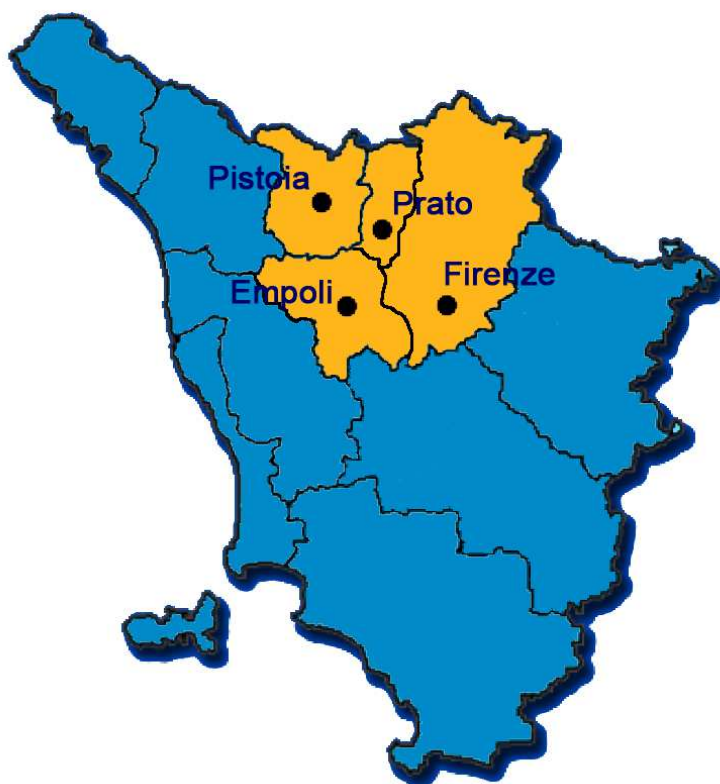
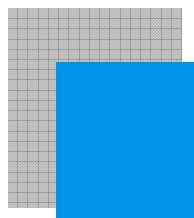
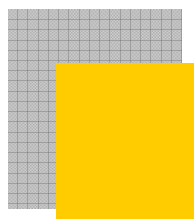
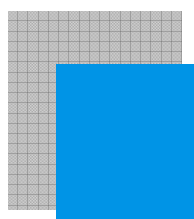




Piano operativo di Area Vasta CENTRO



GIUGNO 2016

Indice

Capitolo	Descrizione	Pagina
Introduzione		3
1.	La programmazione di area vasta : metodologia e strumenti a supporto - I Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta	5
2.	Lo scenario epidemiologico	7
3.	Verso la nuova Programmazione di Area Vasta socio-sanitaria integrata: linee di indirizzo e macro-aree strategiche	12
3.1.	Revisione Rete Ospedaliera e applicazione del DM 70/2015	12
3.1.1.	Metodologia analisi attività ospedaliera	13
3.1.2.	Rimodulazione delle attività ospedaliere in Area Vasta Centro	14
3.1.2.1.	Rimodulazione Area Medica e Specialistica	14
3.1.2.2.	Rimodulazione Area Chirurgica e Traumatologica	16
3.1.2.3.	Rimodulazione Area Oncologica	18
3.1.3.	La rete ospedaliera dell'Area Vasta Centro : la programmazione di Area Vasta Centro e la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso il rapporto di integrazione con il territorio e il sistema di emergenza urgenza	19
3.1.3.1.	Sistema dell'emergenza urgenza :territoriale e ospedaliera	23
3.1.3.2.	Il funzionamento in rete degli ospedali in AVC	26
3.1.3.3.	Rete ospedaliera per le patologie tempo dipendenti	35
3.1.3.4.	Continuità ospedale territorio	39
3.1.3.5.	Le strutture organizzative negli Ospedali della Area Vasta Centro	41
3.1.4.	Azioni della Rete Pediatrica in Area Vasta Centro	44
3.2.	Nuova organizzazione e politica dei Servizi Territoriali	46
3.3.	Linee operative per la governance dell'appropriatezza	50
3.3.1.	Riorganizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale per pazienti con patologie croniche e Liste di attesa	51
3.3.2.	Liste di attesa: progetti operativi come modelli di riorganizzazione per l'offerta specialistica e diagnostica	52
3.3.3.	Appropriatezza del farmaco	55
3.4.	Salute Mentale, superamento OPG e Dipendenze	56
3.5.	Azioni e obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018	58
4.	Informatizzazione dei servizi sanitari come strumento per la costruzione della rete di area vasta	59
5.	Il fabbisogno formativo e lo sviluppo delle competenze	61
6.	Altri contributi alla formazione del Piano di Area Vasta	64
6.1.	Progetti di prevenzione oncologica	64
6.2.	La sicurezza delle cure: il rischio clinico nella nuova organizzazione della rete di Area Vasta Centro	66
6.3.	Proposte per il superamento delle criticità relazionali	71
6.4.	Salute e Genere : Codice Rosa	72
7.	Percorsi specifici di Area Vasta Centro: I progetti dei Dipartimenti interaziendali	74
Allegati	A. Relazione ARS B. Grafici analisi per zona e presidio Area Medica e Area Chirurgica C. Grafici analisi per setting Area Chirurgica D. Tabella dei gruppi di lavoro attivati nell'ambito dei DIAVC E. Rappresentazione dell'offerta formativa dell'Università degli Studi di Firenze F. Schede descrittive ospedali in Area Vasta Centro G. Relazione sull'attività e Programmazione Azienda Ospedaliera Careggi	

Introduzione

La Regione Toscana, prima con la LR 28/2015, poi con la LR 84/2015, che ha modificato la LR 40/2005, ha rivisto profondamente le linee di organizzazione della sanità toscana i cui elementi fondamentali sono stati la riduzione del numero delle Aziende Sanitarie, il rafforzamento del ruolo della governance e di integrazione delle AASSLL con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di riferimento, all'interno dell'ambito della Programmazione Integrata dell'Area Vasta. Un progetto strategico che mira al mantenimento ed al rafforzamento del servizio sanitario pubblico .

