +3 C.I.
- 9 OO.SS
- 2 ausiliari

Personale area tecnico-sanitaria:
5 tecnici radiologi

A conclusione della riorganizzazione in atto, lo Stabilimento Ospedaliero Amiata Senese, in linea con le direttive della DRG 1235/2012, prevederà le medesime tipologie di risposta ma con una organizzazione improntata fortemente ai principi della appropriatezza e dell'efficienza delle prestazioni erogate, con una ulteriore accentazione del processo di trasferimento di prestazioni dal regime di degenza ordinaria al regime ambulatoriale o diurno, oltre che di ulteriore valorizzazione del percorso ospedale territorio.

Dal punto di vista strutturale e degli spazi sono in corso 2 diverse fasi progettuali iniziate nel 2012 e si concluderanno nel 2014; è previsto anche un ulteriore lotto conclusivo, già finanziato.

Anno 2014

Piano Zero (nuovo padiglione**):**

- Pronto Soccorso
- Direzione di Presidio
- Accettazione/ Ticket
- Punto prelievi
- Radiologia
- Punto distribuzione farmaci e proiezione farmacia territoriale

Piano Primo (padiglione ristrutturato, per attività diurne):

- 2 p.l. di Osservazione di Pronto Soccorso, senza SDO;
- 8 p.l. di ricovero in bassa intensità (tra Week e DH);

Questa struttura sarà aperta dal lunedì al venerdì. In caso di necessità, dopo le ore 16.00 del venerdì, il paziente che ha necessità di bisogni assistenziali ulteriori e non può essere dimesso sarà spostato al piano superiore. Indicativamente però programmando essenzialmente un'attività chirurgica di natura ambulatoriale e/o di Day Surgery è molto probabile che la struttura possa essere chiusa alle ore 20.00 del venerdì

Piano Secondo (vecchio padiglione)

- 2 p.l. di Osservazione di Pronto Soccorso, da destinare transitoriamente prevalentemente la notte (quando il 1^ piano è chiuso), ma utilizzabili anche di giorno in caso di necessità. Nel definitivo progetto per motivi di contiguità assistenziale questi saranno adiacenti al P.S.;
- 12 p.l. di ricovero in bassa/media intensità;
- 8 p.l. di ricovero in Struttura Intermedia di Ricovero, finalizzata anche per riabilitazione e pazienti terminali (posti letto territoriali, senza SDO). Su questi posti letto sarà presentato apposito progetto alla Regione Toscana riguardo la ristrutturazione dell'assistenza che avranno una gestione clinica con valutazione prioritaria dei medici ospedalieri in possibile coordinamento con i MMG, motivata dalla difficoltà olografica della zona che non permette una facilità di accesso urgente da parte del MMG dei pazienti.

Il Piano Secondo di 22 posti letto sarà funzionante H24 – D365.

L'ipotesi Aziendale di riorganizzazione dello Stabilimento Amiata Senese, che condurrà, in step successivi, alla realizzazione delle azioni previste nell'ambito del progetto di razionalizzazione della rete ospedaliera aziendale già descritte (vedi cap. 2.2.), con una ulteriore graduale riconversione di posti letto ordinari in posti letto di cure intermedie fino ad un totale ipotizzato di 12 posti letto di cure intermedie e 2 di hospice, ha tenuto conto sia dei bassi tassi di occupazione dei posti letto (quasi sempre inferiori all'85%) sia della casistica di ricovero (in particolare relativamente ai DRG "ad alto rischio di in appropriatezza" indicati dal MeS).

Da questa analisi è infatti emerso come non vi fosse necessità di ulteriori posti letto, ma semmai di spostare l'attività di ricovero dall'ambito ospedaliero a quello territoriale, garantendo lo stesso

outcome in un setting assistenziale molto meno costoso ed anche più appropriato. La nuova organizzazione segue inoltre le linee di indirizzo regionali, che prevedono una deospedalizzazione della degenza a DRG verso strutture intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità) ed un potenziamento della medicina di iniziativa (in atto progettazioni specifiche).
La riorganizzazione propone un modello in grado di realizzare un'offerta aggiuntiva di nuove attività -vedi interventi ortopedici in DH o ambulatoriali e interventi di cataratta ambulatoriali- non solo per la popolazione residente, ma con possibilità di attrattività (intra ed extra USL 7), con prevedibili azioni migliorative sul controllo e la gestione aziendale della domanda e sulla conseguente riduzione dei tempi di attesa.
Elemento fondamentale della riorganizzazione sarà la Struttura Intermedia di Ricovero con una dotazione di posti letto, ben più alto di ora, in quanto il loro numero sarà decisivo ai fini di una risposta per tutti i cittadini che hanno necessità di ospedalizzarsi, anche per gravi problematiche sociali – particolarmente presenti sul territorio in questione - che rendono impossibile l'attivazione della Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
Il senso della proposta è la realizzazione di un modello in grado di mantenere la competenza e l'efficacia operativa proprie di uno standard di gestione predisposto sulle esigenze territoriali, che sia economicamente sostenibile ma che sia anche in grado di creare, se ben gestito, attività di eccellenza pur in un ospedale di prossimità.
Il percorso riorganizzativo, nel suo complesso, richiede un ripensamento della presa in carico del paziente perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa attraverso tutti i livelli di cura: ciò implica una qualificazione anche dell'offerta territoriale che gravita dentro (vedi ambulatori) e fuori (vedi nuovi modelli organizzativi quali Case della Salute) dall'ospedale.

3. RAZIONALIZZAZIONE DELLA RETE DEI LABORATORI

La DGRT 1235/12 attribuisce carattere di priorità alla riflessione sul rimodellamento dell'attività afferente all'area di Medicina di Laboratorio, essendo tale area percorsa, anche a livello internazionale, da forti spinte al cambiamento attraverso lo sfruttamento intensivo delle nuove tecnologie analitiche, informatiche e robotiche. Peraltro, se la Medicina di Laboratorio si configura da un lato come ambito privilegiato di riorganizzazione ed ammodernamento, non può prescindere dall'altro da un confronto con l'inarrestabile e pressoché ubiquitario aumento dei costi della sanità nei paesi industrializzati.
Per arrivare ad una proposta di riorganizzazione coerente con le necessità di sostenibilità economica, ma valorizzando quanto di positivo ad oggi è già stato realizzato dal SSR che ha garantito ai propri cittadini un sistema di medicina di laboratorio di qualità con alti livelli di sicurezza, capace di risposte tempestive, è stato definito un percorso metodologico basato sulla ricerca di maggiore efficienza, appropriatezza organizzativa ed efficacia produttiva relativamente alle prestazioni di medicina di laboratorio.
Alla luce di quanto appena esposto, l'indicazione fornita dalla normativa regionale, è quella di avviare un processo che, nell'ambito della programmazione aziendale e di Area vasta, vada verso un sistema di laboratori pubblici integrato su scala provinciale/aziendale e capace di assicurare al territorio un servizio più flessibile e di alta qualità.
L'obiettivo è quello di realizzare una rete gestita che bilanci il soddisfacimento dei bisogni assistenziali con l'eliminazione della duplicazione dei servizi, a partire da quelli ad alto investimento tecnologico.
Il razionale della rete è:
- creare massa critica unita a flessibilità;
- formare équipe multidisciplinari in grado di mantenere stretti rapporti con i clinici;
- condividere protocolli, tecnologia, controlli ed esperienze nei diversi punti della rete;
- garantire comunque in tutti i presidi ospedalieri periferici attività diagnostica correlata al grado di complessità e alle necessità della struttura ospedaliera.

Gli indirizzi regionali sono stati recepiti dall'Azienda USL7 attraverso:

- la costituzione di un Gruppo di Lavoro dei Direttori Sanitari di Area Vasta finalizzato alla definizione dell'assetto organizzativo della rete e in particolare all'identificazione delle sedi di esecuzione più appropriate delle diverse tipologie di esami:
  a) *Centralizzazione sul Laboratorio di riferimento di Area Vasta* di II livello degli esami di alta specializzazione e/o bassa massa critica (anche se non specialistici) che utilizzano sistemi analitici dedicati o di routine;
  b) *Centralizzazione su specifici Laboratori di riferimento di AV* degli esami ad alto costo, che non necessitano di risposta rapida e che hanno massa critica che non satura le potenzialità analitiche delle strumentazioni presenti sul mercato se mantenute in ciascun laboratorio di AV;
  c) *Mantenimento nel Laboratorio di riferimento di ciascuna Azienda*, salvo particolari situazioni, degli esami ad alta automazione, ad alto volume, a risposta rapida;
  d) Esecuzione in laboratori di base a basso consumo nei singoli presidi ospedalieri o, dove possibile, di postazioni POCT degli esami urgenti e per la degenza

- l’approvazione di un Protocollo d’Intesa “tra Azienda Ospedaliera Universitaria Senese/Azienda USL7 di Siena per la realizzazione del progetto unificato di razionalizzazione della rete di Medicina dei Laboratori”, allo scopo di avviare un rapporto di collaborazione finalizzato alla individuazione di soluzioni e strumenti volti al miglioramento dell'efficienza ed alla riorganizzazione del Servizio di laboratorio non solo nell’ambito delle singole aziende e della provincia, ma anche nella visione e sviluppo futuro di Area Vasta; l’integrazione funzionale tra i Laboratori della USL7 e della AOUS permette di costruire un servizio centrato sulle esigenze del Paziente (case management) attraverso un processo unico che ne accerti il bisogno, pianifichi, metta in atto, coordini, controlli e valuti le opzioni ed i servizi in risposta alla sua domanda e raggiunga esiti di qualità e di efficienza anche sotto il profilo economico.

Un percorso interaziendale condiviso, garantisce infatti equità di accesso, di prestazioni e di qualità a tutti gli Utenti/Pazienti del territorio provinciale e permette di perseguire risultati di efficacia, efficienza ed appropriatezza mediante: la redazione di un unico catalogo provinciale delle prestazioni in linea con quello Regionale; modalità uguali e/o confrontabili di refertazione (razionalizzazione dell’offerta, valori di riferimento, tempistica, ecc.); ottimale utilizzazione delle tecnologie e dell’applicazione delle metodiche Analitiche; sviluppo e funzionamento di una unica rete informatica di scambio dei dati in tempo reale; omogeneizzazione ed integrazione dei sistemi informatici (allineamento anagrafiche aziendali e flussi di accettazione delle richieste e referti).

Si prevede infine l’attuazione, sia a livello aziendale-interaziendale che di Area Vasta, di specifiche azioni finalizzate al miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva (*DGRT 1235/12* :*Obiettivo 1– Miglioramento dell’appropriatezza prescrittiva ;Sub-obiettivo 1.1 – Diminuzione del numero delle prestazioni non appropriate per tipologia e frequenza di esecuzione*):

- Riduzione esami urgenti/routine: riduzione del ricorso alle richieste urgenti come numero complessivo e del numero di esami urgenti/richiesta; condivisione ed applicazione delle modalità di controllo e verifica periodica del numero dei costi e delle richieste.

- Definizione e limitazione delle ridondanze: definizione dei limiti temporali della richiedibilità delle prestazioni secondo criteri che permettano di eliminare ripetizioni che non apportano alcun miglioramento al percorso clinico-diagnostico.
  La rilevazione, l’elaborazione e la comunicazione viene eseguita attraverso l’utilizzo del LIS direttamente al richiedente.
- Definizione di reflex test: definizione e condivisione di esami e pannelli di esami che saranno eseguiti secondo precisi diagrammi di flusso: esame di 2° livello e/o subordinati alla positività di prestazioni di 1° livello od a prestazioni propedeutiche.
- Definizione di nuovi ed appropriati profili diagnostici: sostituzione dei «vecchi protocolli diagnostici» con «piccoli profili» composti da un numero ridotto di esami o da singole prestazioni. Attivazione di percorsi diagnostico/clinici interdisciplinari condivisi.
- Obbligo di specificazione del quesito diagnostico: comunicazione ai richiedenti dell’obbligatorietà; verifica dell’applicazione e segnalazione dell’eventuale inadempienza.
- Definizione del Catalogo unico: revisione e definizione del Catalogo unico aziendale degli esami di tipo assistenziale nell’ambito della Medicina di Laboratorio, delle modalità di erogazione e della tempistica; Definizione del Catalogo unico delle prestazioni di laboratorio.

4. LA RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA TRASFUSIONALE: ATTIVAZIONE DELL'OFFICINA TRASFUSIONALE DI AREA VASTA

Sul fronte della Medicina Trasfusionale, la DGRT 1235/12 evidenzia la necessità di un adeguamento, in tempi relativamente brevi dell'attuale articolazione organizzativa del Sistema Trasfusionale Regionale a quanto previsto dalle Linee guida per l'accreditamento dei Servizi Trasfusionali e delle Unità di Raccolta associative (UdR) elaborate dal Centro Nazionale Sangue e approvate con Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2012.
In particolare, le Linee Guida prevedono l'individuazione di indici di massa critica per le attività di qualificazione biologica (almeno70.000 unità/anno) e per le attività di lavorazione del sangue intero e per il trattamento degli emocomponenti (almeno 40.000 unità/anno).
Tali indicazioni sono basate su standard che hanno influenza positiva sulla sicurezza trasfusionale nonché su principi di appropriatezza organizzativa, tecnica e clinica.
Rispetto alle fasi principali di lavorazione del sangue:

a) raccolta (eseguita presso 40 Servizi Trasfusionali e 60 Unità di Raccolta associative);
b) fase di validazione biologica NAT -accentrata nei Centri di Qualificazione Biologica di Area Vasta (AOU Pisa, AOU Careggi, AOU Siena) a partire dal 2004 -;
c) Fase di validazione sierologica (accentrata nei Centri di Qualificazione Biologica di Area Vasta dal 2011);
d) Fase di validazione immunoematologica (eseguita in 35 Servizi Trasfusionali);
e) Fase di lavorazione e produzione di emocomponenti (eseguita in 35 Servizi Trasfusionali)
f) Fase di assegnazione di emocomponenti ai pazienti (eseguita in tutti gli Ospedali)

emergono alcune importanti criticità:

a) estrema variabilità nei volumi di unità sangue da lavorare presso i 35 Servizi Trasfusionali;
b) attrezzature per la lavorazione ridondanti, non omogenee e sotto utilizzate;
c) utilizzo delle risorse umane non appropriato e diseconomico;
d) procedure operative non omogenee e standard di qualità differenziati;
e) gestione degli emocomponenti complessa e faticosa a causa di una rilevazione delle disponibilità locali non oggettiva e difficilmente verificabile;
f) compensazione giornaliera non programmata e quindi costosa sia in termini economici che in termini di risorse umane;
g) organizzazione dei trasporti in modalità straordinaria e non programmata
h) scarsa appropriatezza nell'uso di farmaci plasmaderivati;

Sulla base delle normative di accreditamento europee e nazionali e alla luce di analisi di benchmarking con esperienze europee e italiane, tenendo però saldo il modello trasfusionale toscano basato su una impostazione pubblica della raccolta, l'indirizzo regionale è quello di procedere ad una profonda riorganizzazione dell'intero sistema trasfusionale caratterizzata dalla massima capillarizzazione territoriale della raccolta ed il massimo accentramento della attività a valle della raccolta, e quindi con nessun impatto sul servizio erogato ai donatori, con l'obiettivo di conseguire economie di scala uguali a quelle ottenute in esperienze simili in Europa ovvero un abbattimento dei costi compreso tra il 30 e il 40% (razionalizzazione ed eliminazione tecnologie ridondanti; razionalizzazione risorse umane; sistema informativo unico realizzabile in condizioni di

isorisorse con eliminazione di sistemi personalizzati nelle aziende e relativi costi; controlli di qualità a campione; eliminazione di esami di laboratorio ripetuti; gare uniche regionali per apparecchiature e materiali; riduzione ed efficientamento trasporti; monitoraggio appropriatezza uso farmaci plasmaderivati; integrazione con sistema informatico dei laboratori).
Le indicazioni regionali sono state recepite a livello di Area Vasta Sud-Est mediante la definizione di un apposito progetto che prevede la realizzazione entro il 31 dicembre 2014 (salvo eventuali ulteriori adeguamenti previsti dalla normativa regionale) di un'Officina Trasfusionale (OT) unica presso l'AOU Senese, dove saranno accentrate le fasi di validazione biologica NAT, sierologica, immunoematologica, di lavorazione e produzione di emocomponenti.

E' previsto in tempi brevi il collegamento (primo in Toscana), tramite acquisizione di apposito software, tra ASL7 e AOUS per la lavorazione e la tracciabilità delle sacche.

5. LA RIORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

5.1 Il riassetto delle Cure Primarie

L'Azienda USL7 di Siena intende dare attuazione alle azioni prioritarie di riordino del SSR previste dalla DGRT 1235/12 procedendo ad un processo di riassetto delle Cure Primarie e di rinnovamento, valorizzazione ed integrazione dei ruoli dei professionisti ad esse afferenti. In particolare, risulta obiettivo strategico dell'Azienda promuovere e garantire la presa in carico globale del cittadino sul territorio favorendo lo sviluppo di modelli organizzativi complessi della Medicina Generale mediante i quali migliorare sia la qualità e la continuità del percorso assistenziale sia il livello di sensibilità e responsabilità della Medicina Generale rispetto a obiettivi di salute e appropriatezza nell'uso delle risorse. Più specificamente, l'Azienda intende perseguire tale obiettivo, coerentemente con il contestuale processo di riorganizzazione dei presidi distrettuali, attraverso la costituzione di AFT/UCCP, articolate in Case della Salute e Centri Medici di riferimento (Case della Salute). Nel dettaglio, si prevede l'attivazione sul territorio provinciale di n. 9 AFT e n.6 UCCP articolate in n.8 Centri Medici di riferimento/Case della Salute.
Questa progettazione ha comportato la revisione di tutte le sedi territoriali di erogazione dei servizi e contemporaneamente la possibilità di riconversione di spazi all'interno dei piccoli ospedali presenti in Azienda (due).

In particolare le strutture in ipotesi di attivazione sono:

- **Zona Alta Valdelsa**
  - Ristrutturazione della sede distrettuale di Poggibonsi in Via della Costituzione. Nella struttura troveranno collocazione ambulatori di assistenza primaria (MMG) e specialistica, oltre ad attività infermieristiche, amministrative e sociali secondo il profilo di attività già in essere e coerentemente quanto previsto dal modello assistenziale Casa della Salute
  - Adeguamento struttura di proprietà USL in Colle Val d'Elsa. Si prevede l'organizzazione di una Casa della Salute presso una struttura di proprietà della USL ubicata nel centro di Colle Val d'Elsa Via XXV Aprile, presso la quale afferiranno tutti i MMG della AFT. Presso la struttura potranno quindi essere erogate attività socio-sanitarie, sanitarie, sociali e amministrative secondo quanto previsto dal modello assistenziale Casa della Salute.

- **Zona Senese**
  Riconversione spazi afferenti all'ex Ospedale Psichiatrico. E' prevista la riconversione di strutture di proprietà aziendale afferenti all'ex Ospedale Psichiatrico, al fine di realizzare di spazi idonei ad ospitare attività ambulatoriali di assistenza primaria e specialistica nonché funzioni infermieristiche e di supporto amministrativo.
  E' inoltre in ipotesi la realizzazione in Loc. Fontebecci di un Centro Medico/Casa della Salute in collaborazione con Coop Medici 2000.

.

- **Zona Valdichiana**
  Adeguamento spazi Presidio Distrettuale polifunzionale di Sinalunga. Si prevede il trasferimento di MMG presso il presidio, al fine di integrare con prestazioni di assistenza primaria quelle distrettuali, specialistiche e infermieristiche già in essere, che saranno

mantenute secondo l'attuale profilo di attività. A Montepulciano è allo studio la realizzazione di una Casa della Salute in collaborazione con Coop. Medici 2000.

- **Zona Amiata**
  Progetto di riconversione degli spazi compresi nell'area dello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia S.S. Si prevede la riconversione degli spazi inseriti in una struttura adiacente al blocco principale dello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia SS. Nella struttura troveranno allocazione attività ambulatoriali di assistenza primaria e specialistica nonché funzioni infermieristiche e di supporto amministrativo che garantiranno l'erogazione di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, sociali e amministrative secondo quanto previsto dal modello assistenziale Casa della Salute.
  E' inoltre in fase di studio, in alternativa, la fattibilità di un progetto per la realizzazione di un Centro Medico Aziendale coerente con il modello Casa della Salute, presso il poliambulatorio di via Serdini, con eventuale riallocazione di alcune attività nello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia S.S.
  Progetto di adeguamento del Poliambulatorio di Montalcino.
  La struttura sarà una delle prime Case della salute ad essere attivata. Comprenderà 4/5 ambulatori principali di Medici di Medicina generale, 1 pediatra, spazi dedicati al CCM, attività chirurgica ambulatoriale, attività specialistica ambulatoriale, diagnostica radiologica ed ecografica, 11 letti di ospedale di comunità, 5 letti di codice 26 di riabilitazione residenziale, attività infermieristica territoriale, un punto di Continuità assistenziale e di emergenza territoriale, nonché attività sociale ed attività amministrativa.

5.2 La riorganizzazione delle attività distrettuali

5.2.1 L'organizzazione attuale dell'attività distrettuale della AUSL 7 Siena

Dall'analisi delle caratteristiche della popolazione (bisogni), delle caratteristiche del territorio e dell'attuale organizzazione dei servizi della AUSL 7, emergono alcuni punti chiave:

- Estensione territoriale considerevole
- Disomogeneità delle caratteristiche del territorio
- Bassa intensità di popolazione e dispersione territoriale
- Problemi viabilità e riorganizzazione del trasporto pubblico locale
- Indice di vecchiaia della popolazione alto

Per quanto riguarda l'offerta di servizi territoriali, nella tabella seguente sono sintetizzate le caratteristiche attuali delle attività distrettuali del territorio.

LIVELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	AMIATA-VALDORCIA	VALDICHIANA	VALDELSA	SENESE
Primo Livello (sede distrettuale o di proprietà comunale o USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica	Contignano	Trequanda Pienza	Monteguidi Pievescola Mensano Staggia Belforte	Montisi, Serre di Rapolano Pianella Casciano di Murlo
Secondo Livello (sede distrettuale o comunale o di proprietà USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Sociale (Proiezione Punto insieme)	Campiglia d'Orcia Vivo d'Orcia Radicofani	Cetona San Casciano Bagni	Casole Radicondoli	
Terzo Livello (sede USL o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa • Sociale (Proiezione Punto Insieme)	Torrenieri Castiglion d'Orcia San Quirico d'Orcia	Montepulciano (sede distrettuale paese)		Buonconvento Castellina in Chianti Castelnuovo B. Chiusdino Monteroni Monticiano Vescovado di Murlo San Giovanni d'Asso Siena via Petrilli San Rocco Sovicille (Siena Valdimontone)
Quarto Livello (Sede usl o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Proiezione Sociale e PInsieme • Almeno Una Specialistica ambulatoriale	Piancastagnaio	Torrita di Siena Chiusi Sarteano		Asciano Gaiole in Chianti Castellina Scalo Radda in Chianti Rapolano Terme Rosia
Quarto Livello Plus	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio Ostetrico-Ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Sociale e Punto Insieme Altri servizi territoriali accorpati (Sert, Smia, Sma) • Proiezioni territoriali Dip Prevenzione • Alcune Diagnostiche per immagini • Alcune specialistiche Ambulatoriali	Abbadia S.Salvatore Montalcino	Chianciano T. Sinalunga Torrita di Siena Chiusi	San Gimignano Colle V.Elsa Poggibonsi	Siena Pian d'Ovile
Poliambulatorio Ospedaliero	• Prelievi • Attività Amministrativa di sportello • Specialistica ambulatoriale • Diagnostica	Ospedale Amiata	Ospedale di Nottola	Ospedale di Campostaggia	

L’attuale distribuzione dell’offerta di servizi è espressione anche di scelte fatte in tempi e contesti diversi dall’attuale; per questo le soluzioni attuali non sempre rappresentano un modello di organizzazione integrato e coerente, sia all’interno delle singole Zone, che tra le Zone stesse.
L’analisi comparativa fra servizi territoriali erogati alla popolazione e fabbisogno rilevato mostra la necessità di una rimodulazione dell’offerta sanitaria in base alle caratteristiche del territorio e della popolazione residente.
I problemi principali che emergono dalla fotografia dell’offerta esistente si possono riassumere in:

- eccessiva parcellizzazione dei servizi
- disomogeneità nella loro distribuzione
- differenti e disomogenei livelli di servizio
- sedi a bassissimo accesso (2h/mese)
- estrema frammentazione delle attività amministrative
- con, quindi, in diversi casi, un rapporto non adeguato tra qualità del servizio offerto e costi di mantenimento delle strutture.

In linea con quanto espresso nella DGR 1235/12, ai fini di mantenere la centralità dei cittadini e la qualità dei servizi in un momento di minore disponibilità di risorse, si rende necessario pensare ad un nuovo modello territoriale che si basi su:

- Equità di accesso per tutti (con attenzione anche a possibili differenze tra Zone)
- Appropriatezza delle prestazioni erogate
- Efficienza dei servizi
- Miglioramento continuo
- Offerta di nuove modalità di erogazione dei servizi

5.2.2 Il nuovo modello di organizzazione territoriale della AUSL 7 Siena

Alla luce di quanto sopra, obiettivi del nuovo modello territoriale sono:

- garantire servizi appropriati in relazione sia all’estensione geografica ed alle caratteristiche orografiche dell’area interessata che alle caratteristiche demografiche e sanitarie della popolazione che insiste sul territorio considerato;
- considerare nella costruzione di risposte appropriate ciascuna Zona come una parte dell’intera rete dei servizi e non come elemento isolato dagli altri;
- dimensionare in tal modo l’offerta di servizi territoriali sulla base di criteri omogenei adottati a seguito di un’attenta analisi del reale fabbisogno, tali da soddisfare i bisogni e le aspettative dei cittadini e dare elementi di sostenibilità a livello di politica sanitaria locale.

Primo passo del nuovo modello di organizzazione territoriale è stato quello di classificare i punti di erogazione secondo tre livelli in base alla complessità di servizi offerti e la frequenza di accesso (vedi tabella seguente):

1) primo livello (base): punti di erogazione di servizi a minor complessità e maggior frequenza di accesso
2) secondo livello: punti di erogazione di servizi garantiti dal livello base più attività amministrativa e specialistica non complessa
3) terzo livello: punti di erogazione dell’intera offerta di servizi territoriali

Livelli di Assistenza Territoriale e relative prestazioni	
BASE	**Prelievi** **Attività infermieristica di base domiciliare** **Proiezioni consultoriali**
INTERMEDIO	**Prelievi** **Attività infermieristica domiciliare** **Proiezioni consultoriali** **Attività Amministrativa di sportello** **Specialistica ambulatoriale non complessa (cardiologia, oculistica, SMA/SMIA, Riabilit. ambulat., …)**
COMPLETO	**Prelievi** **Attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare** **Consultorio principale** **Attività amministrativa di sportello** **Specialistica ambulatoriale completa** **Diagnostica** **Medicina Legale** **Assistenza farmaceutica integrativa** **Erogazione presidi sanitari** **SERT** **Riabilitazione Residenziale**

Per ciascuna tipologia è stato, inoltre, stabilito un criterio di distribuzione sul territorio (vedi tabella seguente):

1) primo livello: 1 punto di erogazione per Comune
2) secondo livello: 1 punto di erogazione ogni 30.000 abitanti o 250 kmq
3) terzo livello: 1 punto di erogazione per Zona/Distretto

Livello di classificazione	Tipologia di servizi	Parametri di distribuzione sul territorio
primo livello (base)	servizi a minor complessità e maggior frequenza di accesso	1 punto di erogazione per Comune
secondo livello (intermedio)	Servizi garantiti dal livello base + attività amministrativa + specialistica non complessa	1 punto di erogazione di riferimento ogni 30.000 abitanti o ogni 250 kmq
terzo livello (completo)	Intera offerta di servizi territoriali	1 punto di erogazione per ogni Zona/Distretto

In base ai suddetti criteri è stata ipotizzata la seguente distribuzione dei servizi sul territorio.