Si riafferma e si rafforza il ruolo preminente del servizio pubblico nella pianificazione e programmazione come livello strategico di governo dell'offerta ad ampio spettro che include, sotto la regia e il controllo del Servizio Pubblico, tutti i soggetti erogatori (dal settore pubblico al privato accreditato, alle organizzazioni del terzo settore, fino al privato puro). Il Servizio Socio Sanitario Pubblico quindi definisce i fabbisogni, le modalità di monitoraggio, la dimensione dell'offerta, appropriata e di qualità, e assegna ai diversi attori in maniera coordinata ed integrata il ruolo per raggiungere gli obiettivi di salute, di diagnosi e terapia per i cittadini, evitando duplicazioni inutili, interventi inappropriati e garantendo quindi l'economicità del sistema, alta committenza e controllo di qualità sulle prestazioni erogate.

Ma soprattutto un obiettivo fondamentale è quello da un lato di migliorare la ricerca del Servizio Sanitario Regionale, attraverso uno strettissimo rapporto con l'Università e il Distretto Scienze della Vita e dall'altro di ridurre i processi traslazionali delle innovazioni che hanno ricadute positive nei processi assistenziali e quindi sugli utenti del Servizio sanitario Regionale .

La Programmazione di Area Vasta costituisce lo strumento strategico attraverso cui armonizzare ed integrare, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con i piani regionali, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria che, pur con finalità assistenziali differenti, devono agire in maniera integrata nella definizione unitaria dei percorsi assistenziali. Al centro di tali percorsi ci sono i cittadini con i loro differenti bisogni, che devono trovare nella rete assistenziale dell'Area Vasta una risposta proattiva, coordinata, appropriata, omogenea, di qualità e sostenibile sotto il profilo economico.

Questo processo di riorientamento normativo, organizzativo, gestionale e assistenziale del Servizio Sanitario Toscano troverà compimento completo entro il quinquennio 2016-2021.

Il Piano Operativo dell' Area Vasta Centro si articola nei punti seguenti :

- Contestualizzazione e realizzazione nell'Area Vasta Centro del Piano di Prevenzione Regionale 2014-2018
- Riorganizzazione della rete ospedaliera, secondo le indicazioni del Piano Sociosanitario Integrato e le indicazioni del DM 70 /2015, tenendo presenti le esigenze e le necessità di un disegno rete equilibrata nei nodi principali e secondari, per garantire omogeneità ed equità di accesso, integrazione con la rete dei servizi territoriali e con la rete dei servizi di emergenze-urgenza come supporto strutturale alle reti cliniche tempo-dipendenti.
- Sviluppo della rete dei servizi territoriali secondo un progetto di integrazione ospedale-territorio nelle singole Zone Socio-sanitarie, con la garanzia della prossimità dei servizi di primo livello attraverso lo sviluppo delle attività socio-sanitarie, a intensità crescente, nel sistema delle Case Della Salute e nel sistema delle cure intermedie, dei servizi di assistenza domiciliare e dei servizi territoriali. Un sistema che ridefinisce il ruolo di presa in carico dei bisogni dei cittadini in maniera coordinata, integrata e focalizzato:
 - ✓ al problema delle liste di attesa con lo strumento della diversità dei punti di accesso alla prenotazione (case della salute, farmacie, associazioni di volontariato) e l'organizzazione di percorsi integrati, profilati per i differenti PDTA, che consentano una risposta unitaria soprattutto per i pazienti cronici complessi;

- ✓ alla gestione della cronicità;
- ✓ alla funzione di filtro verso i pronti soccorsi per patologie di basso livello.
- Sviluppo di una progettualità interdisciplinare ed interistituzionale che vede il fulcro nella Zona Distretto, che garantisce il governo unitario ed integrato dei percorsi di alta integrazione (Salute Mentale, Dipendenze, Non Autosufficienza e Handicap) ma che preveda anche dei progetti di ricerca-intervento in grado di individuare settori della popolazione che, per svantaggi culturali e di reddito, accedono con difficoltà alle opportunità fornite dai programmi di promozione di corretti stili di vita e dei programmi di prevenzione primaria (screening ecc.) e secondaria, con particolare riferimento alla possibilità di accedere ai moduli di medicina di iniziativa.
- Sviluppo delle azioni relative al Governo Clinico, alla Gestione delle Criticità Relazionali, al consolidamento della rete assistenziale della Medicina di Genere, che rappresentano un supporto strategico e innovativo ai nuovi modelli organizzativi a rete e ad alta integrazione.
- Sviluppo e azioni di ISPO in relazione alla rete assistenziale oncologica oltre che a tutti i progetti di prevenzione e concentrazione di attività chirurgica previsti dalla normativa regionale.
- Sviluppo delle azioni della rete Pediatrica, la cui regia e coordinamento è affidata all'Azienda Ospedaliera Meyer (L.R. 84/2015, art. 33). Tali azioni sono state elaborate in maniera unitaria regionale dall'AOU Meyer e quindi vengono contestualizzate nelle Area Vaste. Il monitoraggio e la manutenzione di tali azioni afferisce all'AOU Meyer che annualmente produce un report operativo ai fini dell'avanzamento del progetto.
- Consolidamento ed ulteriore sviluppo dei Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta (DIAV) e soprattutto dei Gruppi di lavoro interprofessionali e multidisciplinari che sono il vero motore del processo di cambiamento innescato dalla legge di riforma. Essi permettono la valorizzazione dei professionisti e la definizione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), oltre che il loro monitoraggio e manutenzione continua. La elaborazione dei PDTA avviene anche con il supporto e contributo delle Società Scientifiche e delle Associazioni dei cittadini. I Pdta sono strumenti in evoluzione permanente infatti la loro implementazione avviene a scorrimento continuo una volta che sono stati validati nelle sedi professionali competenti. Vengono riportati tutti i Gruppi di Lavoro attivi con i relativi progetti e, di questi, vengono evidenziati quei PDTA in grado di avviarsi entro il 2016, quelli che partiranno nel 2017 e rispettivamente nel 2018. I PDTA rappresentano la cartina di tornasole del processo di integrazione tra ASL, AOU e Zone Distretto che è alla base dell'innovativa legge di Riforma 84/2015 e sono lo strumento operativo di presa in carico del paziente, in qualsiasi punto approcci i nodi della rete assistenziale, da parte del sistema che si fa carico della guida e allocazione del paziente in base al bisogno espresso e necessario.

All'interno del Piano di Artea Vasta è previsto lo spazio per affrontare la gestione dei movimenti dei pazienti, nelle aree di confine (Punti Pet, Percorsi Ospedalieri), con accordi tra vaste, per governare in qualche modo i flussi dei cittadini che per motivi più svariati insistono su strutture sanitarie e sociosanitarie prossimali ma che esulano dai confini amministrativi. Adottare strumenti di governo nelle aree di confine significa fornire una opportunità e una sicurezza ai cittadini nell'accesso ai servizi considerati i principi fondanti del Servizio Sanitario Regionale.

1. La programmazione di Area Vasta : metodologia e strumenti a supporto – I Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta

Il ruolo dell'Area Vasta, quale dimensione ottimale della programmazione, viene riaffermato con la Legge di Riordino del Servizio sanitario Toscano n°84 del 28/12/2015 e ne viene individuato il ruolo strategico nella Programmazione Regionale, attraverso l'istituzione del Direttore per la Programmazione e della individuazione dei suoi principali strumenti operativi che sono rappresentati dal Piano Operativo di Area Vasta (POAV) e dai Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta (DIAV).

I Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta costituiscono lo strumento operativo della Programmazione di Area Vasta e i loro compiti e organizzazione sono stati fissati dagli atti di indirizzo individuati dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana n° 391 del 3/05/2016 e assicurano :

- ✓ la sintesi del livello organizzativo professionale delle competenze ed abilità multiprofessionali e multidisciplinari del Sistema Sanitario Regionale e dell'Università, anche con la collaborazione e supporto delle Società Scientifiche;
- ✓ la standardizzazione dei processi assistenziali, la riduzione della variabilità per garantire economicità del sistema ed equità di accesso;
- ✓ il monitoraggio continuo, la manutenzione e l'aggiornamento dei PDTA e delle reti cliniche implementate;
- ✓ il processo di comunicazione ed interconnessione tra l'Organizzazione Dipartimentale Ospedaliera della Usl, l'organizzazione della Zona Distretto e dei Dipartimenti assistenziali integrati dell'AOU ai fini di una programmazione di area vasta a carattere socio sanitario integrato;
- ✓ la definizione di un piano formativo per lo sviluppo delle competenze e professionalità correlate ai nuovi livelli organizzativi.

La Programmazione di Area Vasta trova la sua espressione nel Piano Operativo di Area Vasta(POAV) dove vengono raccordati obiettivi ed azioni volte a garantire l'omogeneità territoriale dei servizi, la qualità e appropriatezza delle cure, l'efficienza organizzativa, l'efficienza allocativa e il migliore utilizzo delle risorse tecniche.

Il Piano di Area Vasta è elaborato tenuto conto degli indirizzi regionali del Piano Socio Sanitario Integrato Regionale e di quelli propri della Conferenza Aziendale dei Sindaci e del supporto proveniente dai Dipartimenti Interaziendali. Le indicazioni ivi contenute seguono un percorso di condivisione con le aziende sanitarie che insistono all'interno dell'Area Vasta di riferimento. I contenuti del Piano Operativo di Area Vasta trovano corrispondenza e collocazione all'interno del Piano Attuativo Locale della Usl e del Piano Attuativo Ospedaliero dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, in modo che ne sia garantita la piena e completa attuazione .

Il Piano di Area Vasta è proposto dal Direttore per la Programmazione di Area Vasta, coadiuvato dal Comitato Operativo.

Il Piano Operativo di Area Vasta, previa intesa con la Conferenza Aziendale dei Sindaci e il Rettore dell'Università per quanto di competenza, è trasmesso alla Giunta Regionale che ne controlla la conformità

con il Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale e lo approva, previa acquisizione del parere della competente Commissione Consiliare, entro quaranta giorni dal ricevimento.

Il Piano Operativo di Area Vasta verrà monitorato con indicatori definiti d'intesa con la Regione Toscana, attraverso il supporto di ARS, del MES, dell'Osservatorio Sociale della Regione Toscana e di tutti gli altri organismi come ISPO e IRPET.