Zona Amiata Valdorcia:

- 6 punti di erogazione di primo livello a livello comunale;
- 2 punti di erogazione di secondo livello, identificati a livello di area territoriale omogenea;
- 1 punto di erogazione di terzo livello

Zona Valdichiana Senese:

- 10 punti di erogazione di primo livello a livello comunale;
- 3 punti di erogazione di secondo livello, identificati a livello di area territoriale omogenea;
- 1 punto di erogazione di terzo livello

Zona Alta Valdelsa:

- 5 punti di erogazione di primo livello a livello comunale;
- 2 punti di erogazione di secondo livello, identificati a livello di area territoriale omogenea;
- 1 punto di erogazione di terzo livello

Zona Senese:

- 15 punti di erogazione di primo livello a livello comunale;
- 4 punti di erogazione di secondo livello, identificati a livello di area territoriale omogenea;
- 1 punto di erogazione di terzo livello

PUNTI DI EROGAZIONE PER TIPOLOGIA E PER ZONA		AMIATA - VALDORCIA	VALDICHIANA	VALDELSA	SENESE
		Abitanti 22600 superficie 674 kmq	Abitanti 64000 superficie 814 kmq	Abitanti 64000 superficie 583 kmq	Abitanti 121700 superficie 1750 kmq
BASE	Prelievi Attività infermieristica di base domiciliare Proiezioni consultoriali	6 Punti di erogazione comunali	10 Punti di erogazione comunali	5 Punti di erogazione comunali	15 Punti di erogazione comunali
INTERMEDIO	Prelievi Attività infermieristica domiciliare Proiezioni consultoriali Attività Amministrativa di sportello Specialistica ambulatoriale non complessa (cardiologia, oculistica, SMA/SMIA, Riabilit. ambulat., …)	2 Identificati a livello di area territoriale omogenea	3 Identificati a livello di area territoriale omogenea	2 Identificati a livello di area territoriale omogenea	4 Identificati a livello di area territoriale omogenea
COMPLETO	Prelievi Attività infermieristica ambulatoriale e domiciliare Consultorio principale Attività amministrativa di sportello Specialistica ambulatoriale completa Diagnostica Medicina Legale Assistenza farmaceutica integrativa Erogazione presidi sanitari SERT Riabilitazione Residenziale	1 a livello di Zona Distretto	1 a livello di Zona Distretto	1 a livello di Zona Distretto	1 a livello di Zona Distretto

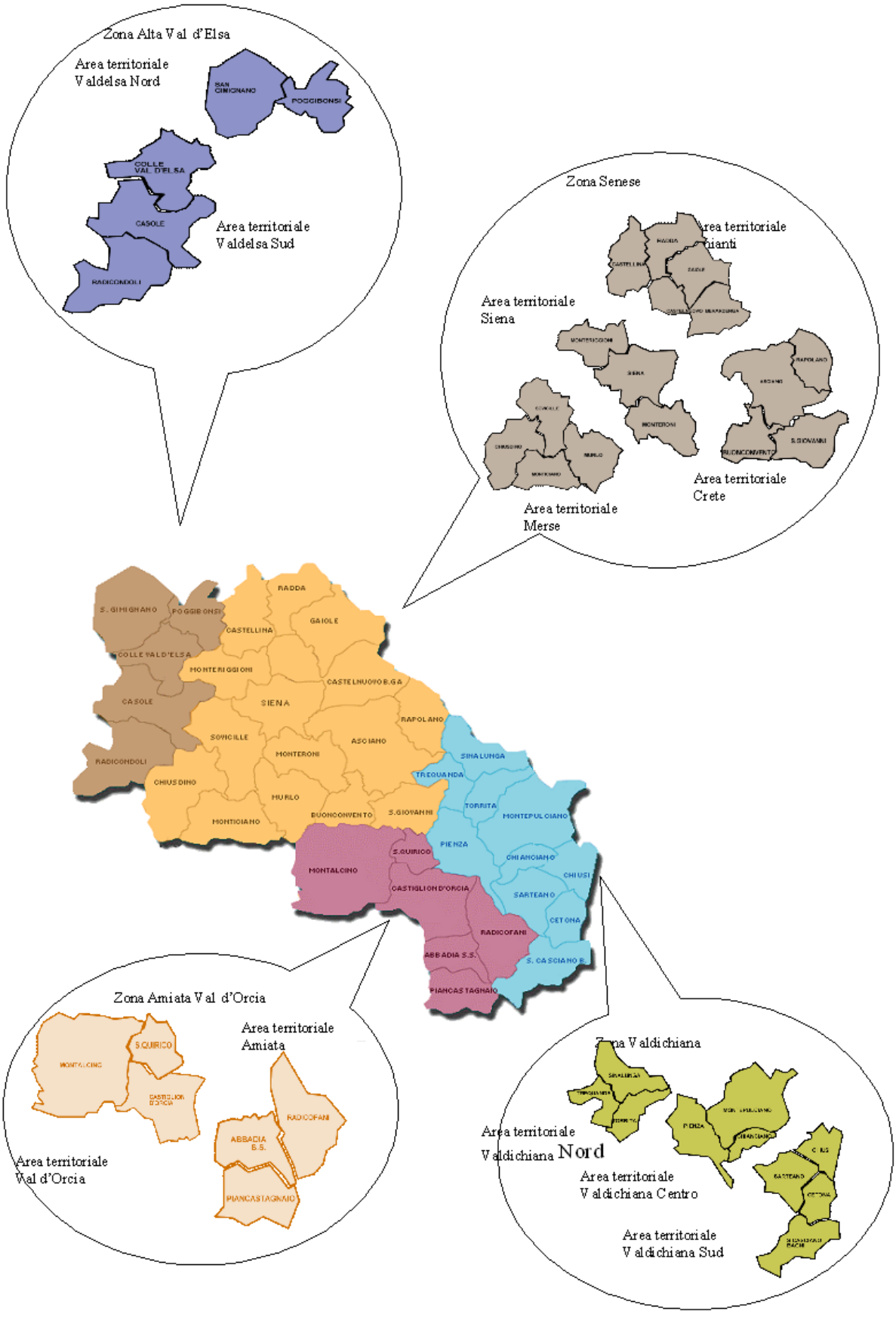
Contestualmente con la riorganizzazione distrettuale si procederà con la riorganizzazione dei punti prelievo.
I prelievi saranno effettuati in base alla allocazione delle sedi. Potranno essere aggiunte in deroga altre sedi che si realizzano attraverso Enti Locali o Associazioni di volontariato o Associazioni di MMG con la sola proiezione infermieristica della USL ancorché ridotta. Nel caso di utilizzo di sede di AAVV esse dovranno provvedere all'accreditamento delle sedi. Nel caso di utilizzo delle sedi comunali anch'esse dovranno provvedere all'accreditamento. Viene anche previsto il mantenimento di strutture USL il cui costo complessivo, incluso l'adeguamento, sarà a carico del Comune richiedente. Per distribuire adeguatamente il numero di sedute dei prelievi è stata effettuata l'analisi dell'offerta (ore prelievi/100 abitanti), il numero della popolazione standardizzato (popolazione pesata) ed infine l'offerta attuale (numero di prelievi per Comune) (vedi tabella seguente).

	(Ore/ Pop.) *100	Prelievi/ ora (2012)	Pop pes >14aa	Prelievi 2012	Prelievi 2011	Prelievi 2012 vs 2011	Ore lavoro annuali	Ore lavoro prelievi 3 min	Ore lavoro prelievi 5 min
ELSA									
Casole d'Elsa	7,83	11,71	3436,4	3.151	1.930	63,26%	269	157,6	262,6
Colle Val d'Elsa	2,38	43,84	19685,8	20.518	19.589	4,74%	468	1025,9	1709,8
Poggibonsi	3,54 con osp.le 1,4 senza osp.le	38,16 (senza osp.le)	28961,8	15.342 (senza osp.le)	8.963 (senza osp.le)	71,17%	402 (1026 con osp.le)	767,1 (senza osp.le)	1278,5 (senza osp.le)
Radicondoli	10,32	0,63	1007,3	66	46	43,48%	104	3,3	5,5
San Gimignano	7,38	12,35	7576,9	6.903	3.054	126,03%	559	345,2	575,3
Tutta Elsa				45.980	33.582	36,92%			
AMIATA									
Abbadia San Salvatore	9,17		7656,3				702	0,0	0,0
Castiglione d'Orcia	2,23	5,76	3002,5	386			67	19,3	32,2
Montalcino	8,30	14,02	5635,31	6.562	6.676	-1,71%	468	0,0	0,0
Piancastagnaio	1,19	10,38	4369,3	540			52	27,0	45,0
Radicofani	7,28	0,98	1249,8	89			91	4,5	7,4
San Quirico d'Orcia	2,83		2754,6				78	0,0	0,0
SENESE									
Asciano	2,64	17,23	7272,8	3.308	3.351	-1,28%	192	165,4	275,7
Buonconvento	4,35	13,63	3307,1	1.963	2.569	-23,59%	144	98,2	163,6
Castellina in Chianti	2,67	17,46	2916,4	1.362	1.372	-0,73%	78	68,1	113,5
Castelnuovo Berardenga	2,24	12,69	8052,4	2.284	2.275	0,40%	180	114,2	190,3
Chiusdino	3,50	20,91	2231,6	1.631	1.655	-1,45%	78	81,6	135,9
Gaiole in Chianti	2,83	14,99	2751,5	1.169	1.188	-1,60%	78	58,5	97,4
Monteriggioni	0,91		8606,0				78	0,0	0,0
Monteroni d'Arbia	0,99	30,14	7858,5	2.351	2.423	-2,97%	78	117,6	195,9
Monticiano	4,79	12,35	1628,5	963	1.055	-8,72%	78	48,2	80,3
Murlo	3,18	8,19	2264,9	590	625	-5,60%	72	29,5	49,2
Radda in Chianti	4,54	15,21	1716,8	1.186	1.153	2,86%	78	59,3	98,8
Rapolano Terme	4,97	11,80	5488,9	3.222	3.094	4,14%	273	161,1	268,5
San Giovanni d'Asso	5,75	5,54	1129,7	360	438	-17,81%	65	18,0	30,0
Siena	1,63	38,34	58948,0	36.880	42.900	-14,03%	962	1844,0	3073,3
Sovicille	3,32	12,63	9389,6	3.940	3.895	1,16%	312	197,0	328,3
Tutto Senese				61.209	67.993	-9,98%			
VALDICHIANA									
Cetona	1,94	25,26	3342,3	1.642	1.639	0,18%	65	82,1	136,8
Chianciano Terme	4,06	17,73	8012,2	5.761	5.650	1,96%	325	288,1	480,1
Chiusi	3,76	19,34	9411,8	6848	7188	-4,73%	354	342,4	570,7
Montepulciano			15269,7						
Pienza	2,17	25,13	2397,8	1.307	1.097	19,14%	52	65,4	108,9
San Casciano dei Bagni	1,94	21,36	2013,6	833	915	-8,96%	39	41,7	69,4
Sarteano	6,31	13,62	5150,9	4.426	4.598	-3,74%	325	221,3	368,8
Sinalunga	3,05	19,64	12766,0	7.659	7.828	-2,16%	390	383,0	638,3
Torrita di Siena	4,20	22,71	7741,1	7.380	7.009	5,29%	325	369,0	615,0
Trequanda	2,64	12,79	1474,8	499	439	13,67%	39	25,0	41,6
Tutta Valdichiana				36.355	36.363	-0,02%			
	4,02	17,08							

Quanto sopra per definire un numero minimo di prelievi per seduta, al fine di rendere appropriata la risposta ai cittadini e l'utilizzo del personale (si ipotizza una seduta settimanale quando i prelievi sono da 20 a 30).
Il concetto è che si vuole arrivare a definire un criterio appropriato ed equo che tenga conto della accessibilità e del numero di abitanti e del buon uso delle risorse per definire adeguatamente l'offerta. Verrà inoltre regolamentata con apposita procedura l'attività dei punti prelievo di primo livello dove non è prevista la presenza di personale amministrativo.
Si stabilisce comunque che nei punti di primo livello sarà necessario effettuare la prenotazione telefonica. La richiesta "rossa" dovrà essere presentata al momento del prelievo dove il personale presente procederà all'accettazione degli esami con stampa delle etichette. Entro l'anno 2013 sarà operativa la prescrizione informatizzata, si richiederà quindi l'invio presso le sedi distrettuali per l'esecuzione dell'accettazione dei prelievi. Se manca la rete o si eseguono prelievi in deroga deve essere individuata un'apposita procedura.

Ai fini di consentire l'individuazione dell'area territoriale di riferimento dei punti di erogazione di secondo livello, sono state individuate le seguenti aree territoriali omogenee, sulla base delle caratteristiche del territorio e della popolazione.

AMIATA VAL D'ORCIA	*VAL DI CHIANA*	*ALTA VAL D'ELSA*	*SENESE*
AREA AMIATA *Abbadia San Salvatore* *Piancastagnaio* *Radicofani*	**AREA VAL DI CHIANA NORD** *Sinalunga* *Torrita di Siena* *Trequanda*	**AREA VAL D'ELSA NORD** *Poggibonsi* *San Gimignano*	**AREA CRETE** *Asciano* *Buonconvento* *Rapolano Terme* *San Giovanni d'Asso*
AREA VAL D'ORCIA *Castiglione d'Orcia* *Montalcino* *San Quirico d'Orcia*	**AREA VAL DI CHIANA CENTRO** *Chianciano Terme* *Montepulciano* *Pienza*	**AREA VAL D'ELSA SUD** *Casole d'Elsa* *Colle V.d'Elsa* *Radicondoli*	**AREA MERSE** *Chiusdino* *Monticiano* *Murlo* *Sovicille*
	AREA VAL DI CHIANA SUD *Cetona* *Chiusi* *San Casciano dei Bagni* *Sarteano*		**AREA CHIANTI** *Castellina in Chianti* *Gaiole in Chianti* *Castelnuovo Berardenga* *Radda in Chianti*
			AREA SIENA *Monteriggioni* *Monteroni d'Arbia* *Siena*


Zona Alta Val d'Elsa
Area territoriale
Valdelsa Nord
SAN GIMIGNANO
POGGIBONSI
COLLE VAL D'ELSA
CASOLE
RADICONDOLI
Area territoriale
Valdelsa Sud
Zona Senese
Area territoriale
Siena
Area territoriale
Merse
Area territoriale
Crete
RADDA
GAIOLE
CASTELLINA
MONTERIGGIONI
CASTELNUOVO B.GA
SIENA
RAPOLANO
SOVICILLE
ASCIANO
MONTERONI
SINALUNGA
TREQUANDA
CHIUSDINO
MURLO
TORRITA
MONTEPULCIANO
MONTICIANO
BUONCONVENTO
S.GIOVANNI
PIENZA
S.QUIRICO
CHIANCIANO
MONTALCINO
CHIUSI
CASTIGLION D'ORCIA
SARTEANO
CETONA
RADICOFANI
ABBADIA S.S.
S. CASCIANO B.
PIANCASTAGNAIO
Zona Amiata Val d'Orcia
Area territoriale
Amiata
Area territoriale
Val d'Orcia
Zona Valdichiana
Area territoriale
Valdichiana Nord
Area territoriale
Valdichiana Centro
Area territoriale
Valdichiana Sud

5.3 La riorganizzazione della rete per le Cure Palliative

5.3.1 L'organizzazione attuale della rete per le Cure Palliative

Attualmente nell'Azienda USL 7 è attivo Centro Oncologico di Riferimento Territoriale (CORAT) inserito nel Dipartimento Oncologico e che si occupa di palliazione dei malati oncologici terminali.
I casi in Assistenza Domiciliare Oncologica Integrata (ADOI) sono ormai stabilmente circa 500 l'anno, a questi vanno aggiunti 130-150 casi di terminalità non oncologica presa in carico dalle strutture di assistenza domiciliare non specificamente dedicate alla palliazione.
Dai dati di attività si evince che l'assistenza domiciliare infermieristica nel suo insieme AD/ADI/ADOI assorbe circa 150.000 ore/infermiere (125.000 accessi a circa un'ora e 15 minuti ad accesso includendo viaggi e registrazione).
La terminalità è una quota parte di tali risorse ed assorbe circa il 10% delle risorse infermieristiche domiciliari (pari quindi a circa 15.000 ore) corrispondenti a 10 infermieri dedicati per il domicilio (però gli infermieri ADI fanno tutto o per lo meno sono dedicati solo parzialmente).
Ci sono poi gli Ospedali di Comunità/Hospice e qui possiamo valutare che il 25% del personale totale si occupi di Hospice cosa che corrisponde a circa 7 operatori socio-sanitari e 7 infermieri nelle tre zone, esclusa la Zona Amiata Val d'Orcia-Abbadia il cui personale infermieristico è ospedaliero.
Per quanto riguarda il personale medico dedicato alle cure palliative oncologiche questo è rappresentato dai medici CORAT che sono 5 nel territorio provinciale, a cui si aggiungono alcune ore di specialista convenzionato.
Ogni paziente è però seguito anche dal suo MMG con accessi ADI e accessi in HOSPICE. Anche i medici ASC partecipano al processo per l'attivazione degli accessi ADI nei pazienti oncologici e per la predisposizione dei PAI nei casi non oncologici e per l'ospedale di comunità che accoglie anche terminali non ADOI.
Esiste poi un'articolata rete del dolore ambulatoriale messa a punto dal Dipartimento delle Terapie Intensive che vede anche la collaborazione della Azienda Ospedaliera Universitaria Senese che a pieno titolo fa parte della rete interaziendale.

5.3.2 Il progetto di riorganizzazione

Dai dati e dall'organizzazione, si evince, quindi, che è necessario mettere a regime una rete di cure palliative che prenda in carico in modo adeguato, e maggiormente rispondente a quanto stabilito dalle delibere regionali, anche la terminalità non oncologica.
L'Azienda Usl 7 sta analizzando la possibilità di attivare (entro i primi mesi del 2014) una vera e propria struttura di Cure Palliative che ricomprenda al suo interno sia la terminalità oncologica che non.
Si intende riconfermare il modello Hospice integrato con l' Ospedale di Comunità presente in ogni Zona, perché permette una maggiore flessibilità interna nell' utilizzo dei posti letto e la "vicinanza " degli utenti con il contesto familiare/abitativo di provenienza.

5.4 La riorganizzazione dell'assistenza alla disabilità

5.4.1 L'organizzazione attuale dell'assistenza alla disabilità

In Provincia di Siena secondo il dato rilevato dai servizi socio sanitari dei Comuni e dell'Azienda USL7 le persone disabili (0- 65 anni), sono 3.547, di cui 3.164 hanno il riconoscimento della L.104/92 in gravità, 716 Handicap Psichico, 1391 Handicap Fisico, 127 Handicap Sensoriale, 930 Plurihandicap.
Dal dato provinciale emerge anche, che i minori sono: 52 (0-3 anni), 734 (4-18 anni); gli adulti: 222 (19-25anni), 437 (25-39 anni),1719 (40-64 anni):

Le Leggi Regionali n.41/2005 e 66/2008 prevedono per le persone con disabilità la realizzazione di politiche che valorizzino la centralità della persona, sviluppandone le capacità esistenti e le potenzialità di crescita in una logica diversa dal puro assistenzialismo ed orientate allo sviluppo dell'autonomia. E' solo conseguendo maggiori livelli di autonomia, infatti, che la persona può inserirsi socialmente nella vita della comunità, può accedere agli inserimenti lavorativi e prepararsi ad affrontare la fase del "Dopo di Noi", in assenza dei genitori quali care giver principali.

Il soggetto istituzionale di riferimento per l'organizzazione degli interventi sull'handicap, previsto dalla normativa Regionale è il Gruppo Operativo Interdisciplinare Funzionale (GOIF) che ha il compito di programmare ed elaborare gli interventi abilitativi e riabilitativi sui portatori di handicap nella fascia 0-64 e al cui interno sono rappresentate competenze professionali specialistiche sia sociali che sanitarie (è costituito un GOIF per zona). Il GOIF ha compiti di programmazione, integrazione e verifica degli interventi a tutela delle persone disabili. L'espressione operativa del GOIF in ambito territoriale è rappresentata dai Gruppi Operativi Multiprofessionali (GOM) che hanno il compito di curare la presa in carico della situazione di handicap, predisporre ed attivare il Progetto Abilitativo Riabilitativo Globale (PARG) e curarne l'evoluzione e la verifica, trasmettere al GOIF i dati relativi ai PARG attivati.
I Servizi Sociali territoriali, (organizzati diversamente nelle varie zone) ed il MOM SMIA, che si occupa della disabilità nella fascia d'età 0-18 anni, seguono il disabile dalla scuola dell'infanzia fino alle scuole superiori. Nel percorso scolastico vengono attivate riunioni annuali di programmazione, verifica intermedia e finale dei piani educativi individuali tramite il GLIC dove avviene l'integrazione tra le varie agenzie educative. Sono inoltre presenti in ogni Istituto Scolastico Comprensivo i GLIS che hanno il compito di programmazione generale delle attività scolastiche e predisposizione delle risorse.
Per accedere ai percorsi riabilitativi (insegnante di sostegno, dove costituiti, tipo ass. alla comunicazione, educativa domiciliare, ippoterapia, musicoterapia, ecc) il disabile necessita del riconoscimento di handicap ed invalidità civile rilasciati dalle apposite Commissioni Sanitarie.
Al compimento del diciottesimo anno, la presa in carico si trasferisce al gruppo GOM ADULTI di cui sopra ed in base alla gravità della patologia viene attivato un percorso riabilitativo personalizzato.
La Commissione Invalidi valuta la percentuale di invalidità e la condizione di 'handicap; coloro che hanno una percentuale d'invalidità superiore al 45% possono accedere all'iscrizione alle liste speciali provinciali per il collocamento protetto con il profilo lavorativo (legge 68/99), competenza dell'Amministrazione Provinciale.

Nell'ambito dell'Azienda USL 7 di Siena esistono più unità funzionali e servizi, istituzionali e non, rivolti alle persone con disabilità (si possono citare per esempio lo SMIA – Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, lo SMA – Salute mentale Adulti, Centri diurni, CAP – Comunità Alloggio Protette e Soggetti del terzo settore che operano a diverso titolo nell'ambito della disabilità), ma si evidenzia la completa assenza di alcuni servizi la RSD cioè, di residenze sanitarie per disabili e l'insufficienza, visto anche il dato anagrafico di 1719 disabili ultra quarantenni, dei " Dopo di Noi". Molti disabili che necessitano di assistenza di tipo residenziale si trovano quindi in strutture fuori provincia, con conseguenti notevoli costi, o impropriamente in RSA.
Nella nostra provincia abbiamo circa 53 casi inseriti da anni in regime residenziale presso strutture fuori ASL, in particolare presso l'Istituto Agazzi (RSD), con un costo complessivo di circa € 1.928.477,68. Per questi disabili sono stati sperimentati vari percorsi anche in base alle risorse presenti nel territorio, ma a causa della complessità della patologia, (ritardo mentale e disturbi psichici rilevanti), si è reso necessario l'inserimento in regime residenziale in strutture riabilitative; sono inoltre inseriti in RSA n° 12 disabili per i quali è stata fatta diagnosi di decadenza cognitiva, paragonabile alla demenza senile .
Esiste anche un servizio di assistenza domiciliare che ha lo scopo di permettere alle persone con limitazioni di autosufficienza di rimanere al proprio domicilio, nell'ambito familiare e sociale di appartenenza e di offrire alle persone affette da disabilità la continuità di cura. Il servizio fornisce, in particolare, assistenza sanitaria, fornitura di ausili e presidi sanitari, assistenza per la cura e l'igiene della persona, per la cura dell'alloggio e la gestione dei bisogni quotidiani, per l'integrazione sociale, per le attività di segretariato sociale, con l'obiettivo del mantenimento e del ripristino delle capacità funzionali e della vita di relazione.
Tra i progetti aggiuntivi legati all'autonomia, va ricordato il progetto regionale "Vita indipendente" che prevede l'erogazione di un contributo mensile alla persona con disabilità grave di età compresa tra 18 e 65 anni. La persona si impegna ad assumere un Assistente personale previa presentazione di un progetto il cui obiettivo è l'autodeterminazione e la possibilità di vivere una vita indipendente, nella nostra realtà le persone che usufruiscono del Progetto Vita Indipendente per il 2013 sono oltre 60

Strutture esistenti

Zona Alta Val D'elsa

- **Salute Mentale Adulti**
  Struttura socio-riabilitativa a bassa intensità assistenziale -"Casa Famiglia Poggibonsi"
  INDIRIZZO: Via San Gimignano 32 – Poggibonsi
  La struttura è di tipo Socio Riabilitativo a bassa intensità assistenziale in cui viene svolto una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti con patologia psichiatrica.
  L'Azienda USL 7 di Siena è titolare della struttura, gestita in forma mista con la Cooperativa "La Rondine".
  Numero posti letto: 3 Numero camere: 3
  Il piano di inserimento è disposto dal Dipartimento Salute Mentale Adulti. E' previsto un periodo di ricovero di massimo 36 mesi.

  La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
  Il costo dei ricoveri è a carico del bilancio sanitario.

- **Salute Mentale Adulti**
  Struttura socio-riabilitativa "Casa Famiglia di Colle Val d'Elsa "
  INDIRIZZO: Via Gramsci 57 – Colle Val d'Elsa
  All'interno della struttura vengono attivati percorsi socio-terapeutici riabilitativi per soggetti con patologia psichiatrica che non possono essere seguiti nell'ambito domiciliare, con un'età maggiore di 18 anni, residenti nella zona Alta Val d'Elsa ed in carico al Servizio, e per i quali sia stata ravvisata l'utilità di un programma riabilitativo che essi accettano. Tale programma deve mirare anche all'acquisizione di competenze e abilità di tipo sociale.
  L'Azienda USL 7 di Siena è titolare della struttura, la gestione è in forma mista con la Cooperativa "La Rondine".
  Numero posti letto: 6 Numero camere: 4
  Il piano di inserimento è disposto dal Dipartimento Salute Mentale. E' previsto un periodo di ricovero di 36 mesi.
  La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
  Il costo dei ricoveri è a carico del bilancio sanitario.

- **Comunità Alloggio Protetta – CAP "Il Mulino"**
  INDIRIZZO: Via Piave n. 40 – Poggibonsi.
  La struttura a carattere comunitario è destinata all'accoglienza residenziale di soggetti adulti portatori di handicap non in situazione di gravità.
  La Fondazione Territori Sociali Sfaldellata è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti letto: 10 Numero camere: 5
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Valdelsa. Il periodo di inserimento è determinato dal Piano di inserimento, alcuni ospiti sono ricoverati definitivamente .
  La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
  Il costo giornaliero della retta è determinato dalla quota sanitaria a carico dell'Azienda USL di € 44,72 e dalla quota sociale di € 56 a carico dei fruitori.