Il Piano Operativo di Area Vasta sarà sottoposto a verifica annuale, da parte di un organismo paritetico costituito dal Direttore per la Programmazione, Direttore Generale AUSL Toscana Centro, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, Direttore Generale di Estar, Direttore Generale Ispo, il Rettore dell'Università degli Studi di Firenze e dal Presidente della Conferenza dei Sindaci.

Il Direttore per la Programmazione produrrà una relazione annuale sullo stato di avanzamento del Piano Operativo di Area Vasta all'Assessore alla Sanità, previa intesa con la Conferenza dei Sindaci e del Rettore.

Il Direttore per la Programmazione, attraverso il Nucleo Tecnico, provvederà ad effettuare verifiche infra annuali del POAV e segnalerà eventuali criticità ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie in modo da rimuoverne le cause.

2. Lo scenario epidemiologico

La salute ed il benessere sociale rappresentano elementi centrale nella vita e una condizione indispensabile del benessere individuale e della prosperità delle popolazioni, come documentato a livello globale dai lavori della Commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità su Macroeconomics and Health.

Le conseguenze influenzano tutte le dimensioni della vita dell'individuo nelle sue diverse fasi, modificando le condizioni, i comportamenti, le relazioni sociali, le opportunità, le prospettive dei singoli e, spesso, delle loro famiglie. Negli anziani il ruolo svolto dalla combinazione della condizione di salute e quelle sociali tende a divenire sempre più importante, fino a essere quasi esclusivo quando il rischio di cattiva salute è maggiore e il suo impatto sulla qualità della vita delle persone può essere anche molto severo.

Demografia e caratteristiche socio-economiche

Ad inizio 2015, nell'Area Vasta Centro erano residenti 1.624.894 cittadini, di cui 392.450 d'età superiore ai 64 anni. La distribuzione per età e sesso della popolazione differisce leggermente da quella media regionale, a leggero vantaggio della popolazione giovanile, con qualche differenza per attuale Azienda USL di residenza, dalla popolazione più giovane della USL di Prato a quella più anziana nella USL di Firenze.

Tabella 1. Popolazione residente al 1 Gennaio 2015

Area Vasta CENTRO	Totale	Età 65+
Totale	1.624.894	392.450
Maschi	780.148	167.567
Femmine	844.746	224.883

Fonte Elaborazione ARS su dati ISTAT

Il tasso di natalità, cioè il numero di nati vivi sulla popolazione di residenti, è superiore al valore medio regionale, con un minimo di 7,9 nati ogni 100 residenti a Firenze ed un massimo di 8,7 a Prato. Il numero di anziani oltre i 64 anni ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni (Indice di Vecchiaia) ed il numero di anziani oltre i 64 anni ogni 100 adulti in età lavorativa (15-64 anni di età – Indice di Dipendenza) sono entrambi leggermente più bassi dei rispettivi valori medi regionali, anche questi minimi a Prato (decisamente inferiori alla media regionale) e massimi (di poco superiori alla media regionale) a Firenze (Tabella 2).

Tabella 2. Indice di vecchiaia % (> 64 anni/ 0-14 anni); Indice di dipendenza % (> 64 anni/ 15-64 anni); Tasso di natalità (nati vivi/residenti $\times 100$)

Residenza	Indice di vecchiaia 2015	Indice di dipendenza 2015	Natalità 2014
AUSL 3 Pistoia	189,2	38,9	7,8
AUSL 4 Prato	150,9	34,1	8,7
AUSL 10 Firenze	193,5	40,6	7,9
AUSL 11 Empoli	165,1	36,4	8,6
Area Vasta CENTRO	181,2	38,6	8,1
Area Vasta NORD-OVEST	202,5	40,4	7,5
Area Vasta SUD-EST	202,6	40,6	7,5
REGIONE TOSCANA	192,9	39,7	7,8

Fonte Elaborazione ARS su dati ISTAT

Relativamente alle caratteristiche socio-economiche, nell'Area Vasta Centro si registra un reddito imponibile medio lievemente più alto del valore medio regionale (Tabella 3) e un tasso di disoccupazione, cioè la prevalenza dei soggetti in cerca di lavoro sulla popolazione in età da lavoro (15-64 anni), lievemente inferiore al valore medio regionale. All'interno dell'Area Vasta, entrambi gli indicatori presentano una discreta variabilità tra attuale USL di residenza, con i valori migliori registrati per i residenti nella USL di Firenze ed i peggiori per i residenti nella USL di Pistoia.

Tabella 3. Reddito imponibile medio pro capite –2013

Residenza	Reddito imponibile medio
AUSL 3 Pistoia	17.809,5
AUSL 4 Prato	18.264,5
AUSL 10 Firenze	21.718,1
AUSL 11 Empoli	18.470,1
Area Vasta CENTRO	19.999,5
Area Vasta NORD-OVEST	19.207,9
Area Vasta SUD-EST	18.431,9
REGIONE TOSCANA	19.372,5

Fonte: IRPET

La mortalità generale, prematura e per cause

Il tasso di mortalità generale standardizzato per età dell'Area Vasta Centro è significativamente inferiore al valore medio regionale, grazie soprattutto al valore particolarmente basso per i residenti nella USL di Firenze (Tabella 4).

Tabella 4. Mortalità per tutte le cause, decessi, tasso $\times 100.000$ –Triennio 2010-2012

Residenza	N° Decessi	Tasso Grezzo	Tasso Standardizzato per età	Intervallo di confidenza 95%	
				Limite inf.	Limite sup.
AUSL 3 Pistoia	9.449	1.082,6	943,8	924,5	963,1
AUSL 4 Prato	7.058	949,6	940,1	917,8	962,3
AUSL 10 Firenze	27.408	1.121,0	911,1	900,1	922,1
AUSL 11 Empoli	7.633	1.065,7	966,9	944,9	989,0
Area Vasta CENTRO	51.548	1.079,0	928,7	920,5	936,8
Area Vasta NORD-OVEST	45.336	1.179,5	1.006,1	996,7	1.015,5
Area Vasta SUD-EST	29.413	1.164,0	946,9	935,9	958,0
REGIONE TOSCANA	126.297	1.132,9	959,7	954,3	965,1

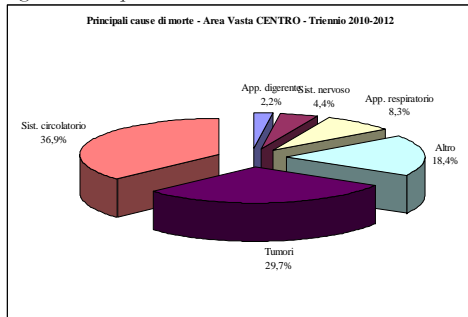
Fonte elaborazione ARS su dati Registro Regionale Mortalità (RRM)

I valori sono inferiori alla media regionale sia per i maschi che per le femmine, con una differenza statisticamente significativa¹ per entrambi i sessi.

Anche l'indice di mortalità prematura, ovvero la mortalità generale prima dei 65 anni di età, importante indice di mortalità evitabile, è più basso di quello medio regionale, anche se non in maniera statisticamente significativa.

La figura 1 riporta la proporzione delle principali cause di morte nel triennio 2010-2012 della popolazione generale residente nell'Area Vasta Centro e in Regione Toscana. Le prime tre cause dei decessi in ordine decrescente in entrambe le popolazioni sono imputabili alle malattie circolatorie, ai tumori ed alle malattie dell'apparato respiratorio. Nell'Area Vasta Centro, è leggermente più bassa la proporzione di decessi per malattie circolatorie (36,9% vs 37,9%) e sono un po' più alte le proporzioni di decessi per tumori (29,7% vs 28,9%) e per malattie dell'apparato respiratorio (8,3% vs 7,6%).

Figura 1. Principali cause di morte, residenti Area Vasta – Triennio 2010-2012



Fonte Registro Regionale Mortalità (RRM)

La salute e gli stili di vita conseguenti ai comportamenti a rischio

Un aspetto particolare merita la focalizzazione sugli indicatori di salute per i giovani (14-19 anni) che emergono dall'indagine EDIT che nasce soprattutto per indagare l'infortunistica stradale in Toscana, ma rappresenta uno spaccato molto particolare sui comportamenti e gli stili di Vita dei Giovani toscani, un settore di popolazione bersaglio per le politiche proattive delle politiche di promozione della salute del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 .

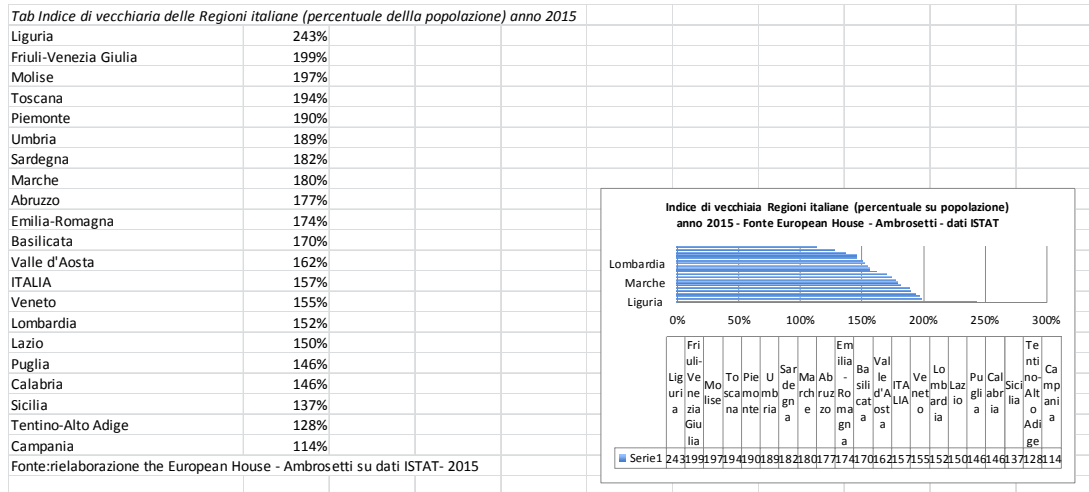
Emergono alcune criticità che vanno tenute in debita considerazione nell'impostare politiche di intervento socio-sanitarie integrate :

- ✓ Gioco d'azzardo: pur risultando un trend in diminuzione -8% rispetto al 2011, tuttavia permane un settore su cui non abbassare la guardia, in quanto ancora il 47% ha giocato almeno una volta nella vita e l'8% mostra una situazione rischiosa di comportamenti patologici .
- ✓ Sostanze psicotrope e stupefacenti : 4 su 10 hanno consumato sostanze illegali nella vita, ma rispetto al 2005 si nota un aumento ed una crescita anche nel poliuso del 5% in più rispetto al 2011.
- ✓ Comportamenti sessuali: nella pratica dei rapporti sessuali soltanto il 56% dichiara di utilizzare il profilattico, pratica che diminuisce con l'età, rivelando un allarmante vuoto conoscitivo sulla prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e della procreazione responsabile.