- **Centro Diurno per Disabili "L'Impronta"**
  INDIRIZZO: Via Marco Polo, 25 Loc. Campolungo – Colle di Val d'Elsa.
  La struttura, inserita all'interno del Presidio Socio Sanitario di Colle Val d'Elsa, è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap.
  La Fondazione Territori Sociali Altaveldelsa è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti: 18
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Valdelsa.
  La struttura è aperta dal lunedì al venerdì
  Il costo giornaliero della retta è a carico dell'utente e della famiglia

- **Centro Diurno di Socializzazione per Disabili "Centro Lucia"**
  INDIRIZZO: Loc. "La Strolla" – Poggibonsi.
  La struttura è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap.

  L'Anfass Valdelsa ONLUS è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti:15
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Valdelsa.

La struttura è aperta dal lunedì al venerdì con orario 9,00 – 18,00
Il costo giornaliero della retta è di 32,40 €, a carico dell'utente e della famiglia. in base a Dichiarazione ISEE.

- **Centro Diurno "Casa Fattoria"**
  INDIRIZZO: Via G. Verdi n. 2 – Casole d'Elsa .
  La struttura è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap.
  La Cooperativa Sociale Onluss "Casa Fattoria" è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti: 20
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Valdelsa.
  La struttura è aperta quattro giorni a settimana con orario 8,00 – 17,00
  Il costo giornaliero della retta è di 32,40 €, a carico dell'utente e della famiglia, in base a Dichiarazione ISEE.

Zona Senese

- **Salute Mentale Adulti**
  Struttura socio-riabilitativa a bassa intensità assistenziale "Il Gabbiano"
  INDIRIZZO: Via XXIV Maggio n. 62 – Siena.
  La struttura di tipo socio riabilitativo a bassa intensità assistenziale, in cui viene svolto una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti con patologia psichiatrica. "Il Gabbiano" accoglie preferibilmente ospiti giovani, senza precedenti di lunga istituzionalizzazione, inseriti in un buon contesto sociale tale da permettere autonomamente il soddisfacimento autonomo dei bisogni primari.
  L'Azienda USL 7 di Siena è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti letto: 10
  Numero camere: 7
  Il piano di inserimento è disposto dal Dipartimento Salute Mentale.
  La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
  Il costo dei ricoveri è a carico del bilancio sanitario.

- **Salute Mentale Adulti**
  Struttura terapeutico-riabilitativa "Ponte a Tressa"
  INDIRIZZO: Loc. Ponte a Tressa – Monteroni d' Arbia
  La struttura si propone un intervento riabilitativo in regime residenziale per pazienti nei quali la malattia psichiatrica abbia compromesso in misura rilevante le capacità di autonomia personale, di relazione interpersonale e di integrazione sociale e che quindi abbisognano di un periodo in cui il progetto riabilitativo sia supportato da un'assistenza specialistica per tutto l'arco della giornata.
  L'Azienda USL 7 di Siena è titolare della struttura, e la gestione è in forma mista con la Cooperativa sociale "G. di Vittorio".
  Numero posti letto: 12 Numero camere: 7
  Il piano di inserimento è disposto dal Dipartimento Salute Mentale. E' previsto un periodo di ricovero di 24 mesi.
  La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.

Il costo dei ricoveri è a carico del bilancio sanitario.

- **Salute Mentale Infanzia Adolescenza**
  Centro socio-riabilitativo "Il Piccolo Principe"
  INDIRIZZO: Loc. Le Volte Alte, Siena (SI).

  Il Centro "Il Piccolo Principe" è una struttura Socio- Riabilitativo per pazienti di età tra i 6 ed i 16 anni, affetti da Disturbi Generalizzati dello Sviluppo, è gestito dalla Azienda USL7 – Dipartimento Salute Mentale- Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia Adolescenza.
  Il servizio ha per oggetto l'attività educativo-riabilitativa pomeridiana per n. 10 (dieci) minori disabili, riconosciuti ai sensi della L. 104/92, affetti da Disturbo dello Spettro Autistico

  Le ammissioni al Centro avvengono sulla base delle valutazioni effettuate dagli operatori del gruppo multiprofessionale per la diagnosi ed il trattamento dei disturbi dello spettro autistico operante nell'ambito della SMIA , su proposta degli operatori referenti per il singolo caso, previo accordo sottoscritto dai genitori dei minori interessati.
  Il Centro è aperto dal lunedì al venerdì, dalle ore 15:30 alle ore 18:30
  Il costo dei ricoveri è a carico del bilancio sanitario.

- **Centro Diurno Disabili "Santa Petronilla"**
  INDIRIZZO: Via Santa Petronilla n. 7 – Siena.
  La struttura è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap.
  Il Comune di Siena è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti: 20
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona senese.
  La struttura è aperta dal lunedì al venerdì con orario dalle ore 8:30 alle ore 17:30, ad eccezione delle festività.
  Il costo giornaliero della retta, previsto a partire dal mese di giugno, è di 20 €, a carico dell'utente e della famiglia, il costo di gestione a carico dei comuni.

- **Centro Diurno di Socializzazione per disabili "Il Poderuccio"**
  INDIRIZZO: Via Cortigiani n.10 – Buonconvento
  La struttura è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap di età compresa fra 16 e 55 anni.
  La Cooperativa "Comunità e Persona" è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti: 15
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona senese.
  La struttura è aperta dal lunedì al venerdì con orario dalle ore 7:30 alle ore 17:30 (Compreso trasporto)
  Il costo giornaliero della retta è di 9 €, a carico dell'utente e della famiglia, il costo di gestione a carico dei comuni .

- **Comunità Alloggio Protetta "Santa Petronilla"**
  INDIRIZZO: Via Santa Petronilla n. 7 – Siena
  La struttura è destinata all'accoglienza residenziale di soggetti portatori di handicap.
  Il Comune di Siena è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti letto: 20

Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona senese.
La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
Il costo giornaliero della retta è determinato dalla quota sanitaria a carico dell'Azienda USL di 38,50 € e di € 44,72 dal 1° gennaio 2014 (accordi con Direzione Aziendale) e dalla quota sociale di € 56,49 a carico dei fruitori.

Zona Val Di Chiana

- **Centro Diurno di Socializzazione per disabili "Guido Masneri"**
  INDIRIZZO: Frazione Gracciano Via Molise n. 4 – Montepulciano.
  La struttura è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap
  I Comuni della Zona Val di Chiana sono i titolari della struttura. L'Azienda USL 7 di Siena è il gestore della struttura su delega dei Comuni.
  Numero posti: 20
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Valdichiana.
  La struttura è aperta dal lunedì al sabato con orario dalle ore 8,30 alle ore 16,30.
  Il costo giornaliero della retta è a carico dell'utente e della famiglia in base alla valutazione ISEE.

- **Centro Diurno di Socializzazione per Disabili "L'Arcobaleno"**
  INDIRIZZO: Via Petriccia n. 10 – Chiusi.
  La struttura, inserita all'interno della Sede distrettuale di Chiusi, è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap.
  I Comuni della Zona Val di Chiana sono i titolari della struttura. L'Azienda USL 7 di Siena è il gestore della struttura su delega dei Comuni.
  Numero posti: 12
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Valdichiana.
  La struttura è aperta dal lunedì al venerdì con orario dalle ore 8,30 alle ore 15,30.
  Il costo giornaliero della retta è a carico dell'utente e della famiglia in base alla valutazione ISEE.

Zona Amiata Val d'Orcia

- **Salute Mentale Adulti**
  Struttura terapeutico-riabilitativa "I Prati"
  INDIRIZZO: Loc. Zaccaria n. 150 – Abbadia San Salvatore
  La struttura si propone un intervento riabilitativo in regime residenziale per pazienti nei quali la malattia psichiatrica abbia compromesso in misura rilevante le capacità di autonomia personale, di relazione interpersonale e di integrazione sociale e che quindi abbisognano di un periodo in cui il progetto riabilitativo sia supportato da un'assistenza specialistica per tutto l'arco della giornata.
  La Società Cooperativa Coopas è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti letto: 10 Numero camere: 5

Il piano di inserimento è disposto dalla Salute Mentale Adulti. E' previsto un periodo di ricovero di tre anni.
La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
Il costo giornaliero di un ricovero è di 130 € giornalieri a carico della Azienda USL 7.

- **Salute Mentale Adulti**
  Struttura socio-riabilitativa a bassa intensità assistenziale "Casa Verrusio"
  INDIRIZZO: Via San Giovanni n. 60– Abbadia San Salvatore
  La struttura è di tipo Socio Riabilitativo a bassa intensità assistenziale, in cui viene svolto una parte del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo per utenti con patologia psichiatrica.
  L'Azienda USL 7 di Siena è titolare e gestore della struttura.
  Numero posti letto: 5 Numero camere: 3
  Il piano di inserimento è disposto dal Dipartimento Salute Mentale Adulti. E' previsto un periodo di ricovero di tre anni.
  La struttura è aperta 7/7 gg con orario 24/24 h.
  Il costo dei ricoveri è a carico del bilancio sanitario (Circa 100.000 annui per personale Coop "Il Prato", circa 7.000 mensili per pasti e lavanderia).

- **Centro Diurno Occupazionale e di Socializzazione per Disabili "Il Sole"**
  INDIRIZZO: Piazzale Michelangelo n. 26 – Abbadia San Salvatore
  La struttura è destinata all'accoglienza diurna di soggetti portatori di handicap. Il Centro Diurno è collocato al piano -1 dello stabile di proprietà del Comune di Abbadia San Salvatore dove si trovano anche gli Uffici di Direzione dell'Azienda USL 7 (Zona Amiata Val d'Orcia) piano 2.
  L'Azienda USL 7 di Siena è titolare della struttura, mentre il servizio è appaltato per le attività di socializzazione, trasporto, pulizia alla Cooperativa "Il Prato"; la manutenzione ordinaria e le utenze sono a carico dell'Azienda USL 7 di Siena, mentre la manutenzione straordinaria a carico del Comune di Abbadia San Salvatore.
  Numero posti: 20
  Il piano di inserimento è disposto dal Gruppo Operativo Multidisciplinare della Zona Amiata Val d'Orcia.
  La struttura è aperta dal lunedì al venerdì con orario dalle 9 alle 15. Il servizio di trasporto è organizzato per permettere la fruibilità dell'orario completo del servizio.
  Per il servizio completo il costo massimo giornaliero della retta è di 8,80 €, mentre la quota minima è di 7,60 € a carico dell'utente e della famiglia. Il servizio parziale, al netto di una delle attività prevalenti, prevede una quota giornaliera massima di 5,30 € ed una quota minima di 4,60 €.
  La retta è a carico dell'utente e della famiglia. Mentre il Comune sostiene l'intero costo al netto delle compartecipazioni.

Da quanto sopra esposto emerge la dimensione e la complessità del tema disabilità in Provincia di Siena, l'entità delle diverse disabilità, le strutture esistenti a livello territoriale, emerge anche l'importanza di garantire una dimensione unitaria alle strategie di intervento verso la persona con disabilità tra i diversi settori e componenti istituzionali coinvolti (Azienda USL7, Provincia, Comuni, Regione, Volontariato e terzo settore), assicurando livelli efficaci di governo e di

coordinamento territoriale ed articolando la gamma delle risposte in base alla prevalenza delle caratteristiche riabilitative e socio assistenziali degli interventi da attuare.
E' infatti necessario che la presa in carico sia un processo flessibile che si adatti alle fasi evolutive della persona: a seconda delle fasce di età, prenatale, evolutiva, adolescenziale, adulta ed anziana, vi sono infatti interventi correlati che pongono in essere azioni da parte del settore sanitario, della famiglia, degli Enti Locali, della scuola, del lavoro e della società civile; tali azioni, specifiche e parziali nel processo di abilitazioni delle funzioni e delle capacità, devono trovare finalizzazione nell'ambito di una progettualità dell'individuo di lungo periodo, che guarda al progetto di vita e alla migliore inclusione sociale.

5.4.2 Obiettivi per il futuro

Dal confronto con le associazioni di volontariato emergono una serie di criticità che l'azienda ha ritenuto opportuno accogliere, pertanto i seguenti obiettivi derivano, oltre che da un'attenta analisi dei bisogni, anche da una lunga concertazione, con i rappresentanti non profit della disabilità

- PUAD (Punto Unico di Accesso del Disabile): Individuazione ed implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi sociosanitari integrati della persona disabile, che permetta la raccolta di informazioni sul modello organizzativo e la sua funzionalità rispetto il percorso di presa in carico globale, continuativa e precoce della persona disabile. Costruzione di una “RETE” tra pubblico e non profit per la realizzazione di una serie di interventi rivolti alle persone disabili, dando continuità allo sportello “Aiutarsi” gestito dalle associazioni dei disabili che fornisce informazione sulle normative regionali e nazionali rivolte al mondo della disabilità;

- protocolli tra l'Azienda USL7 e l'Azienda Ospedaliera di Siena per quanto riguarda la riabilitazione intensiva/estensiva, che interessano diverse patologie, Sclerosi Multipla, Paraplegici, ecc..;

- progettazione a livello delle quattro zone socio sanitarie di percorsi di “Durante e Dopo di noi”, come strumento per il raggiungimento della massima autonomia ed integrazione della persona disabile nel contesto di vita familiare e sociale. Azioni del “Durante di noi” che dovranno concretizzarsi in percorsi sperimentali di autonomia, fra cui forme di convivenza ed aggregazione per ricreare ambienti di dimensione familiare, sistemi di vita extra familiari non solo per i bisogni di tipo assistenziale, ma anche esistenziali e di socializzazione, e nel “Dopo di Noi “, nella progettazione di programmi di residenzialità e semi residenzialità per situazioni di persone che perdono la famiglia originale di riferimento. La realizzazione dei “Dopo di Noi”, può avvenire anche attraverso modalità di gestione innovative come ad esempio lo strumento giuridico delle Fondazioni di partecipazione, che permette l'utilizzo di risorse pubbliche e private. Nella nostra provincia esiste già una Fondazione di partecipazione “Futura” realizzata dal Comune di Siena e dal privato sociale;

- realizzazione di un tavolo interistituzionale tra Azienda USL7, Servizi sociali dei comuni, SMA e Amministrazione Provinciale, per attuazione percorsi di tirocini/stage e inserimento a lavoro delle persone con disabilità;

- realizzazione insieme alle associazioni di volontariato di una nuova organizzazione del trasporto sociale (in particolare rivolto alle persone con handicap), un progetto in grado di realizzare una centrale unica di prenotazione, con l'obbiettivo di avere maggiori risparmi e più efficienza ed appropriatezza nei servizi stessi;

- riorganizzazione delle strutture per disabili e realizzazione di moduli di R.S.D. (Residenza Sanitaria per Disabili) da concretizzarsi a livello del territorio della Asl7, anche prevedendo rivisitazioni di precedenti strutture, come la C.A.P. (Comunità Accoglienza Protetta) di S. Petronilla a Siena dove sono previsti, entro il 2014, 20 posti RSD, o ampliamento delle stesse con ulteriori moduli di RSD come per la CAP il " Mulino" a Poggibonsi (ampliamento già effettuato con un nuovo modulo 10 posti letto di RSD). La programmazione a livello provinciale dei posti di CAP e RSD dovrà avvenire sulla base del bisogno socio assistenziale ed ha come obiettivo primario quello di accogliere gli utenti ospiti presso strutture fuori ASL in strutture di nuova costituzione, curando anche il rapporto di vicinanza alla sede di residenza.
  "*Conditio sine qua non*" per la realizzazione di questi ampliamenti sarà la reinternalizzazione, con conseguente avvicinamento, degli utenti residenti nella nostra provincia, garantendo l'equilibrio economico indispensabile al rispetto del Budget aziendale.

5.5 La riorganizzazione del percorso Salute Mentale Adulti

La tutela della salute mentale continuerà a perseguire un'ottimale realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico, preventivo e riabilitativo, da esercitare in forma coordinata tra le aziende USL e AOUS. Sarà valorizzata sempre di più la scelta innovativa e logica di sviluppare e sostenere un Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale (DISM), con lo scopo di promuovere la continuità e l'unitarietà delle cure attraverso una rete a forte integrazione prevenzione-cure locali-cure acute-riabilitazione -ricerca- formazione-alta specializzazione. Sarà quindi necessario continuare a promuovere l'integrazione delle competenze professionali, scientifiche e formative nella rete, continuando a favorire una gestione non frazionata delle risorse umane, strumentali ed economiche, promuovendo una sempre maggiore integrazione tra le attività di prevenzione, assistenza, didattica e ricerca. Con il fine ultimo di garantire un sempre maggiore e migliore accesso ai servizi, continuerà la creazione di percorsi assistenziali integrati e condivisi, superando la logica delle microfonisti 'territoriali', da salvare solo negli aspetti migliori e con documentata efficienza, efficacia e utilità sanitaria per i cittadini. Sarà altresì necessario mantenere ed incentivare la collaborazione tra servizi sanitari e sociali, nella consapevolezza di quanto interdipendenti siano i compiti attribuiti due servizi ma anche nella necessità di delineare in modo sempre più chiaro e definito le rispettive competenze.
Tutte le strutture del Dipartimento Interaziendale di salute mentale, residenziali, semi residenziali e reparti di ricovero operano funzionalmente in rete tra di loro.
Presso il Policlinico delle Scotte è collocato il reparto di SPDC con 8 p.l. A valenza provinciale, collegato funzionalmente e operativamente in rete con gli 8 p.ll. della Clinica Psichiatrica.

Zona Valdelsa

Il percorso di riorganizzazione è iniziato con l'accorpamento dei p.l. di SPDC presso l'AOUS, avvenuto in data 1 Giugno 2013.
Il progetto complessivo prevede il mantenimento di un livello ospedaliero con la realizzazione in Zona di un Day Service che ha caratteristiche di presa in carico e completa i percorsi della Salute Mentale Adulti (SMA).
E' poi prevista un'unica struttura H 24 (fino ad un massimo di 9 p.l) di tipo socioriabilitativo ad alta intensità (via Salvetti a Colle Val d'Elsa).
Tale struttura si avvarrà del personale che deriva dall' accorpamento dell' SPDC ma anche della chiusura e riorganizzazione delle attuali due strutture residenziali socioriabilitative a bassa intensità (Via Gramsci al primo piano a Colle V.E. e Via San Gimignano a Poggibonsi) poco funzionali sul piano riabilitativo
Riguardo a queste due strutture, per quella di Colle via Gramsci si tratta di un vero riassorbimento, mentre quella in via San Gimignano a Poggibonsi diverrà un gruppo appartamento con l' intervento del personale SMA in proiezione e con caratteristiche propedeutiche a rendere autonomi i pazienti.
All'interno della struttura di Via Salvetti si prevedono due moduli, uno per ridurre le degenze in ospedale per coloro che sono dimissibili ma che per problemi sociali, non psichiatrici, non hanno una collocazione abitativa subito agibile. Per queste persone la permanenza sarà breve non superiore a 3 mesi. L'altro modulo, invece, prevede una maggiore durata assistenziale (massimo 2 anni) per pazienti con più lunghi percorsi riabilitativi.
Si precisa inoltre che la struttura accoglierà pazienti solo di stretta pertinenza psichiatrica, cioè non persone con abuso di sostanze, con gravi deficit motori o gravi deficit cognitivi, come demenze.

Zona Senese

Nell'area Senese verrà potenziato il percorso terapeutico-riabilitativo della struttura di "Ponte a Tressa" , andando progressivamente verso un modello di tipo "Comunità terapeutica", per 12 utenti giovani provenienti da tutto il territorio provinciale, a disposizione di tutti i servizi del Dipartimento. Il Centro di salute mentale manterrà la sua collocazione in Via Roma, così come il Centro Diurno di Via Nino Bixio e l'altra struttura socio riabilitativa "Il Gabbiano" per 10 utenti. Sono a disposizione anche due appartamenti collocati a Isola d'Arbia e a Taverne d'Arbia per pazienti che stanno completando il percorso riabilitativo e che hanno raggiunto buoni livelli di autonomia.

Zone Valdichiana e Amiata Val d'Orcia

Nell'Area Valdichiana-Amiata Val d'Orcia, resta attivo un SPDC temporaneo di 4 posti letto all'interno del Reparto di Medicina dell'Ospedale di Nottola. Il Centro di salute mentale è collocato a Chianciano in Via Vesuvio 32, così come il Centro Diurno che è funzionalmente collegato. La struttura terapeutico-riabilitativa "I Prati" accreditata per 10 utenti, è collocata nel Comune di Abbadia S.S. ed è a disposizione in via prioritaria per giovani utenti che necessitano di percorsi terapeutici residenziali e che sono in cura alla sezione zonale territoriale; anche se tale struttura opera in rete, su necessità, anche per altri utenti del territorio provinciale. Ad Abbadia S.S. È collocata una struttura socio-riabilitativa a bassa intensità assistenziale con 5 p.l. che svolge tuttavia anche numerose attività riabilitative diurne e che rappresenta un significativo punto di riferimento

per gli utenti della Zona Amiata. Ad Abbadia è aperto tutti i giorni feriali un ambulatorio multiprofessionale di salute mentale, per alcune ore al giorno per attività ambulatoriali mediche ed infermieristiche.

5.6 La riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione

Le trasformazioni in atto e le difficoltà economiche che investono il SSR non possono non indurre una riflessione sulla funzione dei Dipartimenti della Prevenzione, in coerenza con la necessità non solo di una razionalizzazione ma anche di uno sviluppo delle competenze della prevenzione, alla luce della Delibera 1235/2012 della Regione Toscana e della legge regione Toscana n 27 dicembre 2012 n 81.
La scelta di rivedere le funzioni dei Dipartimenti di Prevenzione, compreso il conseguente riassetto organizzativo, oltre che un obbligo normativo per i Dipartimenti della Regione Toscana, è un'opportunità che, se ben gestita, prepara ad un quadro delle risorse favorevole alla semplificazione di alcuni processi.
Si tratta di assicurare ai cittadini nuovi e diversi livelli assistenziali secondo una logica di appropriatezza e con elevati standard di qualità e sicurezza, obiettivo possibile anche con la valorizzare di competenze e titolarità professionali disponibili.

Presupposti della riorganizzazione sono le seguenti strategie:
- superamento del modello a matrice
- semplificazione dei processi decisionali
- efficacia, omogeneità ed economicità delle prestazioni

Tali strategie hanno come obiettivi:
- Garanzia del mantenimento delle attuali prestazioni all'utenza
- Prossimità delle attività attraverso il mantenimento territoriale dei punti di erogazione dei servizi che saranno definiti Setting
- Programmazione dell'offerta di prestazioni sul livello provinciale pur nella peculiarità dei bisogni territoriali definendo le opportune modalità di ascolto con enti e associazioni
- Definizione e qualificazione dei livelli di performance del personale in base alle competenze e ai profili professionali nell'ambito di una visione complessiva dei problemi di prevenzione appropriatezza - attraverso l'eliminazione delle prestazioni non LEA e programmazione delle attività in base alla valutazione del rischio
- messa in coerenza dell'attività, in particolare quelle di vigilanza ed ispezione, con le altre forze/enti inter-agenti con creazione di strategie e sinergie a livello provinciale
- Istituzione di un sistema di controllo di gestione interno per le valutazioni di efficacia e di efficienza dei servizi Sistema di valutazione (benchmarking)
- razionalizzazione delle risorse e dei progetti
- Definizione chiara ed univoca dei livelli di responsabilità con ridefinizione dei ruoli e delle funzioni con riduzione dei punti di governance

5.6.1 L'organizzazione attuale del Dipartimento di Prevenzione

Si evidenzia che attualmente nel Dipartimento di Prevenzione erano presenti 23 articolazioni organizzative funzionali:

1. le Unità Funzionali ed i Mom (moduli organizzativi multidisciplinari)
2. e 20 articolazioni organizzative professionali quest'ultime titolari di funzioni operative così come era previsto dall' art. 58 della L.R. 40 /2005 e smi e dal PSR 2008-2010.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione era:

- duplicata tra modello centralizzato nelle articolazioni Dipartimentali e articolazioni UF con difficoltà nella fase di programmazione operativa e con evidenti disomogeneità;
- frammentata;
- organizzata con un modello a matrice superato ormai nei fatti anche da gli altri Dipartimenti non rispondendo così alla necessaria autonomia professionale richiesta.

5.6.2 Il progetto di riorganizzazione

La legge regionale n 81 del 27 dicembre 2012 "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria modifiche alla l.rt 51/2009 ,alla 40/2005 e alla 8/2006" e la delibera 1235 del 28 dicembre 2012, dettano i criteri di ridefinizione degli assetti dei Dipartimenti della Prevenzione delle AASSLL della Regione Toscana.
E' evidente che si debba andare a ridefinire l'assetto del Dipartimento stesso in base non solo alle citate norme, ma a criteri di efficienza ed economicità :

- Spingendo sull'efficientizzazione del personale afferente alle strutture,
- agendo sulla flessibilità dell'assegnazioni del personale stesso
- privilegiando l'appropriatezza delle prestazioni rese.

Inoltre è opportuno definire un modello che si bilanci tra modello centralizzato e modello decentrato, tra competenze specialistiche e necessità di integrazione, tra funzioni e processi, tra lavoro individuale e lavoro in equipe. In questa fase risulta strategica la integrazione operative professionale con il Dipartimento tecnico professionale.
Il livello dei servizi a livello territoriale dovrà essere assicurato mediante punti che erogheranno le prestazioni su bacini di interventi razionali in funzione dei bisogni espressi e non espressi del territorio, in modo tale da mantenere alta la centralità dell'utenza (e la sua possibilità di accesso) e da mantenere un forte presidio del territorio, esigenza indiscutibile per la prevenzione che fa della conoscenza accurata del territorio il primo strumento, ma anche l' obiettivo indispensabile di lavoro.
In linea con gli indirizzi regionali, l'azienda USL 7 ha previsto, con le Delibere aziendali N° 604 del 23/11/2012 "*Modifica del Regolamento di Organizzazione Aziendale e Repertorio delle strutture"* e N° 234 del 21/06/2013 "*Riorganizzazione delle strutture dipartimentali sanitarie: modifica regolamento di organizzazione aziendale e repertorio delle Strutture hanno definito la tipologia delle UU.OO. afferenti al Dipartimento della Prevenzione ed delle UU.FF. derivanti"* la seguente articolazione organizzativa:

1. U.F. SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE cui afferiscono le seguenti UU.OO.:
   U.O. Sanità Animale
   U.O. Igiene Alimenti di Origine Animale
   U.O. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche

2. U.F.PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO cui afferiscono le seguenti UU.OO.:
   U.O. Igiene e Salute nei Luoghi di Lavoro
   U.O. prevenzione e sicurezza

3. U.F.IGIENE PUBBLICA E DELLA NUTRIZIONE cui afferiscono le seguenti UU.OO.:
   U.O. Igiene e sanità pubblica
   U.O. Igiene Alimenti e Nutrizione

L'accorpamento di funzioni omogenee in contenitori di governance (gestionale/professionale) provinciali individuato dalla legge 81 del 2012 determinerà una semplificazione della organizzazione e di migliore gestione.
Fondamentale diviene l'integrazione con il Dipartimento Tecnico Sanitario e con gli altri Dipartimenti convolti (come ad esempio il Dip.to Infermieristico-Ostetrico) che, concorrono e contribuiscono al conseguimento delle finalità del Dipartimento di Prevenzione, in particolare modo garantendo le risorse/i servizi necessari alla effettuazione dei prodotti finiti/prestazioni propri del Dipartimento di Prevenzione stesso ed inseriti nel repertorio regionale.

6. LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI NELLE 4 ZONE

6.1 Zona Alta Valdelsa

6.1.1 Il riassetto delle Cure Primarie

Adeguamento Presidio Distrettuale Poggibonsi
Si prevede la realizzazione di un Centro Medico Aziendale (Casa della Salute), tramite ristrutturazione della sede distrettuale di Poggibonsi, situata nel centro del paese e distante circa 2 Km dallo Stabilimento Ospedaliero di Campostaggia. Nella struttura troveranno collocazione ambulatori di assistenza primaria (MMG) e specialistica, oltre ad attività infermieristiche, amministrative e sociali secondo il profilo di attività già in essere e coerentemente quanto previsto dal modello assistenziale Casa della Salute: prenotazione, effettuazione prelievi (5 giorni su 7); consegna farmaci e materiale integrativo; prestazioni di specialistica ambulatoriale (Cardiologia, Dermatologia, Oculistica, Ortopedia, ORL, Psichiatria, Neurologia, Geriatria, Odontoiatria, Chirurgia plastica); Consultorio ginecologico, adolescenti e psicologico; ambulatorio infermieristico tutti i giorni.
La struttura ospiterà gli ambulatori di 7-8 MMG, vi si prevede tuttavia lo svolgimento delle attività relative ai PDTA della sanità di Iniziativa/ECCM per tutta la popolazione afferente al Comune di Poggibonsi.
L'attività amministrativa sarà presente per 5 giorni alla settimana.
Per quanto sopra, si rendono necessarie opere di ristrutturazione finalizzate alla individuazione di spazi idonei ad ospitare le relative attività ambulatoriali e di supporto nonché l'acquisizione di arredi e la realizzazione di infrastrutture funzionali all' informazione/ comunicazione con gli utenti e con altre strutture della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera per garantire qualità e continuità di presa in carico.
Adeguamento struttura di proprietà USL in Colle Val d'Elsa
Si prevede, l'organizzazione di una Casa della Salute presso una struttura di proprietà della USL ubicata nel centro di Colle Val d'Elsa Via XXV Aprile, presso la quale afferiranno tutti i MMG della AFT (15 MMG). Se ne prevede l' integrazione con le attività distrettuali presenti a Colle ivi incluse le attività dei servizi sociali. Saranno trasferite in tale immobile le prestazioni di specialistica ambulatoriale convenzionata necessarie a consentire tutta l' attività prevista di presa in carico e supporto alla sanità d' iniziativa ,sarà presente il servizio di prenotazione CUP, prelievi, consegna farmaci e materiale integrativo, sarà presente un ambulatorio infermieristico.
Presso la struttura potranno quindi essere erogate attività socio-sanitarie, sanitarie, sociali e amministrative secondo quanto previsto dal modello assistenziale Casa della Salute.
Per quanto sopra dovrà comunque essere effettuata un' attenta valutazione delle opere di ristrutturazione e messa a norma di dell' edificio. Tale edificio che, già precedentemente, era stato sede distrettuale, ha una superficie di circa 2000 metri quadrati e sarà anche considerata l' ipotesi della ristrutturazione di una sola porzione dello stesso. Risulterà indispensabile poi acquisire arredi e realizzare infrastrutture funzionali all' informazione /comunicazione con gli utenti e con tutte le altre strutture della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera

6.1.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali

La Zona Alta Val d'Elsa è costituita da 5 comuni: Casole d'Elsa, Colle Val d'Elsa, Poggibonsi, Radicondoli e San Gimignano.

Comune	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Casole d´Elsa	3440	3623	3764	3841	3880
Colle di Val d´Elsa	20439	20983	21346	21556	21629
Poggibonsi	28738	28973	29195	29478	29634
Radicondoli	1006	1019	992	974	954
San Gimignano	7631	7735	7783	7770	7806
SdS Val D'elsa	**61254**	**62333**	**63080**	**63619**	**63903**

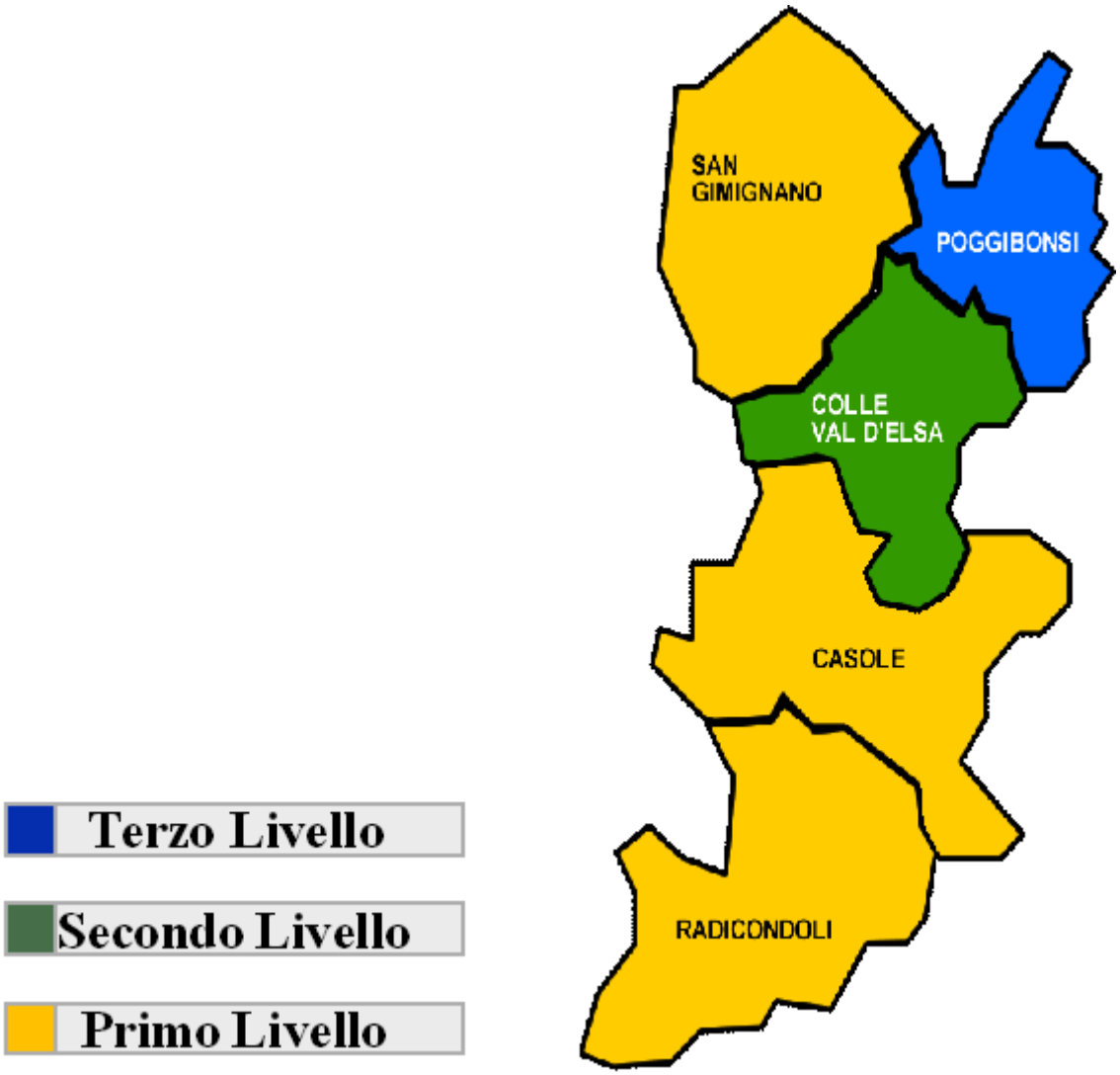
Nella zona insistono 5 presidi distrettuali, uno per ogni Comune.
Per quanto riguarda il presidio distrettuale di Casole d'Elsa questo insiste su una zona con una popolazione di circa 4000 abitanti, per una superficie di 149 km^2 con densità abitativa di 26 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 15% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 20%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 23% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale. Sul territorio, inoltre insistono 3 presidi di primo livello posti in località Monteguidi (147 abitanti), Pievescola (294 abitanti) e Mensano (127 abitanti) in cui viene svolta attività di prelievi ogni tre settimane.
Il presidio distrettuale di Colle Val d'Elsa insiste su una zona con una popolazione di circa 22000 abitanti, per una superficie di 92 km^2 con densità abitativa di 234 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 14% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 20%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 23% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
A Colle Val d'Elsa sono presenti, inoltre, una struttura per l'Igiene Veterinaria, il SERT e l'UFSMA.
Il presidio distrettuale di Poggibonsi insiste su una zona con una popolazione di circa 30000 abitanti, per una superficie di 71 km^2 con densità abitativa di 418 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 14% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 24%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 22% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale. Sul territorio, inoltre insiste un altro presidio di secondo livello posto in località Staggia Senese (3000 abitanti), in cui viene svolta attività di prelievi una volta al mese.
Il presidio distrettuale di Radicondoli insiste su una zona con una popolazione di circa 1000 abitanti, per una superficie di 133 km^2 con densità abitativa di 8 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa l'11% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale. Sul territorio, inoltre insiste un altro presidio di primo livello posto in località Belforte (350 abitanti), in cui viene svolta attività di prelievi ogni mercoledì.
Il presidio distrettuale di San Gimignano insiste su una zona con una popolazione di circa 8000 abitanti, per una superficie di 139 km^2 con densità abitativa di 56 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 22%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 22% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.

Le attività dei suddetti presidi distrettuali sono elencate nella tabella seguente.

LIVELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	VALDELSA
Primo Livello (sede distrettuale o di proprietà comunale o USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica	Monteguidi Pievescola Mensano Staggia Belforte
Secondo Livello (sede distrettuale o comunale o di proprietà USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Sociale (Proiezione Punto insieme)	Casole Radicondoli
Terzo Livello (sede USL o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa • Sociale (Proiezione Punto Insieme)	
Quarto Livello (Sede usl o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Proiezione Sociale e PInsieme • Almeno Una Specialistica ambulatoriale	
Quarto Livello Plus	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio Ostetrico-Ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Sociale e Punto Insieme Altri servizi territoriali accorpati (Sert, Smia, Sma) • Proiezioni territoriali Dip Prevenzione • Alcune Diagnostiche per immagini • Alcune specialistiche Ambulatoriali	San Gimignano Colle V.Elsa Poggibonsi
Poliambulatorio Ospedaliero	• Prelievi • Attività Amministrativa di sportello • Specialistica ambulatoriale • Diagnostica	Ospedale di Campostaggia

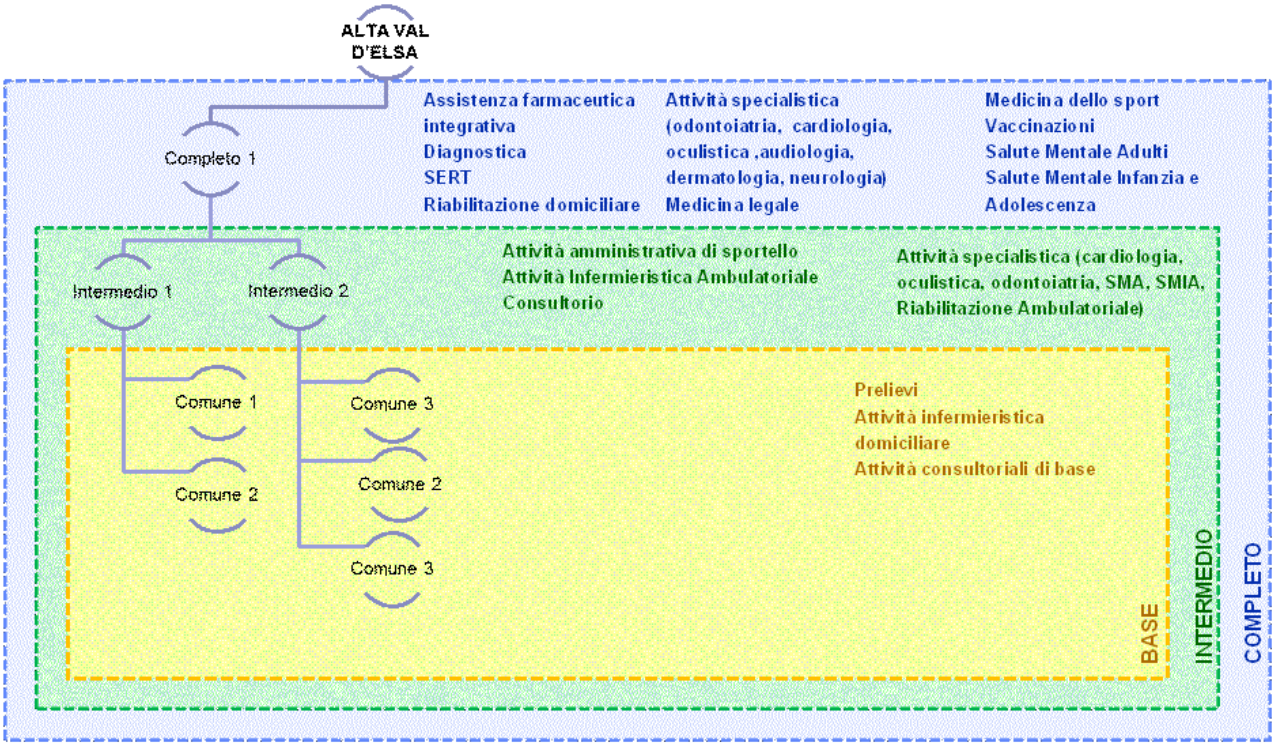
In seguito all’analisi delle suddette caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, si prevede una riorganizzazione delle attività distrettuali erogate presso le seguenti strutture:

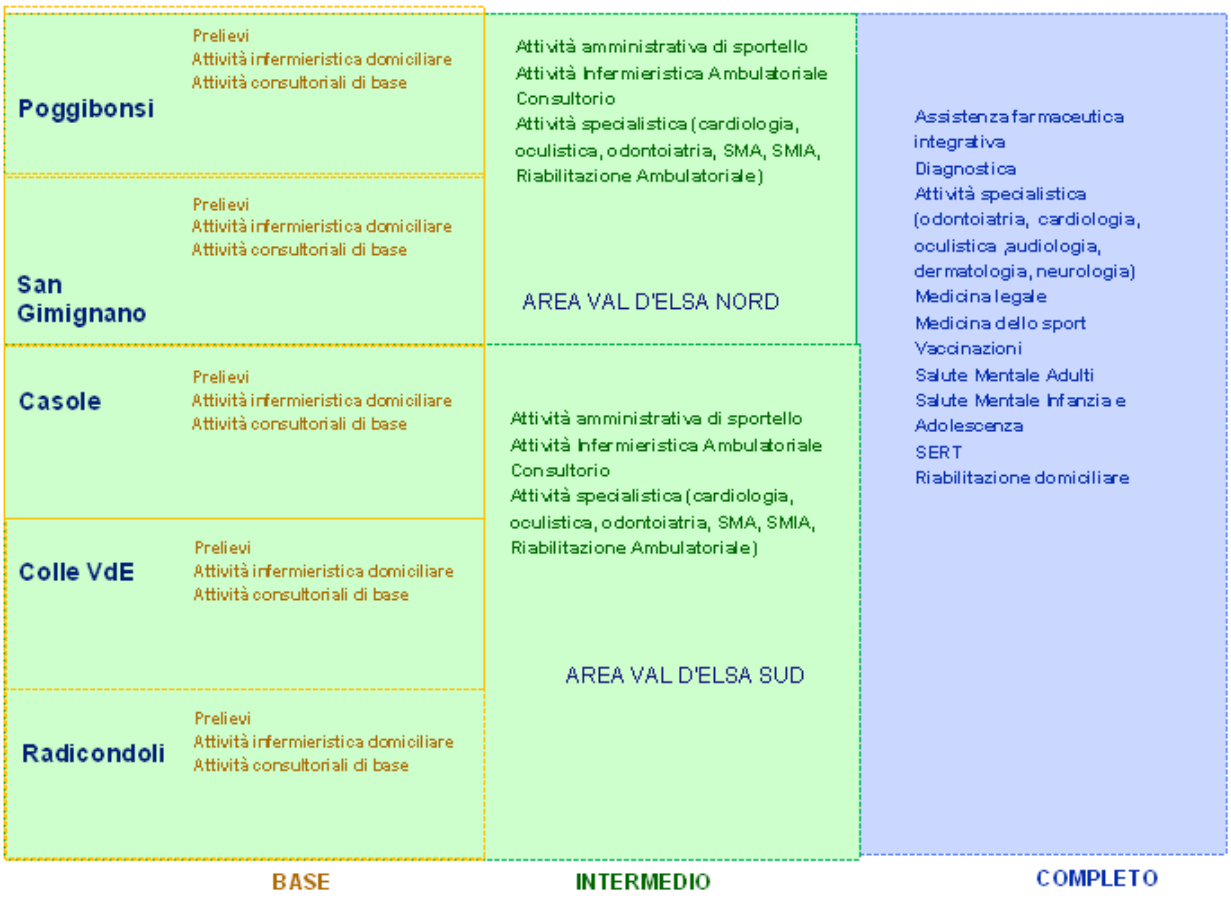
- 3 punti di erogazione di primo livello, nei Comuni di San Gimignano (con presenza di Centro di riabilitazione ex art. 26), Casole e Radicondoli
- 1 punto di erogazione di secondo livello a Colle Val d’Elsa
- 1 punto di erogazione di terzo livello a Poggibonsi.



Modello territoriale

Ipotesi di distribuzione
Zona Val d'Elsa





6.1.3 La riorganizzazione dell'assistenza alla disabilità

E' prevista la riorganizzazione delle strutture per disabili e realizzazione di moduli di R.S.D. (Residenza Sanitaria per Disabili) prevedendo rivisitazioni di strutture come nel caso dell'ampliamento con ulteriori moduli della CAP (Comunità Accoglienza Protetta) il " Mulino" a Poggibonsi (ampliamento già effettuato con un nuovo modulo 10 posti letto di RSD).

6.1.4 La riorganizzazione del percorso Salute Mentale Adulti

Il percorso di riorganizzazione è iniziato con l'accorpamento dei p.l. di SPDC presso l'AOUS, avvenuto in data 1 Giugno 2013.
Il progetto complessivo prevede il mantenimento di un livello ospedaliero con la realizzazione in Zona di un Day Service che ha caratteristiche di presa in carico e completa i percorsi della Salute Mentale Adulti (SMA).
E' poi prevista un'unica struttura H 24 (fino ad un massimo di 9 p.l) di tipo socioriabilitativo ad alta intensità (via Salvetti a Colle Val d'Elsa).
Tale struttura si avvarrà del personale che deriva dall'accorpamento dell' SPDC ma anche della chiusura e riorganizzazione delle attuali due strutture residenziali socioriabilitative a bassa intensità (Via Gramsci al primo piano a Colle V.E. e Via San Gimignano a Poggibonsi) poco funzionali sul piano riabilitativo

Riguardo a queste due strutture, per quella di Colle via Gramsci si tratta di un vero riassorbimento, mentre quella in via San Gimignano a Poggibonsi diverrà un gruppo appartamento con l' intervento del personale SMA in proiezione e con caratteristiche propedeutiche a rendere autonomi i pazienti.
All'interno della struttura di Via Salvetti si prevedono due moduli, uno per ridurre le degenze in ospedale per coloro che sono dimissibili ma che per problemi sociali, non psichiatrici, non hanno una collocazione abitativa subito agibile. Per queste persone la permanenza sarà breve non superiore a 3 mesi. L'altro modulo, invece, prevede una maggiore durata assistenziale (massimo 2 anni) per pazienti con più lunghi percorsi riabilitativi.
Si precisa inoltre che la struttura accoglierà pazienti solo di stretta pertinenza psichiatrica, cioè non persone con abuso di sostanze, con gravi deficit motori o gravi deficit cognitivi, come demenze. Inoltre non potranno essere accolti nella struttura persone giudicate "socialmente pericolose".

6.2 Zona Senese

6.2.1 Il riassetto delle Cure Primarie

Riconversione spazi afferenti all'ex Ospedale Psichiatrico
E' prevista la riconversione di strutture di proprietà aziendale afferenti all'ex Ospedale Psichiatrico, al fine di realizzare di spazi idonei ad ospitare attività ambulatoriali di assistenza primaria e specialistica nonché funzioni infermieristiche e di supporto amministrativo.
Si prevede infatti il trasferimento e in tale sede di tutte le funzioni distrettuali accentrate nonché della specialistica ambulatoriale.
Nella struttura troverà la sua collocazione un nucleo di Medicina di Gruppo (n. 8 MMG) cui afferisce in massima parte la popolazione dell'area geografica di pertinenza. Si prevede inoltre l'inserimento di un Pediatra per garantire l'offerta in un ambito deficitario.
Nella struttura è prevista inoltre l'erogazione di attività diagnostica di I livello, con particolare riferimento agli accertamenti di follow-up previsti dai PDTA della Sanità di Iniziativa/ECCM. Sarà infine attivo un punto per prelievi ematici e per l'assistenza infermieristica di base.
Per quanto sopra, oltre alle necessarie opere di ristrutturazione/adeguamento e dei relativi arredi, si rende necessaria la realizzazione di infrastrutture funzionali alle attività di prenotazione esami, e di informazione/ comunicazione con gli utenti e con altre strutture della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera per garantire qualità e continuità di presa in carico**.**
E' inoltre in ipotesi la realizzazione in Loc. Fontebecci di un Centro Medico in collaborazione con Coop Medici 2000, per il quale, in virtù delle caratteristiche strutturali e logistiche e della tipologia di prestazioni di cui si prevede la allocazione, è auspicabile una evoluzione coerente con il modello Casa della Salute.

6.2.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali

La zona Senese è costituita da 15 comuni: Asciano, Buonconvento, Castellina in Chianti, Castelnuovo Berardenga, Chiusdino, Gaiole in Chianti, Monteriggioni, Monteroni d'Arbia, Monticiano, Murlo, Radda in Chianti, Rapolano Terme, San Giovanni d'Asso, Siena

Comune	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Asciano	7047	7184	7224	7249	7299
Buonconvento	3185	3217	3225	3237	3197
Castellina in Chianti	2825	2851	2932	2966	2971
Castelnuovo Berardenga	8350	8567	8848	8992	9133
Chiusdino	1986	2015	1998	1991	2036
Gaiole in Chianti	2591	2632	2696	2751	2769
Monteriggioni	8439	8609	8886	9035	9165
Monteroni d´Arbia	7743	7902	8246	8572	8812
Monticiano	1541	1570	1570	1580	1565
Murlo	2222	2304	2384	2408	2427
Radda in Chianti	1715	1748	1722	1693	1690
Rapolano Terme	5041	5135	5220	5248	5308
San Giovanni d´Asso	904	921	912	901	912
Siena	53809	53881	54159	54414	54543
Sovicille	9140	9326	9581	9712	9925
SdS Senese	**116538**	**117862**	**119603**	**120749**	**121752**

Nella zona insistono 18 presidi distrettuali più il poliambulatorio di Siena.

Per quanto riguarda il presidio distrettuale di Asciano questo insiste su una zona con una popolazione di circa 7300 abitanti, per una superficie di 215 km^2 con densità abitativa di 34 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 24%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Buonconvento insiste su una zona con una popolazione di circa 3200 abitanti, per una superficie di 65 km^2 con densità abitativa di 50 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 12% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 25%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Castellina in Chianti insiste su una zona con una popolazione di circa 3000 abitanti, per una superficie di 99 km^2 con densità abitativa di 30 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 22%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Castelnuovo Berardenga insiste su una zona con una popolazione di circa 9200 abitanti, per una superficie di 177 km^2 con densità abitativa di 51 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 14% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 18%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 24% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Sul territorio, inoltre insiste un altro presidio di primo livello posto in località Pianella (468 abitanti), in cui viene svolta attività di prelievi 2 volte al mese.
Il presidio distrettuale di Chiusdino insiste su una zona con una popolazione di circa 2000 abitanti, per una superficie di 142 km^2 con densità abitativa di 14 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa l'11% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 3% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Gaiole in Chianti insiste su una zona con una popolazione di circa 2800 abitanti, per una superficie di 129 km^2 con densità abitativa di 21 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 23%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4,5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Monteriggioni insiste su una zona con una popolazione di circa 9300 abitanti, per una superficie di 99 km^2 con densità abitativa di 91 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 14% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 21%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 23% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Monteroni d'Arbia insiste su una zona con una popolazione di circa 8900 abitanti, per una superficie di 106 km^2 con densità abitativa di 81 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 15% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 19%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 23% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 6% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Monticiano insiste su una zona con una popolazione di circa 1600 abitanti, per una superficie di 109 km^2 con densità abitativa di 14 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di

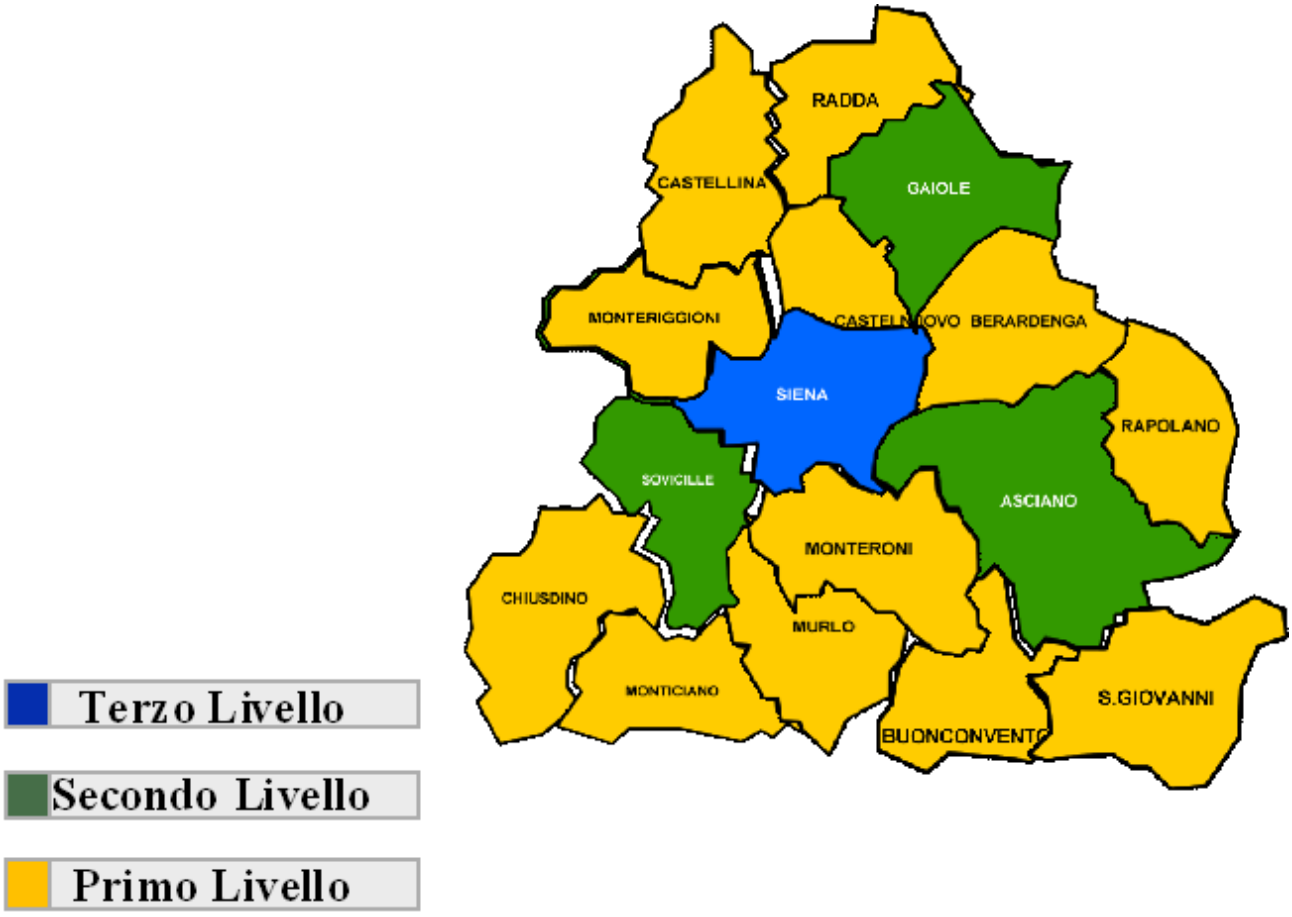
ultrasessantacinquenni di circa il 26%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Per quanto riguarda i presidi distrettuali di Murlo-Vescovado di Murlo e Murlo-Casciano di Murlo questi insistono su una zona con una popolazione di circa 2400 abitanti, per una superficie di 115 km^2 con densità abitativa di 21 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 15% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 22%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 22% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Radda in Chianti insiste su una zona con una popolazione di circa 1700 abitanti, per una superficie di 81 km^2 con densità abitativa di 21 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 24%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 20% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Per quanto riguarda i presidi distrettuali di Rapolano Terme e Serre di Rapolano insistono su una zona con una popolazione di circa 5300 abitanti, per una superficie di 83 km^2 con densità abitativa di 63 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 12% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 25%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4,5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di San Giovanni d'Asso insiste su una zona con una popolazione di circa 900 abitanti, per una superficie di 66 km^2 con densità abitativa di 14 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 10% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 33%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano all'incirca il 18% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale. Sul territorio, inoltre insiste un altro presidio di primo livello posto in località Montisi (335 abitanti), in cui viene svolta attività di prelievi 1 volta al mese.
Per quanto riguarda i presidi distrettuali di Siena questi insistono su una zona con una popolazione di circa 54500 abitanti, per una superficie di 119 km^2 con densità abitativa di 458 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 11% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Sovicille insiste su una zona con una popolazione di circa 10000 abitanti, per una superficie di 144 km^2 con densità abitativa di 68 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 14% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 21%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 23% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale. Nel Comune di Sovicille insiste anche il distretto di Rosia, una frazione di circa 1800 abitanti e quello di S. Rocco a Pilli, una frazione di circa 2300 abitanti.