La salute degli anziani

L'invecchiamento della popolazione, è un fattore strutturale legato allo scarso cambio generazionale sia al progressivo miglioramento delle condizioni generali di salute.

Tutto ciò ha ovviamente un peso rilevante per la programmazione sanitaria e per la costruzione di un unitario sistema di protezione sociale. A maggior ragione se si considera che la Toscana è la terza regione più anziana del paese e quindi ciò si riflette anche a livello europeo.



Sul versante dei servizi offerti sono da evidenziare le strutture di accoglienza degli anziani circa 14 PL per ogni 1.000 anziani residenti, circa 17 ogni 100 non autosufficienti e poco meno di 40 ogni 100 non autosufficienti gravi e tutta l'area dell'assistenza domiciliare con quasi circa 500mila prestazioni erogate annualmente nella Regione Toscana.

Si stima che nell'Area Vasta Centro siano residenti circa 38mila anziani affetti da demenza, dei quali circa la metà d'età superiore agli 84 anni (tabella 5), pari al 9,8 % della popolazione anziana, e circa 32mila anziani non autosufficienti nelle Attività di Base della Vita Quotidiana (BADL: lavarsi, mangiare, vestirsi, camminare, andare in bagno, essere continenti), dei quali circa la metà in modo grave (dipendenti dall'aiuto di altri per tutte le BADL) (tabella 6), pari al 8,1 % della popolazione anziana. Le differenze numeriche per ambiti geografici di residenza dipendono unicamente dalla dimensione e dalla composizione per sesso ed età delle popolazioni essendo le stime effettuate utilizzando stime di prevalenza per sesso ed età disponibili soltanto a livello regionale.

Tabella 5. Stima degli anziani affetti da demenza –2014

Residenza	Classe d'età			Totale 65+
	65-74	75-84	85+	
AUSL 3 Pistoia	507	2.968	3.438	6.913
AUSL 4 Prato	403	2.213	2.547	5.163
AUSL 10 Firenze	1.492	8.816	10.752	21.060
AUSL 11 Empoli	391	2.378	2.672	5.441
Area Vasta CENTRO	2.793	16.375	19.409	38.577
Area Vasta NORD-OVEST	2.364	13.434	15.210	31.008
Area Vasta SUD-EST	1.475	9.042	10.920	21.437
REGIONE TOSCANA	6.632	38.851	45.539	91.022

Fonti: Studi epidemiologici di popolazione condotti in Toscana, Dati demografici Istat

Tabella 6. Stima degli anziani non autosufficienti nelle attività di base della vita quotidiana, per livello di gravità 2014

Residenza	Livello di disabilità			Totale
	Lieve	Moderato	Grave	
AUSL 3 Pistoia	1.806	1.461	2.464	5.731
AUSL 4 Prato	1.358	1.089	1.809	4.256
AUSL 10 Firenze	5.510	4.506	7.622	17.638
AUSL 11 Empoli	1.402	1.138	1.894	4.434
Area Vasta CENTRO	10.076	8.194	13.789	32.059
Area Vasta NORD-OVEST	8.048	6.505	10.910	25.463
Area Vasta SUD-EST	5.509	4.509	7.565	17.583
REGIONE TOSCANA	23.633	19.208	32.264	75.105

Fonti Studio Bi.S.S. 2009

ATTENZIONE: Le cifre per Azienda USL e Area Vasta sono da considerare esclusivamente come indicazione di un ordine di grandezza, utile alla pianificazione dei servizi

L'esclusione sociale – disagio economico – lavorativo ed abitativo

Gli studi sull'origine delle disuguaglianze di salute in termini di mortalità, morbilità e, in generale, di bisogni sanitari hanno evidenziato significative relazioni con lo stato socioeconomico o la deprivazione materiale degli individui, delle comunità e dei contesti in cui vivono. È noto infatti che tali fattori esercitano il loro effetto sull'origine delle malattie attraverso una complessa rete causale che coinvolge sia le abitudini di vita, ad esempio fumo di sigaretta e dieta, che le esposizioni lavorative.

Il disagio economico, quello lavorativo ed abitativo sono elementi che determinano l'esclusione sociale e talvolta l'allontanamento dalle richieste di salute.

La crisi economica ha contribuito negli ultimi anni all'aumento delle situazioni di esclusione sociale anche in quei segmenti sociali ritenuti, un tempo, a basso rischio. Il sistema socio sanitario integrato si pone come obiettivo quello di programmare politiche adeguate per l'erogazione di servizi integrati specifici per rispondere a tali criticità.

Un importante aspetto è la correlazione, esplicitata in alcuni studi del MES, tra chi ha titolo di studio più basso, e reddito economico basso, una maggiore accesso al pronto soccorso e una scarsa compliance ai progetti di Medicina di Iniziativa e ai programmi di prevenzione in genere.

È di importanza strategica mettere in atto politiche integrate in grado di intervenire su questi settori della popolazione per innalzare complessivamente lo stato di benessere di tutta la popolazione con una positiva ricaduta sul calo dei consumi sanitari e sul guadagno di anni in buona salute.

3. Verso la nuova Programmazione di Area Vasta socio-sanitaria integrata: linee di indirizzo e macro-aree strategiche

La programmazione di area vasta, oltre ad investire in maniera trasversale tutti i livelli di assistenza, dal territorio all'ospedale e alla prevenzione, ha il compito di integrare , attraverso la creazione di percorsi sanitari condivisi e omogenei , le attività erogate dall'Azienda sanitaria territoriale con l'Azienda Ospedaliera di riferimento.

3.1. Revisione Rete Ospedaliera e applicazione del DM 70/2015

Uno degli obiettivi fondamentali della Riforma della Sanità Toscana è la programmazione di area vasta che deve armonizzare e integrare, su obiettivi unitari di salute ed in coerenza con i piani regionali, i livelli di programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliera universitaria che pur con missioni differenti devono agire in maniera integrata nella definizione unitaria dei percorsi assistenziali.

Al centro di tali percorsi ci sono i cittadini con i loro differenti bisogni, che devono trovare nella rete assistenziale dell'Area Vasta una risposta coordinata, appropriata, omogenea e di qualità.

Nel periodo 2016-2017 il primo obiettivo strategico del piano è l'attuazione di interventi volti alla riorganizzazione della rete ospedaliera sulla base di :

- ✓ l'applicazione, secondo indicazioni regionali di cui alla DGRT nr. 145 del 1/3/2016,
- ✓ l'applicazione del decreto 2 aprile 2015, n. 70. Il decreto fissa gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissando volumi minimi per specifiche prestazioni e standard minimi e massimi di strutture per singole discipline .

Il percorso per il ridisegno della rete ospedaliera toscana realizzato in questi primi mesi ha previsto, sulla base della necessità di assicurare un approccio omogeneo a livello regionale, due fasi :

- nella prima fase è stata realizzata una base descrittiva delle attuali modalità di soddisfacimento della domanda ospedaliera e specialistica della popolazione residente per ciascun ambito zonale. Ciò ha consentito di identificare il grado di copertura delle diverse tipologie di risposta ospedaliera in modo tale da poter rileggere quanto più possibile le informazioni ottenute in un'ottica di percorso e sviluppare le proposte di rimodulazione dell'offerta (vedi metodologia analisi attività ospedaliera) ;
- nella seconda fase, sulla base della riorganizzazione dell'offerta come scaturito dalla analisi effettuata e sulla base delle indicazioni previste dal DM 70/2015 relative agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi , ai volumi minimi per specifiche prestazioni e agli standard minimi e massimi di strutture per singole discipline, saranno sviluppate le proposte di rimodulazione delle strutture organizzative e dei presidi ospedalieri delle Area Vasta centro.

3.1.1. Metodologia analisi attività ospedaliera

Secondo la proposta metodologica di specifico tavolo tecnico regionale che ha fatto proprio il modello di analisi predisposto dalla direzione della programmazione dell'AVSE, grazie al supporto elaborativo ed informatico di ARS e Laboratorio MeS, è stata predisposta e resa disponibile ampia base informativa, strutturata per singola zona di residenza e relativa sia a prestazioni di ricovero sia a prestazioni ambulatoriali. I risultati delle elaborazioni sono disponibili nell'Allegato B.

Questo approccio, facendo sintesi tra bisogno sanitario – movimento/scelta del cittadino – valutazione delle risorse e potenzialità della struttura di riferimento, consente di definire quale tipo di ospedale, e ancor più quale rete ospedaliera, è necessaria per la popolazione della zona e dell'intera AV, fatto salvo il rispetto dell'equilibrio economico finanziario e dei criteri della normativa vigente.

Ad integrazione, è stato inoltre condotto specifico studio sugli assetti organizzativi dell'attività chirurgica in regime diurno (daysurgery) e ambulatoriale. I risultati sono rappresentati nell'Allegato C.

A seguito della analisi effettuata, identificato il modello di rete ospedaliera definito quale “rete planare” e cioè rete costituita da nodi che beneficiano di una stretta connessione e da una collaborazione tra professionisti di equipe diverse, sono state individuate le aree di intervento sotto elencate.

Rimodulazione Area Medica e Medico Specialistica – Potenziamento di apporto specialistico medico negli ospedali di zona

- ✓ Potenziamento attività specialistiche : stretta collaborazione tra le UUOO specialistiche della Azienda sanitaria e dell'AOU con le UUOO di Medicina interna degli ospedali di zona , in modo da assicurare un elevato livello di qualità delle cure per determinate tipologie di problematiche specialistiche, evitando una mobilità non necessaria e riqualificando e potenziando l'integrazione multi specialistica.

Rimodulazione area chirurgica

Applicazione degli standard volume esito e modelli equipe chirurgica:

- ✓ Secondo la normativa regionale e il DM 70/2015e gli standard volumi esiti si prevede la concentrazione della casistica nelle sedi che assicurano i volumi attesi,
- ✓ Si prevede la possibilità di integrare l'equipe 'stanziale' con professionisti di altre UUOO in possesso dei requisiti di casistica necessari.
- ✓ Previsione di percorsi di sviluppo ed di mantenimento delle competenze mediante l'attività di tutoring.
- ✓ Si individua il modello di equipe chirurgica itinerante, modello applicabile solo alla casistica chirurgica in regime ambulatoriale e di Day Surgery

Potenziamento dell' attività chirurgica programmata, DaySurgery e chirurgia ambulatoriale negli ospedali di zona:

- ✓ Valorizzazione della prossimità relativamente alla risposta al fabbisogno per la chirurgia in regime diurno e ambulatoriale in misura tale da garantire livelli di sicurezza e qualità dell'assistenza adeguati.