Le attività dei suddetti presidi distrettuali sono elencate nella tabella seguente.

LIVELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	SENESE
Primo Livello (sede distrettuale o di proprietà comunale o USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica	Montisi, Serre di Rapolano Pianella Casciano di Murlo
Secondo Livello (sede distrettuale o comunale o di proprietà USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Sociale (Proiezione Punto insieme)	
Terzo Livello (sede USL o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa • Sociale (Proiezione Punto Insieme)	Buonconvento Castellina in Chianti Castelnuovo B. Chiusdino Monteroni Monticiano Vescovado di Murlo San Giovanni d'Asso Siena via Petrilli San Rocco Sovicille (Siena Valdimontone)
Quarto Livello (Sede usl o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Proiezione Sociale e PInsieme • Almeno Una Specialistica ambulatoriale	Asciano Gaiole in Chianti Castellina Scalo Radda in Chianti Rapolano Terme Rosia
Quarto Livello Plus	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio Ostetrico-Ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Sociale e Punto Insieme Altri servizi territoriali accorpati (Sert, Smia, Sma) • Proiezioni territoriali Dip Prevenzione • Alcune Diagnostiche per immagini • Alcune specialistiche Ambulatoriali	Siena Pian d'Ovile
Poliambulatorio Ospedaliero	• Prelievi • Attività Amministrativa di sportello • Specialistica ambulatoriale • Diagnostica	

In seguito all'analisi delle suddette caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, si prevede una riorganizzazione delle attività distrettuali erogate presso le seguenti strutture:

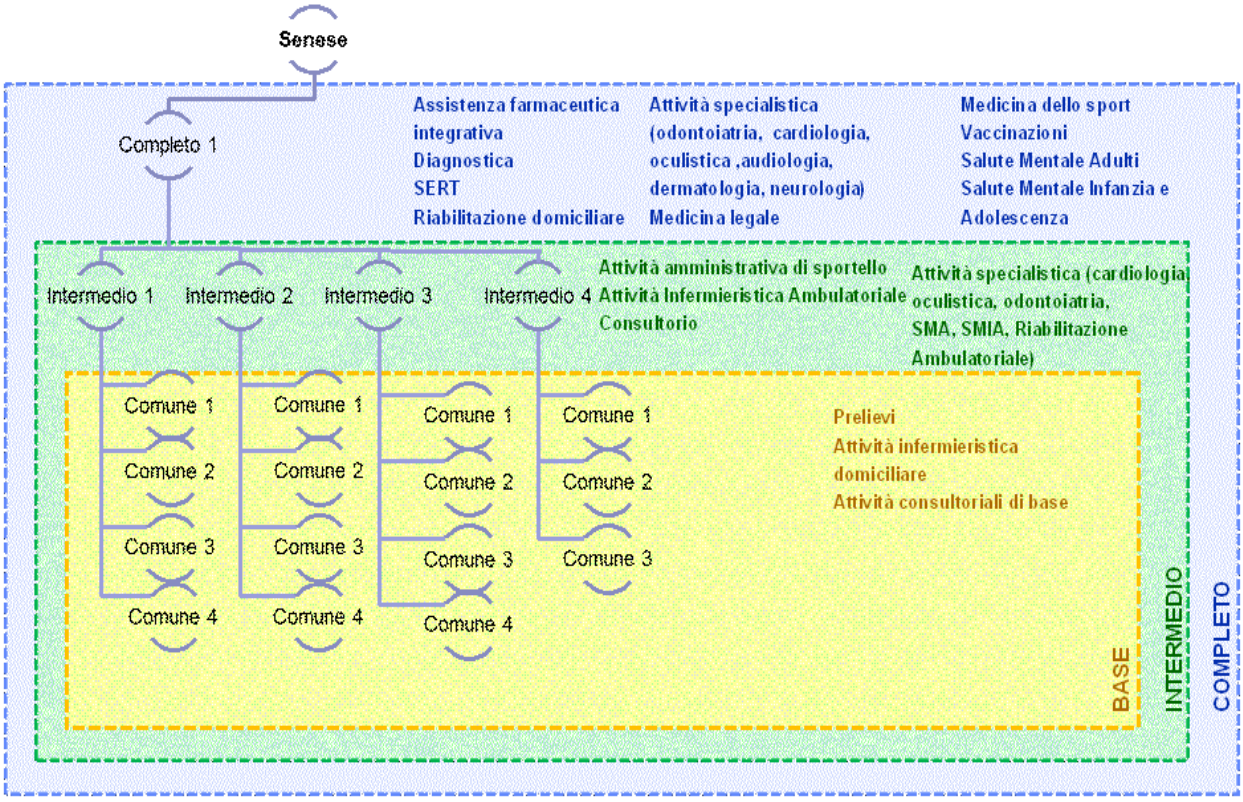
- 11 punti di erogazione di primo livello, nei Comuni di Radda in Chianti, Castellina in Chianti, Monteriggioni, Castelnuovo Berardenga, Chiusdino, Monticiano, Murlo, Monteroni, Buonconvento, S. Giovanni d'Asso, Rapolano
- 3 punti di erogazione di secondo livello a Sovicille, Gaiole in Chianti e Asciano
- 1 punto di erogazione di terzo livello a Siena

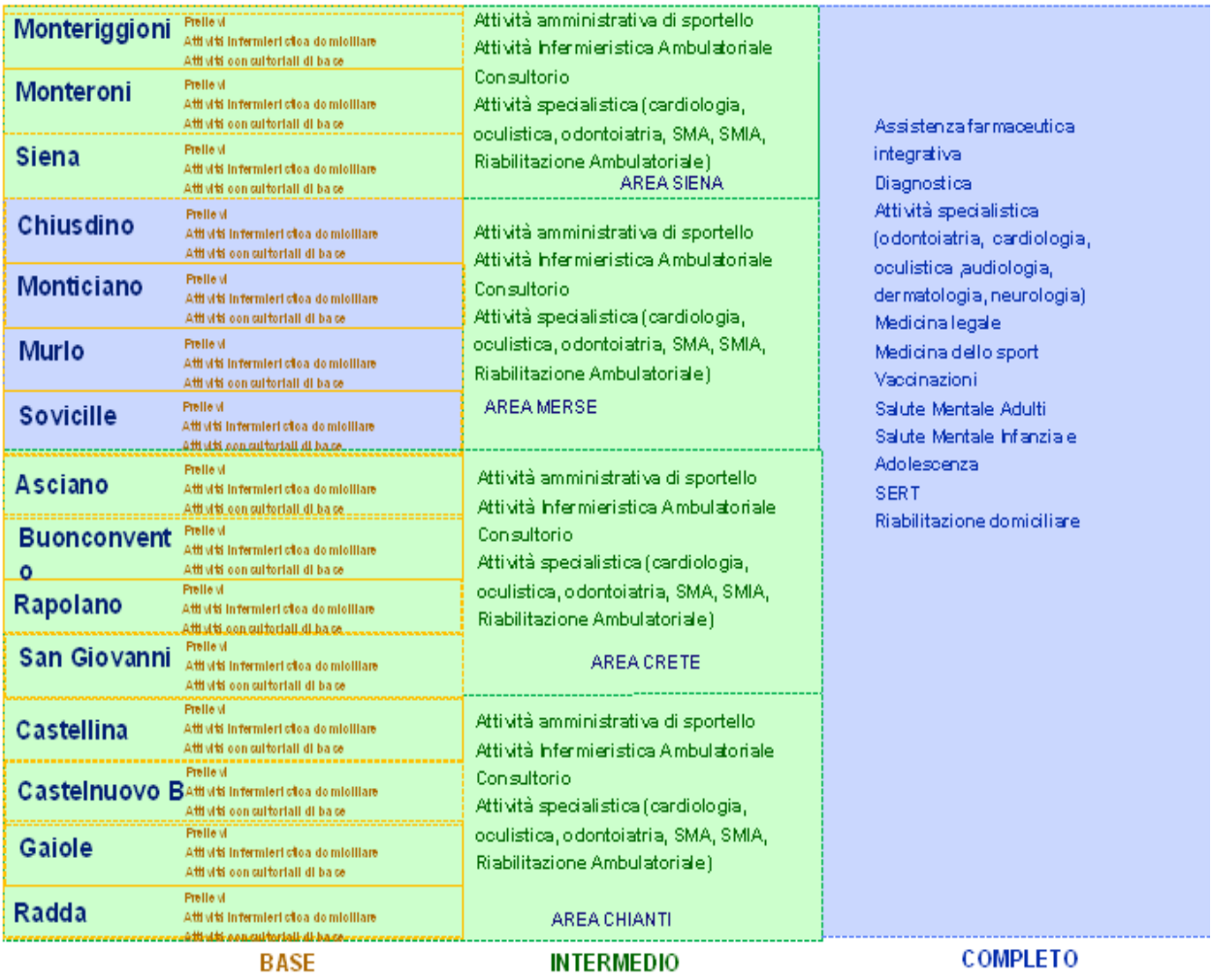


Modello territoriale

Ipotesi di distribuzione

Zona Senese





6.2.3 La riorganizzazione dell'assistenza alla disabilità

E' prevista la riorganizzazione delle strutture per disabili e realizzazione di moduli di R.S.D. (Residenza Sanitaria per Disabili) prevedendo rivisitazioni di strutture già esistenti come nel caso della CAP (Comunità Accoglienza Protetta) di S. Petronilla a Siena, dove sono previsti, entro il 2014, 20 posti letto di RSD.

6.2.4 La riorganizzazione del percorso Salute Mentale Adulti

Nell'area Senese verrà potenziato il percorso terapeutico-riabilitativo della struttura di "Ponte a Tressa" , andando progressivamente verso un modello di tipo "Comunità terapeutica", per 12 utenti giovani provenienti da tutto il territorio provinciale, a disposizione di tutti i servizi del Dipartimento. Il Centro di salute mentale manterrà la sua collocazione in Via Roma, così come il Centro Diurno di Via Nino Bixio e l'altra struttura socioriabilitativa "Il Gabbiano" per 10 utenti. Sono a disposizione anche due appartamenti collocati a Isola d'Arbia e a Taverne d'Arbia per pazienti che stanno completando il percorso riabilitativo e che hanno raggiunto buoni livelli di autonomia.

6.3 Zona Valdichiana

6.3.1 Il riassetto delle Cure Primarie

Adeguamento spazi Presidio Distrettuale polifunzionale di Sinalunga
Si prevede il trasferimento di MMG presso il presidio, al fine di integrare con prestazioni di assistenza primaria quelle distrettuali, specialistiche e infermieristiche già in essere, che saranno mantenute secondo l'attuale profilo di attività (segue tabella riassuntiva).

Ambulatorio infermieristico
Smia
Consultorio
Analisi
Riabilitazione Funzionale
Ginecologia
Oculistica
Dermatologia
Chirurgia
Otorinolaringoiatria
Cardiologia
Neurologia
Odontoiatria
Assistenza domiciliare
Assistenza integrativa
Assistenza protesica
Medicina di Comunità
Punto Insieme
Assistente Sociale
Logopedia
Funzioni amministrative

La struttura necessita pertanto di opere di adeguamento finalizzate all'individuazione degli spazi necessari e alla integrazione delle infrastrutture funzionali all' informazione/comunicazione con gli utenti e con altre strutture della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera per garantire qualità e continuità di presa in carico.

A Montepulciano è allo studio la realizzazione di una Casa della Salute in collaborazione con COOP Medici 2000.

La realizzazione del progetto prevede in particolare la presenza integrata delle seguenti competenze: Medici di medicina Generale, punto di erogazione di assistenza infermieristica domiciliare, servizio assistenza sociale, servizio prelievi, assistenza integrativa in convenzione, Centro Unico di Prenotazione (CUP), consultorio familiare, attività specialistiche (ad esempio Salute Mentale), coordinatore medico (UF Cure Primarie), Punto Insieme.

Grazie all'integrazione degli ambulatori dei MMG sarà possibile garantire risposte assistenziali ai cittadini in un'ampia fascia oraria diurna, in genere dalle ore 9 alle 19 con circa due ore di intervallo tra le 13 e le 15. Gli altri servizi descritti in precedenza, completeranno l'offerta risultando attivi su un'adeguata fascia oraria di apertura.
Ad essi si aggiungerà nel futuro la Continuità Assistenziale permettendo la piena realizzazione di una risposta full-time, H24 e 7 giorni su 7.

6.3.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali

La Zona Valdichiana è costituita da 10 comuni: Cetona, Chianciano Terme, Chiusi, Montepulciano, Pienza, San Casciano dei Bagni, Sarteano, Sinalunga, Torrita di Siena, Trequanda

Comune	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Cetona	2948	2960	2956	2935	2913
Chianciano Terme	7199	7367	7467	7483	7447
Chiusi	8819	8889	8869	8866	8838
Montepulciano	14271	14389	14510	14506	14558
Pienza	2134	2172	2174	2190	2186
San Casciano dei Bagni	1699	1711	1707	1698	1703
Sarteano	4715	4769	4835	4861	4905
Sinalunga	12420	12635	12825	12922	12926
Torrita di Siena	7286	7351	7433	7501	7522
Trequanda	1415	1404	1393	1383	1380
SdS Chiana	**62906**	**63647**	**64169**	**64345**	**64378**

Nella zona insistono 10 presidi distrettuali.
Per quanto riguarda il presidio distrettuale di Cetona questo insiste su una zona con una popolazione di circa 2890 abitanti, per una superficie di 53 km^2 con densità abitativa di 55 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 11% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 30%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano all'incirca il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 3,5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Chianciano Terme insiste su una zona con una popolazione di circa 7470 abitanti, per una superficie di 36 km^2 con densità abitativa di 205 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 11% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Chiusi insiste su una zona con una popolazione di circa 8790 abitanti, per una superficie di 58 km^2 con densità abitativa di 153 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 11% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 26%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Montepulciano insiste su una zona con una popolazione di circa 14500 abitanti, per una superficie di 166 km^2 con densità abitativa di 88 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 12% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 26%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Pienza insiste su una zona con una popolazione di circa 2180 abitanti, per una superficie di 122 km^2 con densità abitativa di 18 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 12% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 28%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di San Casciano Bagni insiste su una zona con una popolazione di circa 1690 abitanti, per una superficie di 92 km^2 con densità abitativa di 19 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 8% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 30%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 3% della popolazione totale.

Il presidio distrettuale di Sarteano insiste su una zona con una popolazione di circa 4870 abitanti, per una superficie di 85 km^2 con densità abitativa di 57 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 26%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Sinalunga insiste su una zona con una popolazione di circa 12960 abitanti, per una superficie di 79 km^2 con densità abitativa di 164 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 23%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 22% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Torrita di Siena insiste su una zona con una popolazione di circa 7570 abitanti, per una superficie di 58 km^2 con densità abitativa di 128 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 13% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 25%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4,5% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Trequanda insiste su una zona con una popolazione di circa 1360 abitanti, per una superficie di 64 km^2 con densità abitativa di 22 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 12% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano all'incirca il 20% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.

Le attività dei suddetti presidi distrettuali sono elencate nella tabella seguente.

LIVELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	VALDICHIANA
Primo Livello (sede distrettuale o di proprietà comunale o USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica	Trequanda Pienza
Secondo Livello (sede distrettuale o comunale o di proprietà USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Sociale (Proiezione Punto insieme)	Cetona San Casciano Bagni
Terzo Livello (sede USL o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa • Sociale (Proiezione Punto Insieme)	Montepulciano (sede distrettuale paese)
Quarto Livello (Sede usl o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Proiezione Sociale e PInsieme • Almeno Una Specialistica ambulatoriale	Torrita di Siena Chiusi Sarteano
Quarto Livello Plus	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio Ostetrico-Ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Sociale e Punto Insieme Altri servizi territoriali accorpati (Sert, Smia, Sma) • Proiezioni territoriali Dip Prevenzione • Alcune Diagnostiche per immagini • Alcune specialistiche Ambulatoriali	Chianciano T. Sinalunga Torrita di Siena Chiusi
Poliambulatorio Ospedaliero	• Prelievi • Attività Amministrativa di sportello • Specialistica ambulatoriale • Diagnostica	Ospedale di Nottola

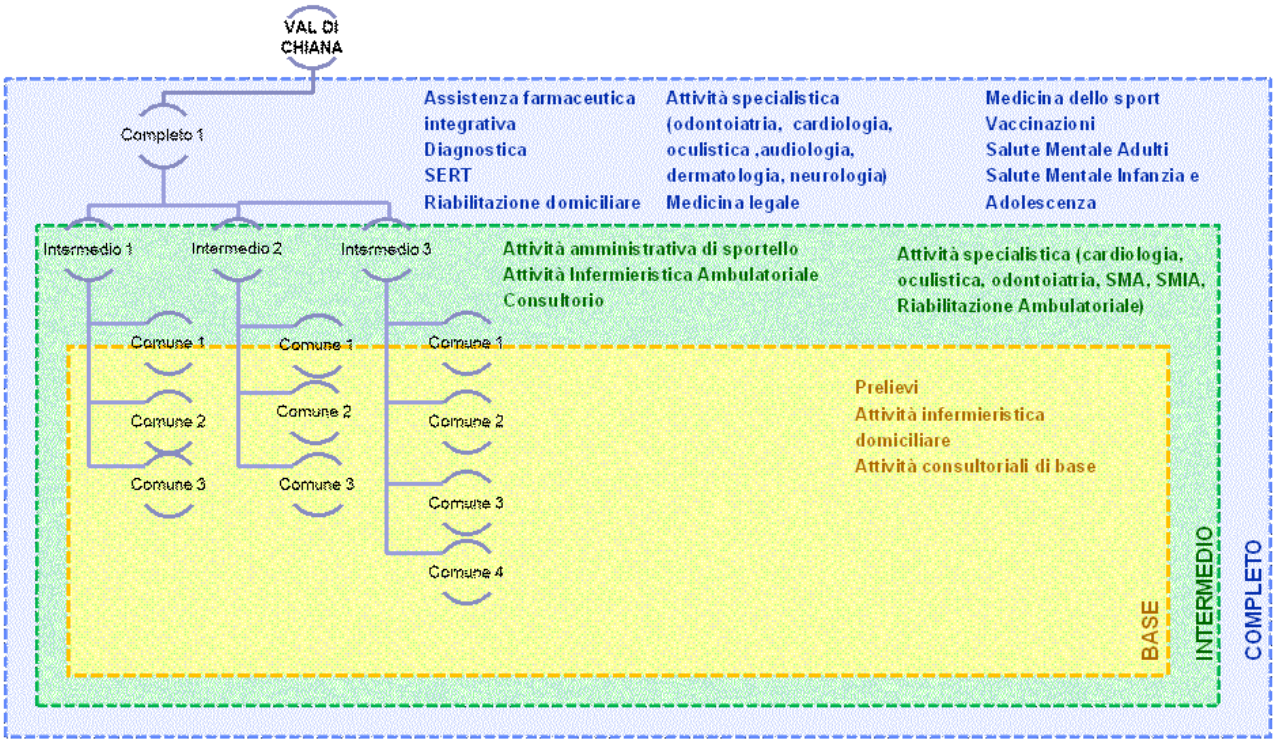
In seguito all'analisi delle suddette caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, si prevede una riorganizzazione delle attività distrettuali erogate presso le seguenti strutture:

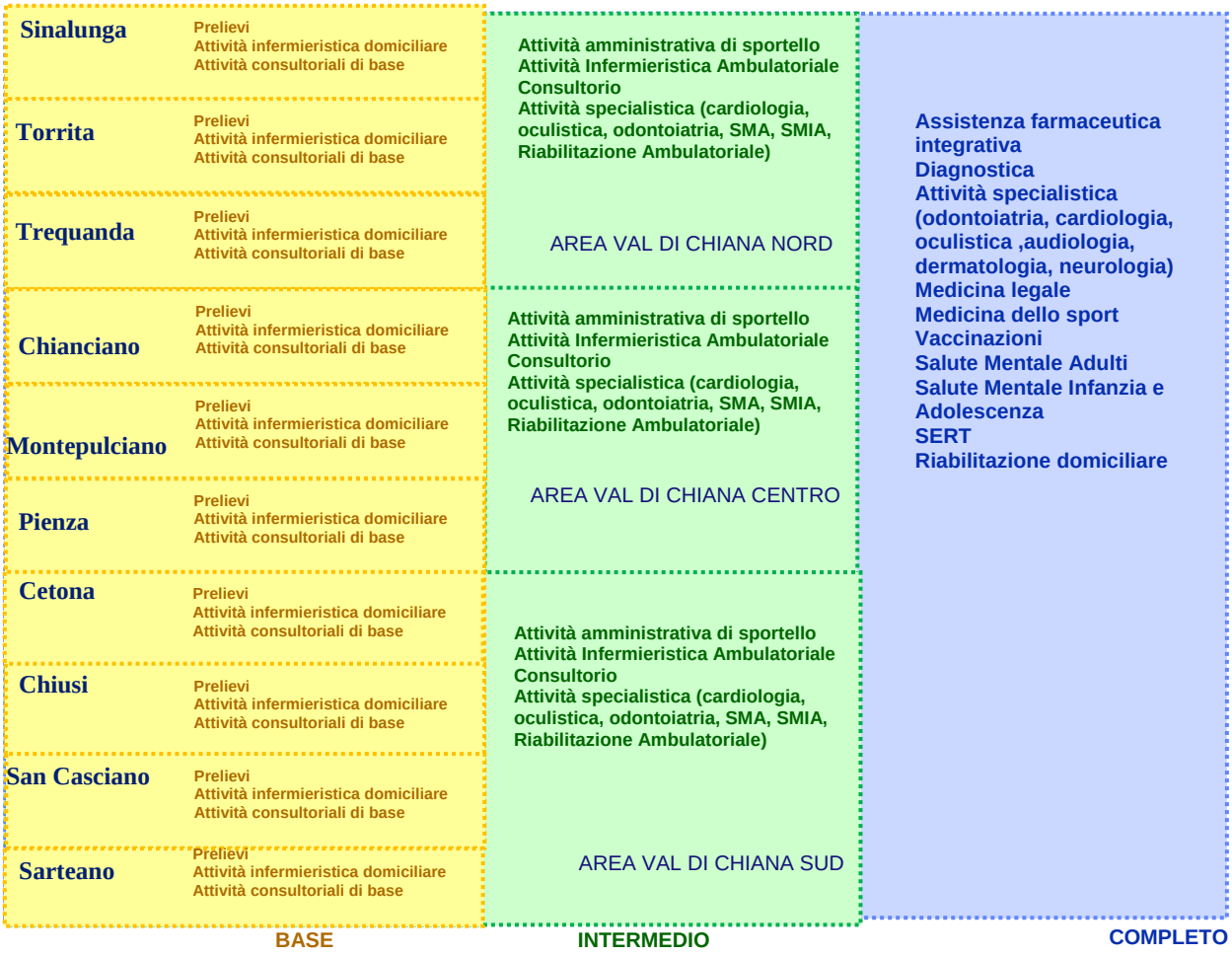
- 7 punti di erogazione di primo livello, nei Comuni di Trequanda (mantenimento prelievi 1 giorno/settimana), Pienza (mantenimento prelievi 1 giorno/settimana), Chianciano Terme (mantenimento prelievi 5 giorni/settimana), Sarteano (mantenimento prelievi 5 giorni/settimana), Cetona (mantenimento prelievi 1 giorno/settimana), S.Casciano Bagni (mantenimento prelievi 1 giorno/settimana) e Torrita (mantenimento prelievi 5 giorni/settimana)
- 2 punti di erogazione di secondo livello a Sinalunga e Chiusi
- 1 punto di erogazione di terzo livello a Montepulciano

Modello territoriale

Ipotesi di distribuzione

Zona Val di Chiana




Sinalunga
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Torrita
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Trequanda
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Attività amministrativa di sportello
Attività Infermieristica Ambulatoriale
Consultorio
Attività specialistica (cardiologia, oculistica, odontoiatria, SMA, SMIA, Riabilitazione Ambulatoriale)
AREA VAL DI CHIANA NORD
Assistenza farmaceutica integrativa
Diagnostica
Attività specialistica (odontoiatria, cardiologia, oculistica ,audiologia, dermatologia, neurologia)
Medicina legale
Medicina dello sport
Vaccinazioni
Salute Mentale Adulti
Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
SERT
Riabilitazione domiciliare
Chianciano
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Montepulciano
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Pienza
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Attività amministrativa di sportello
Attività Infermieristica Ambulatoriale
Consultorio
Attività specialistica (cardiologia, oculistica, odontoiatria, SMA, SMIA, Riabilitazione Ambulatoriale)
AREA VAL DI CHIANA CENTRO
Cetona
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Chiusi
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
San Casciano
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Sarteano
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Attività amministrativa di sportello
Attività Infermieristica Ambulatoriale
Consultorio
Attività specialistica (cardiologia, oculistica, odontoiatria, SMA, SMIA, Riabilitazione Ambulatoriale)
AREA VAL DI CHIANA SUD
BASE
INTERMEDIO
COMPLETO

6.4 Zona Amiata Val d'Orcia

6.4.1 Il riassetto delle Cure Primarie

Progetto di riconversione degli spazi compresi nell'area dello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia S.S.
Si prevede la riconversione degli spazi inseriti in una struttura adiacente al blocco principale dello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia SS. Nella struttura troveranno allocazione attività ambulatoriali di assistenza primaria e specialistica nonché funzioni infermieristiche e di supporto amministrativo che garantiranno l'erogazione di prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, sociali e amministrative secondo quanto previsto dal modello assistenziale Casa della Salute.
Si prevede la collocazione presso il presidio di 4 MMG e 1 PLS, che svolgeranno quotidianamente attività ambulatoriale, nonché proiezioni di altri MMG afferenti alla medesima AFT che utilizzeranno gli spazi della Casa della Salute per le attività di follow-up (diagnostica di base, couselling, etc) previste dai PDTA della Sanità di iniziativa/ECCM.
Le prestazioni infermieristiche e amministrative saranno integrate con quelle in essere presso l'adiacente stabilimento ospedaliero.
Per quanto sopra si rende necessario provvedere all'individuazione di spazi idonei e all'acquisizione dei relativi arredi, nonché alla realizzazione di infrastrutture funzionali all' informazione/ comunicazione con gli utenti e con altre strutture della rete assistenziale territoriale ed ospedaliera per garantire qualità e continuità di presa in carico.
E' inoltre in fase di studio, in alternativa, la fattibilità di un progetto per la realizzazione di un Centro Medico Aziendale coerente con il modello Casa della Salute, presso il poliambulatorio di via Serdini, con eventuale riallocazione di alcune attività nello Stabilimento Ospedaliero di Abbadia S.S.

E' infine previsto un progetto di adeguamento del Poliambulatorio di Montalcino.
La struttura sarà una delle prime Case della salute ad essere attivata. Comprenderà 4/5 ambulatori principali di Medici di Medicina generale, 1 pediatra, spazi dedicati al CCM, attività chirurgica ambulatoriale, ambulatori specialistici SUMAI, diagnostica radiologica ed ecografica, 11 letti di ospedale di comunità, 5 letti di codice 26 di riabilitazione residenziale, attività infermieristica territoriale, un punto di Continuità assistenziale e di emergenza territoriale, nonché attività sociale ed attività amministrativa.

6.4.2 La riorganizzazione delle sedi distrettuali

La zona Amiata è costituita da 6 comuni: Abbadia San Salvatore, Castiglione d'Orcia, Montalcino, Piancastagnaio, Radicofani, San Quirico d'Orcia.

Comune	Anno 2007	Anno 2008	Anno 2009	Anno 2010	Anno 2011
Abbadia San Salvatore	6682	6709	6775	6777	6722
Castiglione d´Orcia	2484	2521	2507	2483	2485
Montalcino	5184	5192	5241	5278	5272
Piancastagnaio	4136	4140	4164	4176	4187
Radicofani	1200	1193	1188	1169	1165
San Quirico d´Orcia	2606	2694	2746	2769	2774
SdS Amiata Orcia	**22292**	**22449**	**22621**	**22652**	**22605**

Nella zona insistono 7 presidi distrettuali.

Per quanto riguarda il presidio distrettuale di Abbadia S. Salvatore questo insiste su una zona con una popolazione di circa 6700 abitanti, per una superficie di 59 km^2 con densità abitativa di 115 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 10% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 29%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Castiglione d'Orcia insiste su una zona con una popolazione di circa 2500 abitanti, per una superficie di 142 km^2 con densità abitativa di 18 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 10% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 30%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 19% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale. Sul territorio, inoltre insistono 2 ambulatori per prelievi. Uno si trova in zona Campiglia d'Orcia, è un centro di secondo livello con contratto in comodato ed effettua attività una volta al mese per 1 ora e quindici minuti. Un altro insiste in località Vivo d'Orcia e presenta un'erogazione di attività simile al precedente.
Il presidio distrettuale di Montalcino insiste su una zona con una popolazione di circa 5300 abitanti, per una superficie di 244 km^2 con densità abitativa di 22 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 12% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Piancastagnaio insiste su una zona con una popolazione di circa 4200 abitanti, per una superficie di 70 km^2 con densità abitativa di 60 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 10% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 24%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale.
Il presidio distrettuale di Radicofani questo insiste su una zona con una popolazione di circa 1150 abitanti, per una superficie di 119 km^2 con densità abitativa di 10 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 10% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 27%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano circa il 20% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 4% della popolazione totale. Sul territorio, inoltre, è presente un centro di primo livello presso la frazione di Contignano (286 abitanti) dove si svolge attività di prelievi
Per quanto riguarda il presidio distrettuale di San Quirico questo insiste su una zona con una popolazione di circa 2740 abitanti, per una superficie di 70 km^2 con densità abitativa di 60 abitanti per km^2. Tale popolazione vede una percentuale di bambini-adolescenti 0-14 anni di circa il 10% ed una percentuale di ultrasessantacinquenni di circa il 25%. Le donne in età 15-50 anni rappresentano all'incirca il 21% della popolazione totale ed i bambini 0-4 il 5% della popolazione totale.
Nel territorio del comune di Montalcino insiste anche il presidio distrettuale della frazione di Torrenieri (1200 abitanti)

Le attività dei suddetti presidi distrettuali sono elencate nella tabella seguente.

LIVELLO DI ASSISTENZA TERRITORIALE	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE	AMIATA-VALDORCIA
Primo Livello (sede distrettuale o di proprietà comunale o USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica	Contignano
Secondo Livello (sede distrettuale o comunale o di proprietà USL)	• Prelievi • Assistenza infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Sociale (Proiezione Punto insieme)	Campiglia d'Orcia Vivo d'Orcia Radicofani
Terzo Livello (sede USL o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa • Sociale (Proiezione Punto Insieme)	Torrenieri Castiglion d'Orcia San Quirico d'Orcia
Quarto Livello (Sede usl o Comune)	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio ostetrico-ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Proiezione Sociale e PInsieme • Almeno Una Specialistica ambulatoriale	Piancastagnaio
Quarto Livello Plus	• Prelievi • Assistenza Infermieristica • Proiezione Consultorio Ostetrico-Ginecologico • Attività Amministrativa di sportello • Sociale e Punto Insieme Altri servizi territoriali accorpati (Sert, Smia, Sma) • Proiezioni territoriali Dip Prevenzione • Alcune Diagnostiche per immagini • Alcune specialistiche Ambulatoriali	Abbadia S.Salvatore Montalcino
Poliambulatorio Ospedaliero	• Prelievi • Attività Amministrativa di sportello • Specialistica ambulatoriale • Diagnostica	Ospedale Amiata

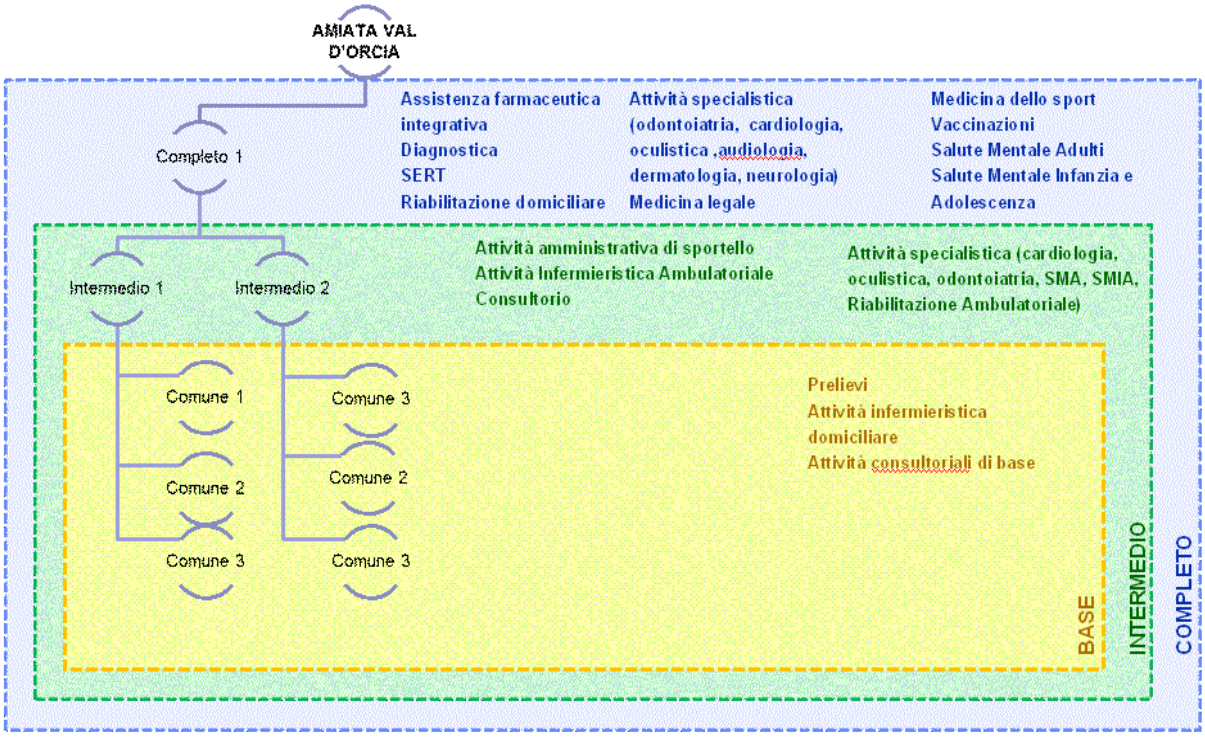
In seguito all'analisi delle suddette caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, si prevede una riorganizzazione delle attività distrettuali erogate presso le seguenti strutture:

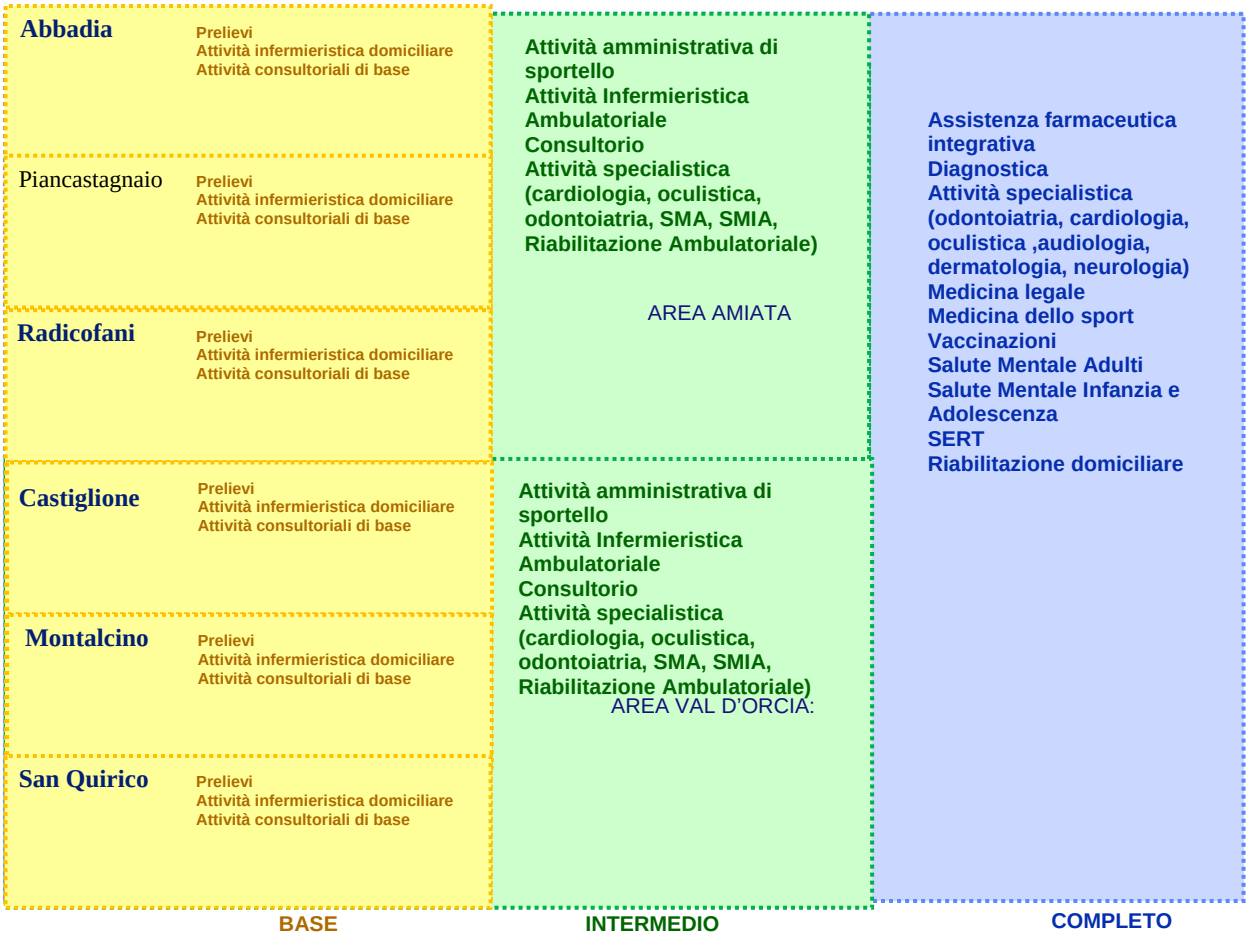
- 4 punti di erogazione di primo livello, nei Comuni di San Quirico d'Orcia, Castiglion d'Orcia, Radicofani e Piancastagnaio
- 1 punto di erogazione di secondo livello a Montalcino
- 1 punto di erogazione di terzo livello ad Abbadia San Salvatore

Modello territoriale

ipotesi di distribuzione

Zona Amiata Val d'Orcia




Abbadia
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Piancastagnaio
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Radicofani
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Attività amministrativa di sportello
Attività Infermieristica Ambulatoriale
Consultorio
Attività specialistica (cardiologia, oculistica, odontoiatria, SMA, SMIA, Riabilitazione Ambulatoriale)
AREA AMIATA
Assistenza farmaceutica integrativa
Diagnostica
Attività specialistica (odontoiatria, cardiologia, oculistica ,audiologia, dermatologia, neurologia)
Medicina legale
Medicina dello sport
Vaccinazioni
Salute Mentale Adulti
Salute Mentale Infanzia e Adolescenza
SERT
Riabilitazione domiciliare
Castiglione
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Montalcino
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
San Quirico
Prelievi
Attività infermieristica domiciliare
Attività consultoriali di base
Attività amministrativa di sportello
Attività Infermieristica Ambulatoriale
Consultorio
Attività specialistica (cardiologia, oculistica, odontoiatria, SMA, SMIA, Riabilitazione Ambulatoriale)
AREA VAL D'ORCIA:
BASE
INTERMEDIO
COMPLETO

7. L'ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE MEDICINA GENERALE-AZIENDA USL7

Premessa

Nel quadro di un significativo invecchiamento della popolazione e dell'aumento di prevalenza delle malattie croniche, lo sviluppo delle cure primarie e la presa in carico globale del paziente rappresentano obiettivi rispetto ai quali è necessario riprogettare l'assistenza territoriale.
Come sancito dalla recente normativa nazionale e regionale (Legge 135/2012; DGRT 1231/2012; DGRT 1235/12), il primo passo in tale direzione è costituito dalla valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), che lungi dal configurarsi quali soggetti "privati" di erogazione, da porre in concorrenza o competizione con i professionisti operanti nei presidi pubblici, sono, e dovranno essere sempre di più, attori protagonisti e attivi della rete di assistenza.

Ciò vuol dire che se, da una parte, le regole e le modalità di partecipazione al percorso assistenziale del paziente sono dettate dalle specificità del bisogno (la malattia), dall'altra al MMG è richiesta una responsabilizzazione verso le politiche sanitarie, cioè l'orientamento dei percorsi di prevenzione e cura in maniera coerente con le indicazioni regionali inerenti gli obiettivi di salute e l'utilizzo delle risorse.
Tale ruolo implica anche che siano i MMG a svolgere, attraverso i coordinatori delle rispettive forme organizzative AFT e/o UCCP (Aggregazioni Funzionali Territoriali e/o Unità Complesse di Cure Primarie), un'opera di coordinamento dei professionisti coinvolti in un dato territorio rispetto all'offerta dei servizi (dalla prevenzione della malattia, all'informazione e al sostegno al malato, all'orientamento del paziente all'interno della rete allargata dei servizi, anche e soprattutto ospedalieri), realizzando una maggiore integrazione con gli altri servizi aziendali.

Tali elementi, previsti dall'Accordo Regionale con la Medicina Generale, hanno orientato il lavoro di programmazione e concertazione che ha condotto alla definizione dell'Accordo Integrativo Aziendale MMG-USL7 2013/2015.

La stipula dell'Accordo Contratto tra l'Azienda Usl7 e Medicina Generale quindi, si configura non solo come un necessario adempimento formale previsto dalla Convenzione Nazionale e dall'Accordo Integrativo Regionale, ma rappresenta di fatto un vero e proprio atto di programmazione aziendale nel quale sono condivisi, tra soggetti protagonisti del sistema sanitario pubblico, modi, tempi e costi inerenti la realizzazione di progettualità ed attività funzionali al perseguimento di obiettivi di salute/appropriatezza ritenuti di importanza strategica per l'Azienda Sanitaria, e naturalmente coerenti con gli indirizzi regionali.
Detti progetti ed attività risultano inoltre completamente riconducibili ai ruoli e ai compiti istituzionali dei Medici di assistenza primaria, e pertanto non altrimenti delegabili ad attori diversi, tantomeno se esterni al SSN.

Obiettivi e finalità dell'Accordo

Costituiscono *core* dell'Accordo i seguenti obiettivi, programmi e progetti:

a) Governo Clinico del territorio con la partecipazione dei MMG ai momenti decisionali e gestionali, garantendo la continuità del flusso informativo dei dati in possesso dell'Azienda e dei MMG;
b) Obiettivi di salute;
c) Specifici progetti di appropriatezza;
d) AFT, UCCP e loro Centri di Riferimento
e) Potenziamento delle dotazioni di personale afferente all'Assistenza Primaria
f) Chronic Care Model e sviluppo dei percorsi assistenziali;
g) Appropriatezza diagnostica, anche con forme innovative di affidamento
h) Sviluppo di strutture per Cure Intermedie
i) Sviluppo della Rete Informatica
j) Accordo contratto tra ASL 7 e Coop Medici 2000

Sono di seguito descritti i contenuti più salienti ed innovativi nell'ambito dei suddetti punti cardine dell'Accordo:

a) Governo Clinico
Gli organismi nei quali è prevista e/o si concorda la partecipazione della Medicina Generale sono i seguenti:
• Consiglio dei Sanitari delle Aziende Sanitarie USL (LRT 40/2005 art. 44);
• Collegio di Direzione delle Aziende Sanitarie (art 48)
• Collegio di Direzione di Area Vasta (art. 49);
• Dipartimenti Interaziendali
• Comitato di Coordinamento della Zona-Distretto (art. 64, comma 5)
• Comitati Etici;
• Progettazione e valutazione di progetti speciali dell'Azienda riguardanti le Cure primarie;
• Gli organi e comitati previsti dalle varie sezioni del presente accordo.

b) Obiettivi di salute
Ai fini dell'individuazione degli obiettivi di salute si è tenuto conto dei seguenti criteri:
• validità triennale;
• valore strategico per l'Azienda;
• strumento anche di miglioramento delle performance del MMG;
• semplicità di rilevazione;
• raccolta informatizzata.
I tre obiettivi di salute individuati sulla base dei suddetti criteri sono:

1)Appropriatezza diagnostica: Scompenso Cardiaco
(*Obiettivo c.11 a.1 .2 MeS: scompenso/creatinina sodio potassio*)**:** prevede che nell'anno 2013 vengano sottoposti ad almeno 1 misurazione di creatinina, sodio e potassio tutti soggetti con Scompenso cardiaco in carico al MMG.
L'elenco dei pazienti monitorati si ritiene valido quando è composto da un numero non inferiore al 1,5% degli assistiti in carico. L'obiettivo si intende raggiunto integralmente con l'azione svolta nel 95% dei casi di paz. scompensati in carico al MMG (il numero dei pazienti è calcolato sulla incidenza regionale della patologia – minimo 1,5%) .

2) Appropriatezza diagnostica: Diabete Mellito (*Obiettivo c.11a2.2. MES: diabete/hb glicata*)

Misurazione dell'Emoglobina Glicata ai pazienti con diagnosi di Diabete Mellito (determinazione comunque effettuata).L'elenco dei pazienti monitorati si ritiene valido quando è composto da un numero non inferiore al 4% degli assistiti in carico. L'obiettivo è raggiunto integralmente se il 95% dei pazienti hanno avuto una misurazione di emoglobina glicata.

3)Appropriatezza diagnostica: RMN articolazione ginocchio e spalla paziente over 65 anni
L'obiettivo è raggiunto integralmente se non oltre il 3% dei pazienti over 65 anni in carico al singolo MMG ha effettuato l'accertamento RMN di spalla e/o ginocchio.

Per l'incentivazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di salute, l'Azienda costituisce un fondo annuo nella misura prevista dall'art.59, comma 15, lett. b, dell'ACN. L'ammontare complessivo del fondo aziendale, annualmente, è determinato dal prodotto dell'importo unitario di € 3,08 per il numero totale di assistiti in carico ai MMG convenzionati con l'ASL 7.

c) *Progetti di Appropriatezza*

L'Accordo prevede l'impegno congiunto delle parti per la promozione di specifici progetti di appropriatezza nei seguenti settori:

- Farmaceutica
- Diagnostica e specialistica
- Ospedaliera
- Presidi distrettuali
- Cure Intermedie
- Settori Vari (consegna di materiali ed ausili sanitari, trasporti sanitari, vaccinazioni, risorse umane , servizi amministrativi distrettuali, servizio infermieristico territoriale, ADI).

Il Progetto di *Appropriatezza in ambito Farmaceutico* risulta articolato in: un obiettivo quantitativo a monitoraggio individuale; un obiettivo qualitativo a monitoraggio individuale; un obiettivo qualitativo a monitoraggio complessivo. Prevede inoltre una serie di proposte operative e disposizioni finalizzate ad agevolare il raggiungimento dei risultati di appropriatezza ed il relativo monitoraggio (es. azioni inerenti la promozione della distribuzione diretta; l'aggiornamento e la diffusione delle informazioni relative alle note AIFA e agli indirizzi regionali inerenti la qualità prescrittiva farmaceutica; condivisione Prontuario Terapeutico Aziendale o di Area Vasta; organizzazione di incontri informativi e di sensibilizzazione con gli operatori e di iniziative finalizzate all'adozione di comportamenti appropriati e condivisi tra MMG e Specialisti).
L'*obiettivo quantitativo a monitoraggio individuale* riguarda: a) il rispetto da parte di ciascun MMG del budget individuale di spesa lorda procapite assegnato per l'anno 2013 (Euro 142,37). Al raggiungimento di questo obiettivo corrisponde un incentivo pari ad euro 0,50 per assistito pesato cui accedono tutti i MMG che abbiano conseguito individualmente il risultato. E' prevista una maggiorazione pari al 20% dell'incentivo qualora l'obiettivo risulti conseguito da tutti i MMG componenti di una stessa forma associativa; b) il contenimento, da parte di ciascun medico, del numero delle ricette per assistito pesato entro il valore del 2012. Al raggiungimento di questo obiettivo corrisponde un incentivo pari ad euro 0,10 per assistito pesato; c) il perseguimento dell'appropriatezza prescrittiva attraverso il riferimento agli appositi indirizzi regionali. Tale obiettivo costituisce elemento di indirizzo e di utilità per il raggiungimento degli obiettivi personali e collettivi. Non dà luogo ad incentivo corrispondente.
L'obiettivo qualitativo a monitoraggio individuale prevede l'incentivazione, nella misura pari ad euro 0,45 per assistito pesato, dei singoli MMG che promuovano la distribuzione diretta a pazienti

con elevato consumo di farmaci (almeno il 5 per mille dei propri assistiti), attraverso la predisposizione e l'aggiornamento dei relativi piani di trattamento. Questi ultimi, raccolti tramite apposito servizio organizzato da USL7, daranno luogo alla consegna diretta dei farmaci prescritti, presso il domicilio del paziente, le sedi distrettuali, e gli studi dei MMG, ove sussistano le condizioni logistiche.
L'*obiettivo qualitativo a monitoraggio complessivo* riguarda il raggiungimento aziendale dell'obiettivo di spesa farmaceutica convenzionata netta assegnato alla ASL7 dalla Regione Toscana, pari ad euro 34.558.466 Al raggiungimento di tale obiettivo sarà effettuato un risparmio pari ad € 1.387.974.
L'Accordo Integrativo Regionale (AIR) prevede che il 15% di tale somma, che corrisponde ad € 208.190, rappresenta il fondo di appropriatezza da risparmi sulla farmaceutica convenzionata e dovrà essere utilizzato secondo i seguenti criteri :
a) il 50 per cento delle risorse saranno destinate all'Azienda sanitaria;
b) il 25 per cento sarà destinato ad investimenti strutturali per le AFT ed UCCP;
c) il 25 per cento sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:
- una quota pari a 12,5 per cento (ovvero il 50 per cento della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della sanità d'iniziativa;
- il restante 12,5 per cento (il 50 per cento della quota complessiva) per gli obiettivi concordati nell'Accordo Aziendale, fatto salvo la clausola di salvaguardia.

Qualora venga conseguito un maggior contenimento della spesa, oltre quanto sopra indicato l'ulteriore somma verrà ripartita per il 60% ad investimenti strutturali per l'AFT e l'UCCP, per il resto a disponibilità dell'ASL 7, salvo nuovi eventi normativi di rilievo sulla spesa.
Tenuto conto degli indirizzi, azioni ed obiettivi riportati alla sezione sesta "Progetti Appropriatezza" dell'Accordo Quadro Aziendale e delle proposte operative sopra descritte, l'Accordo prevede l'impegno dell'Azienda a mettere a disposizione dei medici diverse modalità organizzative ("canali") aziendali per favorire la consegna diretta ai pazienti : Accordi con Farmacie convenzionate; distribuzione presso RSA, Ospedali di Comunità, Hospice, Cure Intermedie, punti farmaceutici per la continuità (compreso quello dell'AOUS).
E' infine prevista una clausola di salvaguardia che prevede la costituzione di un "Fondo di appropriatezza" a garanzia di copertura dei risultati individuali ottenuti ancorché non fossero ottenuti quelli aziendali che vanno a costituire il Fondo tramite il quale finanziare anche gli obiettivi dell'Accordo. L'Azienda si impegna ad investire risorse aziendali, fino ad un massimo di 300.000 euro.
Tale somma, sarà coperta da bilancio aziendale ove non ottenuto il risparmio aziendale atteso, mentre sarà complessivamente e progressivamente sostituita da quest'ultimo, ove realizzato.

Il Progetto di Appropriatezza in ambito Specialistico e diagnostico si compone di due distinte parti:
1)*L'affidamento di parte della diagnostica* (in particolare quella relativa al monitoraggio delle patologie croniche e tra queste in particolare quelle del CCM) *alla diretta erogazione presso gli studi dei MMG*.
Le prestazioni la cui erogazione sarà affidata alla diretta gestione da parte dei MMG sono quelle connesse alla attuazione del CCM e in particolare: Fondo oculare, ECG, valutazione neurologica periferica, visita neurologica, spirometria, Holter pressione arteriosa. L'obiettivo è la presa in carico dei pazienti per i quali è previsto un set di controlli predeterminati (specialistici e diagnostici) secondo un PDTA condiviso al fine del controllo del loro stato di salute, alla prevenzione del ricovero ospedaliero e del ricorso al pronto soccorso, prevenendo un ulteriore e

parallelo aumento del numero di accertamenti. Il MMG si impegna ad effettuare al paziente i controlli previsti percependo la rispettiva corrispondente tariffa concordata, comprensiva di tutti gli accertamenti previsti nel percorso assistenziale definito. Le somme non superano i costi tariffari delle prestazioni erogate dalla ASL ma realizzano, ove possibile, un risparmio rispetto al costo ASL calcolato su tariffario regionale.
La ASL definirà il tetto di spesa annuale.
Qualora il singolo paziente esegua nell'ambulatorio del MMG gli stessi esami del percorso in numero aggiuntivo a quanto previsto nel percorso stesso, la ASL7 provvederà a liquidare l' importo corrispondenti al percorso, senza remunerazione degli esami aggiuntivi .
Qualora il singolo paziente esegua gli stessi esami del percorso in numero aggiuntivo a quanto previsto nel percorso stesso in altre sedi, rispetto all' ambulatorio del MMG, la ASL7 provvederà a liquidare gli importi corrispondenti al percorso previsto ridotti del 10%.

2)*L'appropriatezza prescrittiva del MMG relativamente alla specialistica ed alla diagnostica*.
Oltre ad una serie di indirizzi finalizzati a promuovere comportamenti prescrittivi appropriati rispetto alle prestazioni specialistiche e diagnostiche, lo specifico progetto di appropriatezza risulta articolato in: un obiettivo quantitativo individuale e di forma associativa; un obiettivo quantitativo collettivo.
L'obiettivo quantitativo individuale e di forma associativa prevede la riduzione globale del numero di prestazioni in ambito specialistico e diagnostico incluse le prestazioni di Laboratorio, rispetto al numero pro-capite consolidato per l'anno 2012, considerate come dato di base abbattuto del 5%. L'incentivazione connessa a tale obiettivo prevede la corresponsione di: euro 0,40 ad assistito pesato ai singoli MMG che ridurranno del 10% il numero globale di prestazioni rispetto all'anno 2012; euro 0,40 ad assistito pesato ai singoli MMG che manterranno nell'anno in corso comunque un valore inferiore alla media aziendale; 0,80 ad assistito pesato MMG che ridurranno del 10% il numero globale di prestazioni rispetto all'anno 2012 avendo già un valore inferiore alla media aziendale.
Gli incentivi saranno maggiorati del 20% se la forma associativa di appartenenza raggiunge l'obiettivo in tutti i suoi componenti.
L'obiettivo quantitativo collettivo_ prevede la riduzione globale del numero di prestazioni in ambito specialistico e diagnostico rispetto al numero consolidato per l'anno 2012, abbattuto del 5%. (Valore Aziendale anno 2012, ridotto del 5% : 5.413.566).
Il fondo dell'appropriatezza si costituisce con la minor spesa generata dal minor numero di prestazioni.
In considerazione del fatto che al diminuire delle prestazioni resta attiva la maggioranza dei costi legati alla produzione, il risparmio effettivo medio di ogni prestazione è determinato calcolando il costo medio a prestazione (tariffa complessiva per specialistica e diagnostica 2012/numero complessivo determinazioni 2012), decurtato di una quota, stimata in circa il 10%, attribuibile alla riduzione di parte dei costi associati alla prestazione.
L'applicazione di tale parametro al numero di minori accertamenti specialistici e diagnostici effettuati nell'anno 2013 rispetto a quelli effettuati nell'anno 2012 abbattuti del 5% determina una somma che andrà a costituire il fondo per l'appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico per l'anno in corso.
Il "Fondo di appropriatezza prescrittiva specialistica e diagnostica" sarà così impiegato:
- il 50 per cento delle risorse saranno destinate all'Azienda sanitaria;
- il 25 per cento sarà destinato ad investimenti strutturali per le AFT ed UCCP;
- il 25 per cento sarà utilizzato per remunerare obiettivi di risultato degli accordi aziendali, così suddivisi:

- una quota pari a 12,5 per cento (ovvero il 50 per cento della quota complessiva) per il raggiungimento degli obiettivi della sanità d'iniziativa;
- il restante 12,5 per cento (il 50 per cento della quota complessiva) per gli obiettivi concordati nell'Accordo Aziendale.

Il progetto di *Appropriatezza in ambito ospedaliero* si propone di consentire una effettiva partecipazione dei MMG alla utilizzazione di specifici servizi dislocati al livello ospedaliero: H-72, Day-service; Day-hospital; Dimissione protetta. Esso prevede a tal fine la costituzione di un tavolo di lavoro congiunto MMG-USL7-AOUS per definire le modalità di utilizzazione dei servizi ospedalieri sopra richiamati.

Sul fronte dell' *Appropriatezza gestionale*, è esplicitata nell'Accordo (art.17), la disponibilità Aziendale, nell'ambito della normativa nazionale e regionale, a valutare/attuare progetti gestionali affidandoli, in tutto o in parte, alla Medicina Generale, anche tramite la Coop Medici 2000, per servizi e/o attività per i quali l'erogazione diretta risultasse più onerosa (es. Integrazione di Servizi amministrativi distrettuali, Integrazione di Servizi infermieristici territoriali, Diagnostica, ADI, Ospedale di Comunità ed Hospice, Vaccinazioni, Percorsi monitoraggio patologie, Consegna di farmaci, materiali ed ausili sanitari, Integrativa…)

In merito alla *organizzazione della rete dei presidi distrettuali*, si prevede che l'offerta di servizi a livello territoriale possa essere significativamente migliorata tramite una rete unitaria di presidi che comprenda sia gli studi dei medici di Medicina Generale, singoli ed associati, sia le attività distrettuali pubbliche. Ne consegue l'impegno di entrambe nella definizione di tale rete unitaria che prevede sia la possibilità di ospitare attività della Medicina Generale presso sedi messe a disposizione dell'Asl 7, sia di ospitare attività di medicina pubblica presso sedi gestite da MMG, sia di affidare parte dei servizi di tipo distrettuale, (ad esclusione delle attività che devono essere direttamente erogate da dipendenti pubblici), direttamente al gestione della Medicina Generale, anche tramite la Coop Medici 2000.

d) *AFT, UCCP e loro Centri di Riferimento*
Relativamente alla individuazione, ai compiti ed alle funzioni sono richiamate integralmente le disposizioni dell'Accordo Integrativo Regionale e per quanto vigente quelle della Legge 181/2012.
La provincia di Siena che comprende l'intera ASL ha una popolazione di 272.638 abitanti. Considerato che la dimensione di riferimento dell'AFT è di 30.000 assistiti (considerati quelli in carico ai MMG), l'ipotesi perseguibile è quella di costituire 9 AFT, la cui definizione ha tenuto conto di alcuni specifici criteri quali: rispetto delle caratteristiche geografiche, rispetto delle aggregazioni istituzionali consolidate anche per altre tipologie di servizi, rispetto degli attuali ambiti di scelta (per quanto possibile); importanza delle direttrici viarie e di trasporto pubblico; tempi di percorrenza all'interno dell'AFT di circa 30 min., salvo piccoli aggregati particolarmente dispersi (oltre tale limite, quando attivate sedi di riferimento, occorre prevedere una struttura secondaria rispetto a quella principale).
Le UCCP previste per l'ASL 7 di Siena sono una per ogni AFT.
Le parti ritengono che aspetto fondamentale per il funzionamento delle UCCP, ma anche delle AFT, sia la realizzazione di strutture di riferimento definite in modo omnicomprensivo Centri Medici, che pertanto divengono compito prioritario di iniziativa congiunta.
Si prevede la presenza di una struttura principale per ogni AFT ove poter eventualmente garantire anche la Continuità Assistenziale, nonché strutture secondarie, oltre quella ipotizzata nella località

sede principale: in presenza di altri centri abitati con notevole popolazione permanente; in presenza di località con notevole flusso turistico; in presenza di centri abitati con notevoli distanze e tempi di percorrenza prolungati rispetto alla sede principale.
Le parti ritengono che queste Strutture debbano essere individuate e progettate per rispondere a specifiche esigenze indicate. In particolare si ritiene indispensabile che in tali centri esercitino la medicina di attesa un gruppo organizzato di MMG; sia presente un servizio PLS; sia organizzata la Continuità Assistenziale ed il CCM per la popolazione di riferimento dell'AFT ed UCCP; siano possibilmente presenti le attività distrettuali pubbliche anche in forma di affidamento; sia riconosciuta una attività integrativa di servizi specialistici e diagnostici integrati concepiti in modo integrato ed offerti a costi simili ai ticket.

e) *Potenziamento delle dotazioni di personale afferente all'Assistenza Primaria*
Le parti considerano di particolare interesse le nuove opportunità associative-aggregative previste dalle normative vigenti nonché l'innovazione prodotta dal progetto regionale di Expanded Chronic Care Model e dalle modalità di applicazione adottate nell'ASL 7. Ritengono che, nel periodo di vigenza del presente accordo e fino all'effettivo avvio delle UCCP, debba essere ancora incentivato, compatibilmente con la copertura economica, lo sviluppo di alcune forme associative: Medicina in Rete, Medicina di Gruppo, Associazione Complessa, Cooperativa Medica, nonché il riconoscimento di indennità per ampliare la presenza di collaboratori di studio ed infermieri professionali presso gli studi dei MMG, utilizzando le risorse disponibili e tenuto in considerazione che si tratta di investimenti pluriennali.

f) *Chronic Care Model e sviluppo dei percorsi assistenziali*
Le parti confermano la validità del modello organizzativo di gestione dei moduli del CCM adottato nell'ambito dell'ASL 7 e sono impegnate, nel periodo di durata dell' accordo alla estensione del progetto.
In considerazione dell'avvio delle AFT si prevede il mantenimento dell'attuale composizione dei moduli CCM quando tutti i medici si trovano nella stessa AFT.
Quando questa condizione non si verifica, si procederà all' eventuale ampliamento dei moduli fino al raggiungimento del tetto massimo di assistiti previsto dal CCM. Per l'ulteriore fase di implementazione del CCM le parti convengono che progressivamente le attività specialistiche e diagnostiche debbano essere organizzate presso i Centri Medici dove operano i MMG. Queste attività specialistiche e diagnostiche saranno organizzate secondo quanto già indicato alla parte "Appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico".
Le parti sono impegnate a prevedere forme di gestione della cronicità che dalla medicina di iniziativa orientata per patologia passi a quella di gestione del paziente con il carico complessivo dei bisogni e di complessità che rappresenta.

g) *Appropriatezza diagnostica, anche con forme innovative di affidamento*
Vedi Progetto di Appropriatezza in ambito specialistico e diagnostico

h) *Sviluppo di strutture per Cure Intermedie*
Le parti convengono che l'offerta di servizi a livello territoriale possa essere significativamente migliorata ricomprendendo in un progetto di rete unitaria territoriale (studi dei medici di Medicina Generale, Centri Medici, UCCP, Case della Salute, presidi delle attività distrettuali pubbliche) anche la programmazione e gestione delle strutture per cure intermedie, in modo da perseguire sia un maggiore coinvolgimento degli operatori che una ottimizzazione delle risorse umane ed organizzative presenti nelle varie aree.

Conseguentemente si impegnano alla predisposizione di progetti gestionali (Vedi anche Appropriatezza Gestionale, di cui all'art.17) dei centri di cure intermedie che prevedano la possibilità di affidamento diretto degli stessi alla Cooperativa dei Medici di Medicina Generale con altri eventuali soggetti di tipo cooperativo specializzati in altre tipologie di servizio (alberghiero, infermieristico, ecc.).I progetti saranno valutati in base alla fattibilità gestionale, al risultato economico di risparmio, alla qualità del servizio.

i) *Sviluppo della rete informatica*
In base all'AIR ogni AFT dovrà possedere un proprio sistema interno informativo/informatico, da finanziare attraverso razionalizzazione di spesa a livello locale, con collegamento in rete, connesso al sistema aziendale e regionale. Con l'acquisizione degli add on a cura di Estav Centro, il sistema basato sui software di cartella clinica dei MMG prevederà, per il colloquio, quanto contenuto nella DGRT 469 del 31-03-2010 e in particolare: Servizi Anagrafe Persone; gestione scelta e revoca MMG PLS; e-prescription NRE (Numero Ricetta Elettronica); esenzioni per reddito e ticket; Patient Summary; Chronic Care Model; Dati presenti su ACN MMG e PdF Certificazione telematica di malattia INPS;
Il sistema in rete deve garantire la condivisione di informazioni cliniche con l'attività di continuità assistenziale tenendo conto di specifiche esperienze aziendali, ed il trasferimento degli esami di laboratorio nei software dei MMG ai sensi dell'informatizzazione prevista da Regione Toscana.

j) *l'Accordo Contratto con la Cooperativa*
La forma cooperativa, che assomma 190 iscritti su 240 (pediatri inclusi), con il possesso di personalità giuridica consente ai medici (tramite i servizi che da essa ricevono) possibilità organizzative, gestionali, giuridiche, indispensabili per assolvere adeguatamente a parte dei compiti nuovi delle Cure Primarie, di sperimentare l'assunzione diretta di responsabilità, di attivare forme di medicina di iniziativa, di concludere accordi complessi con le ASL, procurandosi i fattori di produzione necessari per adempiervi (come singolarmente od in piccoli gruppi privi di personalità giuridica non avrebbero potuto) ed in ultimo contribuire ad arginare il rischio di una privatizzazione diffusa e selvaggia delle prestazioni sanitarie.
Per quanto sopra, lo specifico accordo-contratto tra ASL 7 e "Coop Medici 2000 s.r.l.", in conformità ai criteri previsti dalle disposizioni regionali (parte C, punto 6.5, ACR del 13.03.2006), viene considerato uno strumento essenziale per l'attuazione dell' Accordo Aziendale e si stabilisce che lo stesso abbia uguale durata temporale.

Finanziamento

Le risorse per poter attuare l'Accordo Integrativo Aziendale Medicina generale-USL7, derivano da finanziamenti Regionali, Aziendali e da Progetti Specifici che consentano, attraverso la ricerca di una maggiore appropriatezza, un reinvestimento nella medicina generale, come previsto anche dalla Delibera Regionale 1231/2012 di approvazione dell'Accordo Integrativo Regionale, AIR.
Le parti convengono nella costituzione di un "Fondo Economico" della Medicina Generale, che verrà definito annualmente con delibera del Direttore Generale , nel quale confluiscono le risorse da progetti che consentano un uso più appropriato delle risorse, da finanziamenti regionali, da finanziamenti aziendali, da eventuali altre risorse con destinazione specifica e da quelli individuati al punto d), comma 3, dell'art. 25 dell'ACN 29/07/2009.

Integrerà comunque il fondo, determinato come da prospetto che segue, qualsiasi ulteriore somma anche ivi non prevista quando specificatamente destinata all'Assistenza Primaria, sia presente nel bilancio dell'ASL, sia sopravvenuta nel corso di esercizio.

Considerazioni

Sottesa all'Accordo, siglato tra le parti in piena coerenza con l'orientamento previsto dai sopracitati emendamenti normativi nazionali e regionali, è dunque la finalità prioritaria di realizzare su più fronti un'opera di sempre maggiore integrazione dei Medici di Medicina Generale con la rete aziendale dei servizi afferenti alle aree della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, nonché di maggiore attenzione e consapevolezza rispetto agli obiettivi di salute, nonché professionali ed economici sia regionali che aziendali, nella convinzione che ciò possa avere un impatto importante sulla continuità e qualità di presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini.

Si inquadrano in tale contesto quindi gli obiettivi di salute, l'ulteriore sviluppo della Sanità di iniziativa, e gli specifici progetti di appropriatezza (in particolare in ambito farmaceutico e diagnostico), che costituiscono parte integrante e sostanziale degli Accordi con la Medicina Generale e la Cooperativa Medica.

L'affidamento diretto di prestazioni specialistiche ai Medici di Medicina Generale, che non riguarda in alcun caso la diagnostica "*di alta specialità*", ma piuttosto, come riportato, solo alcune prestazioni di base connesse all'attuazione dei Percorsi Assistenziali Diagnostico Terapeutici (PDTA) definiti e condivisi nell'ambito del progetto Chronic Care Model: Fondo oculare, ECG, valutazione neurologica periferica, visita neurologica, spirometria, Holter pressione arteriosa.
L'obiettivo è "*la presa in carico dei pazienti per i quali è previsto un set di controlli predeterminati (specialistici e diagnostici) secondo un PDTA condiviso al fine del controllo del loro stato di salute, alla prevenzione del ricovero ospedaliero e del ricorso al pronto soccorso, prevenendo un ulteriore e parallelo aumento del numero di accertamenti*".
Tale scelta, risulta coerente con volontà Aziendale di migliorare il percorso di diagnosi e cura dei pazienti cronici, realizzando, di fatto, un adeguamento del progetto Chronic Care Model sulla base dei riscontri raccolti in oltre tre anni di operatività, e agevolando l' evoluzione culturale ed operativa richiesta alla Medicina Generale, più sopra richiamata; essa è parsa, negli intenti della Azienda, pienamente rispettosa di tutti i ruoli e le funzioni dei professionisti del sistema pubblico e, benché supportata anche da un minore impegno economico, potrà essere posta in discussione qualora sarà dimostrato che essa non avrà prodotto i risultati attesi in termini di qualità ed efficacia dei servizi resi al cittadino.

Nell'ambito di un più generale obiettivo aziendale di efficientamento e miglioramento dell'appropriatezza dei servizi che interessi trasversalmente tutti gli ambiti e settori di erogazione, si colloca quanto previsto dall'Art. 17 dell'Accordo Quadro Aziendale Azienda Usl7-MMG (*Appropriatezza gestionale-settori vari)*, integralmente ripreso dall'Accordo Azienda USL7 e Cooperativa Medici 2000.

Vi si esprime, da un lato, l'impegno della Medicina Generale a collaborare con l'Azienda nel perseguimento di una migliore appropriatezza nella gestione dei servizi attraverso l'avanzamento di proposte progettuali relative a strutture/attività (individuate dall'Azienda), che presentino più

urgenti e ampi margini di miglioramento organizzativo/gestionale; dall'altro, la disponibilità aziendale, nell'ambito della normativa nazionale e regionale, a valutare i suddetti progetti di gestione di strutture e/o attività, con possibilità, anche, di affidamento parziale o totale alla Medicina Generale/Cooperativa Medici 2000, qualora a tale scelta corrispondesse non solo un minor costo ma, ancora una volta, soprattutto una migliore appropriatezza ed efficienza nell'uso delle risorse e un più alto livello qualitativo dei servizi erogati.

La possibilità (e non obbligo contrattuale) di collaborazione tra Azienda Usl7 e Medicina Generale per l'attuazione di progetti inerenti l'ambito gestionale-organizzativo di alcune tipologie di attività, peraltro già prevista nei precedenti Accordi, non equivale pertanto ad una passiva accettazione e applicazione da parte dell'Azienda di progettualità provenienti in tal senso dalla Medicina Generale, ma, al contrario, presuppone in primo luogo una preliminare individuazione aziendale dei servizi per i quali risulti la sussistenza di eventuali difficoltà gestionali (scarsa efficienza o insostenibilità dell'erogazione diretta ad es. per mancanza di turnover del personale) o di margini di miglioramento organizzativo.

Per tali servizi potranno essere conseguentemente valutate diverse e opportune ipotesi progettuali da cui, in definitiva, potrà derivare o meno un coinvolgimento della Medicina generale/Cooperativa Medici 2000 in relazione non ad un mera logica di risparmio ma alla concreta possibilità di realizzare il migliore equilibrio possibile tra oneri economici e qualità del servizio al cittadino.

E' del resto sottinteso l'obbligo per l'Azienda USL7, qualora le attività e i servizi per i quali si configurasse l'opportunità/necessità di una esternalizzazione non risultassero specificamente e completamente riconducibili ai ruoli e ai compiti istituzionali dei Medici di assistenza primaria, e pertanto non delegabili ad attori diversi, di attenersi alle procedure selettive previste ai sensi di legge per analoghe forme di affidamento/appalto.

Presupposto importante alla stipula dell'Accordo, è risultata infine, nell'ottica di un proficuo coinvolgimento dei cittadini delle Istituzioni, la condivisione e discussione dei relativi contenuti con le Organizzazioni Sindacali. Si riporta, sempre a tal proposito l'Art.1 del medesimo Accordo Quadro Aziendale ("*Premessa*") che, citando testualmente, prevede: "*anche nell'ottica di una futura evoluzione delle Società della Salute che potrebbero essere superate, si ritiene che la Conferenza dei Sindaci Provinciale e/o altre future articolazioni zonali abbiano funzioni di verifica della qualità dei servizi prestati sul territorio in applicazione del presente Accordo e mantengano le funzioni di programmazione territoriale, ivi comprese le suddette competenze nella stipula dei futuri accordi"*.

8. PROGETTI PER LO SVILUPPO DELLA CONSEGNA DIRETTA DI FARMACI A PAZIENTI CRONICI

8.1 Progetto consegna diretta farmaci a pazienti cronici

Premessa

Le dinamiche demografiche ed epidemiologiche della Regione Toscana evidenziano la tendenza all'invecchiamento della popolazione, con il conseguente aumento della rilevanza delle patologie croniche.

Regione Toscana: indice di vecchiaia		
Regione	**Indice di vecchiaia**	**Posizione Graduatoria**
Liguria	238%	1
Emilia-Romangna	196%	2
Toscana	**190%**	**3**
EU 25	92%	
Cipro	49%	247
Finlandia	37%	248

Dall'analisi del profilo di salute della Regione rispetto ad alcune patologie croniche di grande rilevanza emerge, infatti, che:

- oltre 150.000 pazienti sono in trattamento con farmaci antidiabetici;
- circa 770.000 pazienti sono in cura con farmaci ipertensivi;
- circa 55.000 anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da scompenso cardiaco;
- circa 100.000 anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO);
- ogni anno si verificano poco meno di 11.000 ictus cerebrali;
- circa il 9% degli anziani ultrasessantacinquenni sono affetti da almeno 3 patologie croniche.

Occorre, inoltre, considerare che alcune fasce della popolazione, per condizioni sociali, livello di istruzione e di conoscenza dei servizi, accedono al Servizio Sanitario Regionale con minore tempestività ed intensità di altre, oppure vi accedono attraverso la rete dell'emergenza-urgenza.

A fronte di simili scenari, diffusi a livello internazionale, altri sistemi hanno adottato strategie di risposta basate sulla proattività della presa in carico del cittadino, attraverso azioni di prevenzione, cura e assistenza commisurate al livello di rischio del singolo e sulla valorizzazione del ruolo del cittadino stesso nel processo assistenziale.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2008-2010, in linea con l'evoluzione organizzativa dei sistemi sanitari internazionali, pone tra gli obiettivi strategici del triennio lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa", ovvero di un modello assistenziale che – integrando quello classico della "medicina d'attesa", disegnato sulle malattie acute – sia in grado di assumere il bisogno di salute prima

dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio.
Il Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2011-2015 sulla scia del biennio precedente prevede il consolidamento delle caratteristiche di un sistema socio sanitario “proattivo”, orientato alla prevenzione, al potenziamento della sanità d’iniziativa e alla gestione della cronicità, attraverso l’individuazione e l’implementazione di corretti stili di vita e la piena conoscibilità e accessibilità del sistema dei servizi e delle prestazioni offerte.

La sanità d’iniziativa si basa dunque su:
- un nuovo modello assistenziale per la presa in carico dei cittadini;
- un nuovo approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell’insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali.

A livello territoriale, il modello di riferimento indicato dal PSR per l’implementazione di questo nuovo concetto di sanità, è quello del *Chronic Care Model (CCM).*

I cardini della strategia regionale per l’assistenza territoriale si possono dunque così riassumere:
- garanzia di risposta al bisogno sanitario urgente;
- gestione e cura delle patologie croniche mediante interventi proattivi e strutturati, basati su percorsi condivisi che assicurano continuità, efficienza nell’utilizzo delle risorse ed efficacia per il cittadino, compresa la continuità terapeutica e l'aderenza alla terapia farmacologica;
- tutela dei soggetti fragili, non autosufficienti, a bassa scolarizzazione;
- promozione della salute, in termini di corretta alimentazione, stili di vita ed attività fisica.

Gli ambiti di intervento, secondo una pianificazione specifica, possono essere quindi: il domicilio del cittadino, le strutture ambulatoriali dei Medici di Medicina Generale o le strutture appositamente individuate dalla azienda sanitaria locale nei percorsi assistenziali e sulla base di specifici accordi.

Nel secondo quadrimestre dell'anno 2012 si è provveduto a promuovere incontri con rappresentanti delle Farmacie convenzionate private e pubbliche dell'AUSL 7 per condividere una modalità di erogazione diretta di medicinali a soggetti affetti da malattie croniche, forniti dall'AUSL 7, e condividere una metodologia di calcolo del compenso tale da non arrecare danni economici all' “impresa” Farmacia, a parità di volumi di medicinali erogati nel periodo gennaio-maggio 2012.

Nell’ultimo quadrimestre dell’anno 2012 si è provveduto a stipulare accordi con le farmacie convenzionate pubbliche per la presa in carico di soggetti affetti da malattie croniche, secondo un progetto sperimentale che prevedeva una nuova modalità distributiva di farmaci in forma diretta acquisendo le farmacie comunali protagoniste dell’accordo come punti per la continuità farmaceutica.

Obiettivo del Progetto è stato quello di arrivare a definire percorsi adattati alle singole realtà territoriali a partire dalle patologie sopra descritte.

Nello stesso periodo di attivazione del progetto sperimentale per la consegna diretta farmaci a pazienti cronici sono stati realizzati gruppi di lavoro per condividere le modalità e gli strumenti per assicurare la presa in carico del paziente secondo le migliori evidenze cliniche.

E’ stata definita una lista condivisa delle specialità medicinali fornite da Estav Sud Est da inserire nel progetto “Consegna diretta farmaci a pazienti cronici”, che avessero un costo lordo non superiore ad euro dieci e che rientrassero nella lista dei farmaci a brevetto scaduto.

Il progetto ‘consegna diretta farmaci’ a pazienti cronici

In un’ottica di Chronic Care Model (CCM) è necessario prendersi carico completamente delle esigenze di salute dei nostri cittadini portatori di patologie croniche. L’attenzione, nell’ambito del progetto partito ormai da qualche anno, per ora verte nell’attuazione di uno specifico percorso terapeutico per ciascuna patologia che garantisce appropriatezza negli esami diagnostici ed equità nell’accesso al percorso, fornitura della stessa specialità medicinale somministrata all'interno delle strutture Aziendali e di Area Vasta SE finalizzata anche a migliorare l'aderenza alla terapia prescritta in fase di dimissione.

Il CCM di fatto come ci si aspettava ha messo in evidenza un numero di pazienti, per loro scelta o per mancanza di conoscenza, finora poco conosciuti e seguiti, che hanno iniziato in maniera corretta, anche a seguito di dimissione da ricovero o visita specialistica, una terapia cronica che nella quasi totalità dei casi perdurerà per tutta la loro vita.

Tenuto conto della costante diminuzione del tetto di spesa assegnato per la farmaceutica convenzionata, diventa indispensabile accentuare il processo di valutazione sull’utilizzo dei farmaci orientato all’appropriatezza delle terapie erogate, ai possibili margini di miglioramento nei percorsi di cura dei pazienti ed alla organizzazione della modalità di fornitura ai cittadini. Il processo valutativo tramite sia il monitoraggio dell’uso dei farmaci a minor costo che la diffusione di una informazione mirata, indipendente e comparata possono rappresentare elementi utili per ridurre la distanza fra i diversi interessi che coinvolgono l'acquisto, la prescrizione e l'erogazione dei farmaci.

A seguito di quanto sopra descritto viene riproposto, per tutto l’anno 2013, con estensione al 2014, il rinnovo del progetto consegna diretta farmaci a pazienti cronici con le farmacie convenzionate pubbliche che hanno aderito nel 2012. Si propone inoltre di promuovere tutti gli incontri utili per il coinvolgimento delle farmacie convenzionate private oltre che una implementazione della consegna diretta da parte delle stesse strutture aziendali visti gli esiti di gara ESTAVSE che, in molti casi, registrano sconti superiori all’80% del costo lordo dello stesso medicinale.

La normativa di riferimento per il progetto è:

- Legge 833 del 1998 che dispone all’art 28 in merito all’ Assistenza farmaceutica: “L'unità sanitaria locale, i suoi presidi e servizi, compresi quelli di cui all'articolo 18, e gli istituti ed enti convenzionati di cui ai successivi articoli 41, 42, 43, possono acquistare direttamente le preparazioni farmaceutiche di cui al secondo comma per la distribuzione agli assistiti nelle farmacie di cui sono titolari enti pubblici e per l'impiego negli ospedali, negli ambulatori e in tutti gli altri presidi sanitari. La legge regionale disciplina l'acquisto di detti medicinali e del restante materiale sanitario da parte delle unità sanitarie locali e dei loro presidi e servizi, nonché il coordinamento dell'attività delle farmacie comunali con i servizi dell'unità sanitaria locale”.
- Legge 405/2001, art. 8 che dispone: “Le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi hanno facoltà di: assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale; disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo

ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale; stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso strutture aziendali del servizio sanitario Nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale"

- Delibera G.R.T n. 358 del 16.05.2011 che dispone all'art. 3: "Le aziende sanitarie della Toscana potenziano la distribuzione diretta agli assistiti dei farmaci off patent fino al raggiungimento di una quota percentuale non inferiore al 15% dei consumi fatti registrare in regime convenzionale nell'anno 2010 così come riportato nell'allegato della regione Toscana prot. N. AOOGRT/0055602/Q.90.70 del 3 marzo 2011 avente per oggetto "Monitoraggio della spesa farmaceutica territoriale dicembre 2010" alla tabella denominata "incidenza percentuale delle molecole comprese nella lista di trasparenza regionale sul totale. Anno 2010"

L'importanza e l'utilità dell'iniziativa per il paziente cronico è notevole soprattutto per la possibilità che gli si offre di disporre sempre dello stesso tipo di confezione, quale elemento essenziale per l'aderenza alla terapia e la possibilità di evitare errori dovuti al mutare delle confezioni con conseguenze anche gravi di eventi avversi.

8.2 Progetto: Consegna diretta farmaci ai pazienti cronici presso le RSA

Valutato l'andamento della farmaceutica aziendale e considerato il continuo miglioramento della qualità dell'assistenza anche attraverso lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali, si rende necessario per l'ASL7 promuovere azioni di raccordo e coordinamento di tutte le attività, per garantire la continuità e la nuova domanda di salute, finora inespressa o poco espressa, con l'utilizzo delle risorse assegnate.

In un'ottica di Chronic Care Model (CCM) è necessario prendersi carico completamente delle esigenze di salute dei nostri cittadini portatori di patologie croniche. L'attenzione, nell'ambito del progetto per ora verte nell'attuazione di uno specifico percorso terapeutico per ciascuna patologia che garantisce appropriatezza negli esami diagnostici ed equità nell'accesso al percorso.
Il CCM di fatto, come ci si aspettava, ha messo in evidenza un numero di pazienti, per loro scelta o per mancanza di conoscenza, finora poco conosciuti e seguiti, che, come sopra già accennato, hanno iniziato in maniera corretta una terapia cronica che nella quasi totalità dei casi perdurerà per tutta la loro vita. Questa domanda di salute, finora inespressa o poco espressa, chiaramente deve essere affrontata con le risorse a disposizione che paradossalmente si vanno riducendo proprio in questi ultimi anni.

Il progetto di intervento sulla farmaceutica territoriale, inteso quale insieme di azioni volte ad assicurare il mantenimento dell'appropriato accesso all'uso dei farmaci, garantendo contestualmente il rispetto delle risorse economiche assegnate/disponibili, nasce dalla valutazione:

- dell'andamento prescrittivo della convenzionata (si registra incremento di ricette e riduzione della spesa, molto inferiore rispetto al dato atteso, nonostante la riduzione del prezzo dei medicinali e gli accordi esistenti con i medici di medicina generale), e
- dall'andamento dei consumi dei farmaci di classe A, consegnati direttamente tramite le strutture aziendali.

La scelta che la USL 7 intende promuovere è quella di:

- Sviluppare la consegna diretta come già delineata con gli indirizzi nazionali e regionali, dove si prevede che i cittadini ospiti in strutture residenziali/semiresidenziali e dopo ricovero o visita specialistica possono ricevere i farmaci direttamente dalle strutture aziendali senza pagamento di ticket e/o quote aggiuntive.
- Implementare il progetto per la consegna di medicinali off-patent e non, tramite le farmacie convenzionate pubbliche e private
- Attuare progetto sperimentale con gli studi associati dei medici di medicina generale per la consegna di pacchetti personalizzati dei medicinali a pazienti cronici .

In questo contesto il progetto “Consegna diretta farmaci a pazienti cronici presso le RSA” interessa una nuova modalità di distribuzione dei farmaci, acquistati dall’ESTAVSE con esiti di gara che, in molti casi, registrano sconti superiori all’80% del costo lordo dello stesso medicinale.

La normativa di riferimento alla base del presente progetto è:

- Legge 405/2001, art. 8 che dispone: Le regioni e le provincie autonome di Trento e Bolzano, anche con provvedimenti amministrativi hanno facoltà di:
  a) assicurare l'erogazione diretta da parte delle aziende sanitarie dei medicinali necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale;
  b) disporre, al fine di garantire la continuità assistenziale, che la struttura pubblica fornisca direttamente i farmaci, limitatamente al primo ciclo terapeutico completo, sulla base di direttive regionali, per il periodo immediatamente successivo alla dimissione dal ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale; c) stipulare accordi con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per consentire agli assistiti di rifornirsi delle categorie di medicinali che richiedono un controllo ricorrente del paziente anche presso le farmacie predette con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso strutture aziendali del servizio sanitario Nazionale, da definirsi in sede di convenzione regionale.

Per la cura delle patologie croniche i medicinali di classe “A” potranno essere forniti agli ospiti della RSA direttamente ed esclusivamente dalla AUSL 7 attraverso la Struttura UOC Farmaceutica Aziendale, ad esclusione delle prescrizioni ritenute “urgenti”, da evadere tramite le Farmacie Convenzionate. Con cadenza bisettimanale, le prescrizioni effettuate su ricettario del SSR saranno raccolte da un incaricato di Poste Italiane per la preparazione a cura dell'AUSL 7 e la consegna secondo calendario a cura delle stesse Poste Italiane.

I medicinali di classe “A” che la AUSL 7 rende disponibili per gli ospiti della RSA sono sia quelli presenti nel Prontuario Terapeutico AVSE che quelli disponibili per la Distribuzione per Conto (DPC), secondo una lista condivisa con i medici prescrittori, i quali secondo l’accordo stipulato per il triennio 2013-2015 si impegnano ad aderire ai progetti aziendali, prescrivendo i farmaci adottati nel Prontuario Aziendale e di Area Vasta Sud Est.
I medicinali di Classe “A”, presenti nella lista condivisa e necessari agli ospiti della RSA devono essere prescritti dai Medici di Medicina Generale su ricettario, per principio attivo dose e forma farmaceutica, nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia con la possibilità di prescrivere un numero di confezioni non superiore a sei e per un periodo di trattamento non superiore ad un mese.

Dette ricette sono raccolte dal Coordinatore infermieristico della struttura RSA ai fini della consegna all'incaricato di Poste Italiane.
Il farmacista, verificata la regolarità e la completezza della prescrizione farmaceutica, provvede alla spedizione delle ricette e, coadiuvato da personale tecnico/amministrativo, assicura la predisposizione dei pacchetti personalizzati per la consegna alla RSA nel rispetto delle modalità di conservazione di ogni medicinale e degli accordi definiti per il trasporto.
La consegna nella prima fase sperimentale è a cura di Poste Italiane, con cui verrà stipulata una convenzione per garantire la fornitura dei farmaci predisposti in pacchetti personalizzati presso tutte le strutture residenziali assistite della provincia di Siena.

9. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Il sistema di emergenza sanitaria territoriale nella Regione Toscana si articola in:

- 12 Centrali Operative 118, presenti in ciascuna azienda USL.
- 4 livelli di risposta, diversificati ed integrabili (automedica con equipaggio composto da medico ed infermiere; ambulanze medicalizzate con soccorritori volontari e medico; ambulanze infermieristiche con soccorritori volontari ed infermiere; ambulanze di primo soccorso con soccorritori volontari appositamente addestrati).
- Servizio regionale di elisoccorso, dal 1999 parte integrante del sistema di emergenza-urgenza; tale servizio è strutturato in 3 basi operative (Massa Carrara, Grosseto e Firenze), una in ogni Area vasta.

Il processo di riorganizzazione previsto dalla DGRT 1235/12 interessa tutti e tre i fronti della rete di emergenza, perseguendo obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficienza, nonché dell'omogeneità nell'organizzazione dei servizi e nella risposta al cittadino, e presupponendo, quali elementi imprescindibili di supporto, un importante adeguamento/evoluzione sotto il profilo tecnologico e un'opportuna e mirata attività di formazione delle figure coinvolte (operatori sanitari; volontari).
Più specificamente, la realizzazione di Centrali Operative di Area Vasta, la rimodulazione, secondo nuovi criteri, dei livelli di risposta della rete territoriale, e la standardizzazione del servizio di elisoccorso, costituiscono le tre principali direttrici nell'ambito delle quali la riorganizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale dovrà trovare concretezza.
Per quanto riguarda in particolare la riorganizzazione dei punti di emergenza territoriale, è stato predisposto dall'Azienda Usl7 un progetto volto a tradurre in operatività i principi e gli obiettivi esplicitati nella succitata Delibera Regionale e a rispondere in particolare alle necessità di razionalizzazione dei Punti di Emergenza Territoriale e a favorire l'utilizzo integrato e modulabile dell'automedica, con il supporto delle ambulanze di primo soccorso BLSD.
L'attuale modello prevede, nell'Azienda USL 7, 13 postazioni "PET equivalenti" attive sul territorio provinciale articolate come segue :

- 7 ASA con medico a bordo attive h24 12 mesi/125 Ambulanze medicalizzate attive h24 12 mesi/12

- 1 ASA con medico a bordo attiva h12 8 mesi/12 (PET San Gimignano)

- 1 ambulanza medicalizzata attiva h12 4mesi/12 (PET San Gimignano)

- 1 ASA con medico a bordo attiva h12 6 mesi/ 12 (PET Chianciano)

Il progetto aziendale prevede:

- Mantenimento sostanziale degli attuali punti PET
- Eliminazione di alcuni servizi stagionali e riduzione di alcune coperture da H24 a H12

- Eliminazione delle ambulanze medicalizzate

- Creazione di una rete di automediche (con passaggio ad equipaggio progressivamente formato da medico e soccorritore BLSD) supportato da ambulanza con BLSD
- Utilizzo punti PET come Punti di Primo Soccorso

In particolare si prevedono le seguenti modifiche:

Zona Val d'Elsa:
PET San Gimignano: ambulanza con medico a bordo h12 (Medico + Soccorritore BLSD)
Firmato Protocollo d'intesa con Sindaco e Misericordia di san Gimignano

Zona Senese:
Introduzione di automedica con Medico + Soccorritore BLSD in sostituzione di ambulanza medicalizzata.

Zona Valdichiana:
PET Valdichiana Nord- Sinalunga: Automedica con Medico a bordo + Soccorritore BLSD h12(inizio 2014).
Chiusura del PET estivo di Chianciano (già effettuato).

Entro il 2015 si prevede dunque un assetto dei punti PET sul territorio della provincia di Siena secondo la seguente articolazione:

- 7 ASA con medico a bordo attive h24 12 mesi/12
- 3 Ambulanze medicalizzate attive h24 12mesi/12
- 1 Ambulanza medicalizzata (medico+ soccorritore BLSD) attiva h12 12mesi/12
- 1 automedica con soccorritore BLSD attiva h 24 12 mesi /12
- 1 automedica con soccorritore BLSD attiva h12 12 mesi/12

Per un totale di n. 12 postazioni PET equivalenti.

10. PROGETTO PER LA REALIZZAZIONE DI UN CENTRO DIAGNOSTICO DI ALTA SPECIALIZZAZIONE PER LE MALATTIE EPATO-BILIO-PANCREATICHE NELLA STAZIONE TERMALE DI CHIANCIANO

La Regione Toscana, nell'ambito dell'azione programmata "assistenza termale", prevista al punto 5.6.1.12 del vigente Piano Sanitario Regionale, ha scelto di sostenere e valorizzare l'offerta termale toscana anche tramite il rilancio del ruolo sanitario delle strutture termali regionali, individuando tale ruolo come punto di forza nella differenziazione dell'offerta dei servizi e delle prestazioni da garantire a coloro che effettuano un ciclo completo di cure.
Il termalismo rappresenta del resto per la Provincia di Siena un polo attrattivo in cui il concetto di salute si coniuga in maniera indissolubile al concetto di benessere della persona.
Nel corso degli anni, inoltre, le terme di Chianciano hanno consolidato l'efficacia terapeutica del proprio patrimonio idrominerale nella cura delle patologie del fegato e che per tali patologie stanno assumendo un ruolo sempre più importante la prevenzione e diagnosi precoce.
Con la deliberazione della Regione Toscana n. 816/2010 è stato dunque approvato lo schema di protocollo di intesa tra la Regione Toscana, la tre Università toscane, l'Azienda USL 7 di Siena, la Provincia di Siena e le terme di Chianciano, per la valorizzazione del ruolo sanitario della struttura termale di Chianciano Terme, sottoscritto da tutti i soggetti coinvolti nel mese di aprile 2011; successivamente è stato approvato da parte dell'Azienda Usl7 di Siena (Decreto del Commissario n. 65 del 9.11.2011) un progetto pilota per la "*Realizzazione di un Centro diagnostico di alta specializzazione per le malattie epato-biliopancreatiche nella Stazione termale di Chianciano*", con l'obiettivo di offrire una risposta integrata ed unitaria ad un complesso di patologie quali le epatopatie, i disturbi funzionali e le patologie dell'apparato digerente attraverso la sinergia delle migliori competenze cliniche e diagnostiche del Sistema Sanitario Toscano con le proprietà terapeutiche del patrimonio idrominerario locale.
In particolare il progetto prevedeva la collaborazione con le Università toscane di Siena, Pisa e Firenze, rispettivamente per le competenze relative ai disturbi metabolici e funzionali, per le competenze epatologiche e per quelle cardiovascolari.
Per ottemperare a quanto sopra, la prima fase di attuazione del progetto, guidata dal punto di vista organizzativo dalla ASL 7 Siena, ha visto il coinvolgimento delle tre Università ed ha portato alla definizione di diversi percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi di I° e II° livello, successivamente alla disamina dei quali, è stato deciso di concentrare il progetto, almeno in una prima fase, sul percorso di screening e diagnostica delle malattie epatiche, la cui responsabilità scientifica è stata affidata all'Università di Pisa (Dipartimento Medicina Clinica e Sperimentale), scelta concordata tra le tre Università nello specifico settore della Epatologia.. E' stato, quindi, in quest'ambito, identificato un percorso di primo livello, con disponibilità differenziata a seconda del periodo stagionale, consistente nell'erogazione di un pacchetto di prestazioni (esami ematochimici specifici per lo screening delle epatopatie, ecografia addominale superiore, elastometria epatica e consulenza specialistica epatologica).
In seguito alla definizione del percorso, sono stati identificati i soggetti eroganti le prestazioni e sono state individuate le figure professionali mediche (ecografista e epatologo) ed infermieristiche necessarie allo svolgimento delle attività. In particolare, è stato stabilito che le attività di laboratorio, ecografia e elastometria epatica fossero erogate dall'Azienda Termale di Chianciano e l'attività clinica di epatologia fosse affidata al gruppo dell'Università di Pisa.
Sul fronte logistico, l'Azienda Termale di Chianciano ha individuato i locali da destinare allo svolgimento dell'attività diagnostica con garanzia di rispetto dei requisiti strutturali ed impiantistici

previsti dalla normativa in materia di accreditamento ed autorizzazione delle strutture sanitarie. La ASL 7 Siena ha invece compartecipato all'iniziativa attraverso la fornitura gratuita di apparecchiature sanitarie (ecotomografo e Fibroscan), acquistate con il contributo regionale (DGRT 1177/2011; deliberazione DG n. 433/12 e n. 64/13) e la stipula di apposita convenzione con il Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale dell'Università di Pisa (deliberazione DG del 18.02.13 n. 64), per lo svolgimento delle attività cliniche epatologiche previste.
Sulla base dei risultati raccolti nei primi mesi di attività del progetto pilota, è stata valutata l'importanza di realizzare un programma che comprendesse un'offerta diagnostica più articolata e complessa a cui associare un partner, in grado di apportare le necessarie competenze cliniche e organizzative per lo sviluppo e la gestione del progetto.
Tale partner è stato individuato in UPMC (University of Pittsburgh Medical Center) ITALY, un polo di riferimento controllato interamente da UPMC a Pittsburgh, Pennsylvania (USA), uno dei centri leader mondiali nel settore dei trapianti e più in generale della cura e della diagnostica secondo protocolli e tecnologie avanzate, già attivo nella gestione in Italia di centri medici di altissimo contenuto tecnologico e scientifico, come a Palermo attraverso l'ISMET che è una specifica struttura in collaborazione tra la Regione Sicilia e UPMC.
L'Azienda USL 7, per conto della Regione Toscana, Terme di Chianciano e UPMC ITALY hanno discusso i termini di una loro collaborazione atta alla realizzazione nel comune di Chianciano Terme di un Centro medico per lo svolgimento di attività di medicina preventiva per malattie epato-bilio-pancreatiche e gastrointestinali, malattie cardiache, sindrome metabolica e diabete, attività di endoscopia digestiva e imaging di 1^ livello.
Tale programma ha già incontrato il qualificato interesse del territorio in ragione dell'incremento e miglioramento dell' offerta sanitaria che il Centro Medico realizzerebbe.

11. PROGETTI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE ORALE

Si stima che nella fascia di età tra 0 e 4 anni vengano effettuate ogni anno, in Italia, circa 520 mila prestazioni, e che queste corrispondano solo in minima parte alle reali necessità assistenziali dei bambini, spesso affetti da più lesioni cariose.
Nella Provincia di Siena, i risultati dell'indagine del 2005 indicavano valori per presenza di carie superiori alla media regionale e questo dato, insieme a quelli attuali rilevati nello screening effettuato nel 2013 su circa 2000 bambini e ragazzi frequentanti la scuola dell'Infanzia e Primaria, invita a non trascurare né procrastinare l'organizzazione di un'attività pedodontica ed ortodontica a favore di tali soggetti.
Del resto, la popolazione infantile, al pari di altre fasce con bisogni speciali, come le donne in gravidanza, gli anziani, i malati cronici, risulta particolarmente esposta al rischio di sviluppare patologie orali, e quindi di andare incontro ad un peggioramento dello stato di salute, in conseguenza di diversi fattori legati sia ad abitudini scorrette ma anche alle condizioni socio-economiche, che sempre più rischiano di diventare un ulteriore limite all'accesso a programmi adeguati di prevenzione e cura.
L'assistenza odontoiatrica rappresenta del resto il settore in cui il Servizio Sanitario Nazionale tradizionalmente svolge un ruolo limitato malgrado le molteplici implicazioni di carattere sanitario e sociale.
Il Servizio Sanitario Regionale della Toscana ha avviato dal 2003 (deliberazione del Consiglio regionale 8 ottobre 2003, n. 163, "DPCM 29 novembre 2001 *'Definizione dei livelli essenziali di assistenza', allegato 2B -modalità assistenziali relative alla specialità di odontoiatria*") una serie di azioni volte ad aumentare l'attenzione alla prevenzione in età infantile, potenziare l'offerta pubblica, valorizzare progetti di accessibilità a percorsi di cura odontoiatrica, anche attraverso forme di partnership con il sistema dell' offerta privata.
Analogamente, le Linee Guida nazionali per la promozione della salute orale e la prevenzione delle malattie orali nell'età evolutiva (Agosto 2008 ed Aggiornamento Novembre 2013) e nell'età adulta (Dicembre 2009), auspicano attraverso un potenziamento dell'offerta e della accessibilità agli interventi di promozione della salute orale, la riduzione del rischio di insorgenza di patologie del cavo orale (carie, parodontopatie, malocclusioni, tumori), o comunque la limitazione della gravità e il conseguente contenimento della spesa necessaria per la cura.
Il PSR 2011-2015 e la recente DGRT 75/2014, individuano parimenti la salute orale, e il miglioramento dei livelli di accesso alle azioni di prevenzione e cura odontoiatriche da parte della popolazione toscana, ed in particolare delle categorie più fragili in relazione all'età o alle condizioni socio-economiche, tra le priorità per il SSR dell'anno 2014.
In tale contesto, e al fine di realizzare una appropriata odontoiatria di comunità, ispirata ai principi della Sanità di iniziativa, si collocano i progetti aziendali "*Nascere con il sorriso*", "*Crescere con il sorriso*" e " *Sorrisi per tutti*", finalizzati alla promozione della salute orale a favore, rispettivamente, delle donne gravide e dei loro neonati, dei soggetti in età evolutiva, e in generale di tutti utenti afferenti agli ambulatori dell'U.O. Odontoiatria della ASL7 Siena.
"Nascere con il sorriso" è un progetto che, nell'ambito del "Corso di accompagnamento alla nascita" prevede un incontro formativo per i Genitori durante il quale vengono fornite nozioni relative alla patogenesi delle malattie orali e delle relative norme di igiene orale alimentare che possono garantire una efficace azione preventiva.
A tale incontro cui può seguire, su richiesta, una visita ambulatoriale gratuita, sempre consigliata alle gravide, per diagnosticare precocemente eventuali parodontopatie che, favorite dalla particolare

situazione ormonale, potrebbero condizionare oltre alla situazione patologica locale, anche patologie sistemiche fino a determinare un parto prematuro, descritto in letteratura come frequentemente associato alla patologia parodontale.

"***Crescere con il sorriso***" si propone l'obiettivo di raggiungere il maggior numero possibile di alunni della Scuola dell'Infanzia e Primaria attraverso azioni di formazione-informazione a favore di Docenti, Genitori e Nonni, di educazione sanitaria in classe e infine di screening della carie dentale effettuato sempre in ambiente scolastico.

La convinzione di base di tali iniziative è che solo supportando la famiglia, unica custode della salute orale dei propri figli attraverso una profonda attenzione alle loro abitudini di vita, si possa contribuire a concretizzare l'ambiente educativo naturale in cui si realizza il giusto apprendimento delle norme comportamentali essenziali per la promozione della salute globale. E', infatti, la famiglia che svolge il ruolo fondamentale nel cercar di impedire l'insorgere delle malattie orali più diffuse, carie, parodontopatie e malocclusioni che tanto incidono anche sul bilancio economico.

Nell'ambito del progetto di promozione della salute orale *"Crescere con il sorriso"*, adottato dalla Azienda USL7 applicando le indicazioni del Progetto Odontoiatria della Regione Toscana (Delibera di CR 163/2003), si ritiene inoltre auspicabile il completamento dell'attività di promozione della salute orale a favore dei soggetti in età evolutiva con la terapia della patologia cariosa, parodontale o malocclusiva eventualmente intercettate.

"Sorrisi per tutti" è un progetto di promozione della salute orale a favore di tutti gli utenti afferenti agli ambulatori della U.O. Odontoiatria dell'Azienda USL7 Siena.

Obiettivo del progetto è la promozione di un sistema preventivo che: riduca i comportamenti a rischio (igiene orale saltuaria e non corretta – abitudini alimentari a rischio); favorisca l'acquisizione di stili di vita sani e rafforzi le capacità di fare scelte consapevoli per il miglioramento della salute orale; garantisca l'intercettazione di patologie orali, soprattutto nelle categorie più fragili, prevenendo eventuali complicanze legate ad interventi di cura tardivi.

Diversi fattori di rischio per le malattie del cavo orale (dieta non adeguata, fumo, abitudini di vita scorretti) sono peraltro comuni ad altre malattie cronico-degenerative ed è pertanto auspicabile, nell'ottica di una promozione della salute globale dell'individuo, l'evoluzione del progetto attraverso la realizzazione di un approccio integrato nell'ambito dei percorsi di presa in carico già esistenti in Regione Toscana (es. quelli afferenti al Chronic care Model).

Le parti - nella figura del Direttore Generale dell'Azienda USL 7 di Siena, Nicolò Pestelli, e dei Presidenti delle Articolazioni Zonali della Conferenza dei Sindaci della Provincia di Siena, Bruno Valentini, Lucia Coccheri, Andrea Rossi, Lorenzo Avanzati, condividono le suddette linee progettuali e concordano nell'impegno nella loro realizzazione, fermo restando che le verifiche organizzative territoriali dovranno essere oggetto di confronto con i singoli Sindaci.

Siena, ……

Per l'Azienda USL 7 di Siena

Nicolò PESTELLI …….

Per le Articolazioni Zonali della Conferenza dei Sindaci:

Bruno VALENTINI …….

Lucia COCCHERI …….

Andrea ROSSI ……...

Lorenzo AVANZATI ……