Revisione modelli organizzativi urgenza chirurgica e traumatologica:

- ✓ Revisione della attività chirurgica di urgenza negli ospedali della rete
- ✓ Razionalizzazione dell'organizzazione attività di urgenza chirurgica in area metropolitana fiorentina

Rimodulazione Area Oncologica

- ✓ Concentrazione della casistica chirurgica oncologica secondo gli standard previsti dalle delibere regionali di riferimento

3.1.2. Rimodulazione delle attività ospedaliere in Area Vasta Centro

Alla luce di queste indicazioni nell'Area Vasta Centro si sono già sviluppate le prime azioni di integrazione e cooperazione tra ASL Toscana Centro e AOU Careggi nell'ambito della Programmazione dell'Area Vasta Centro e si propongono i seguenti interventi

3.1.2.1. Rimodulazione Area Medica e Specialistica

Riorganizzazione dell'attività di genetica medica

La riorganizzazione della attività di Genetica Medica prevede la costituzione di un Centro Unico di Coordinamento presso l'AOU di Careggi, e una organizzazione funzionale su 3 livelli: le attività di secondo e terzo livello concentrate nelle strutture dell'AOU di Careggi per tutta l'area vasta, mentre le attività di citogenetica di primo livello, collegate prevalentemente alla gravidanza e ad attività di genetica clinica, saranno ubicate in strutture di primo livello dei Presidi Ospedalieri dell'Asl Centro. L'attivazione del nuovo modello è prevista a partire dal 1 Giugno 2016. L'attività di Genetica Medica, a regime, sarà organizzata secondo le indicazioni contenute negli atti deliberativi regionali.

Riorganizzazione di attività medico- specialistica negli ospedali di zona

Attivazione consulenza e attività ambulatoriale in tutti gli ospedali di specialità mediche.

Razionalizzazione della rete dei servizi di cardiologia interventistica

La prima azione, razionalizzazione della rete dei servizi di Cardiologia Interventistica, costituisce il primo step di un processo di riorganizzazione delle reti per le emergenze-urgenze cardiologiche .

Per il percorso di angioplastica primaria - con particolare riferimento all'infarto miocardico con ST sopraslivellato (Stemi) – vengono individuati in area metropolitana fiorentina due centri operativi, a Careggi e presso il Centro di Emodinamica per l'angioplastica primaria dell'Ospedale Santa Maria Annunziata. Contestualmente vengono disattivati i centri di Emodinamica per l'angioplastica primaria dell'Ospedale di Santa Maria Nuova e dell'Ospedale S. Giovanni di Dio.

Ulteriori iniziative e interventi di implementazione saranno individuati secondo il programma previsto per la rete tempo-dipendente emergenze cardiologiche in Area Vasta Centro.

Potenziamento Day Service

Il Day Service è un modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale che comporta l'attivazione di interventi coordinati interdisciplinari e interprofessionali e si configura con la definizione di PACC: percorsi ambulatoriali complessi e coordinati in tutte le specialità mediche.

La modalità organizzativa del Day-Service deve proporsi e svilupparsi come alternativa al ricovero con percorsi di fast track e percorsi per urgenze differibili e come offerta di percorsi ambulatoriali complessi e coordinati alla MMG.

Ad oggi tale modalità organizzativa è stata sviluppata in modo parziale e nelle diverse realtà ospedaliere si ha un panorama "a macchia di leopardo" della presenza di attività di Day Service.

Da un'analisi condivisa con i professionisti delle specialità mediche e del Dipartimento Emergenza – Urgenza di Area Vasta Centro, emerge la necessità di affrontare le criticità, sotto riportate, che sono state individuate come causa del mancato sviluppo di tale livello organizzativo assistenziale:

- ✓ Forte impegno strategico e una forte committenza delle Direzioni Aziendali sullo sviluppo delle attività di Day Service, attività sulle quali è necessario focalizzare gli obiettivi della azienda e incentrare le strategie di investimento

- ✓ La necessità di dare valore ai percorsi Day Service (la somma integrata delle prestazione vale più della somma delle prestazioni isolate).Al momento le prestazioni del Day Service sono, in proporzione, valorizzate meno del DH e del ricovero ordinario. Implementare una "Scheda dimissione Day Service"(SDDS)che possa essere facilmente conteggiata come prestazione complessa.
- ✓ Formulazione di proposte su problematiche relative Day Service terapeutico e farmaci ad alto costo
- ✓ Definizione e applicazione condivisa e omogenea di PACC (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) per le specialità mediche di Area Vasta Centro come algoritmi preordinati e comunque "aperti" e definizione modalità di accesso da DEA e da "esterno"
- ✓ Definizione e monitoraggio di indicatori specifici per i percorsi definiti per ogni specialità

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Formulare alla Regione di proposte per la revisione della rilevazione del day service nei flussi informativi	Predisposizione di Scheda dimissione Day Service"(SDDS)che possa essere inserita e conteggiata nel flussi come prestazione complessa	
Formulazione di proposte su problematiche relative Day Service terapeutico e farmaci ad alto costo	Definizione di modelli organizzativi per somministrazioni e registrazione per day service terapeutici e farmaci ad alto costo	
Definizione di dei PACC di Area Vasta Centro	Definizione minimo di un Percorso assistenziale complesso e coordinato per ogni specialità medica di AVC	

3.1.2.2. Rimodulazione Area Chirurgica e Traumatologica

Gestione delle urgenze chirurgiche ed ortopediche nei Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta Centro

Nell'area metropolitana sono individuati 3 poli AOU Careggi e S M Annunziata e Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio

In area vasta si individuano : Ospedale del Mugello (Borgo San Lorenzo), Ospedale S. Giuseppe (Empoli), S. Jacopo (Pistoia), SS Cosma e Damiano (Pescia), S. Stefano (Prato).

Verrà attuato un piano di monitoraggio articolato per rendere ottimale il processo assistenziale sotto il profilo della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza.

Potenziamento della attività chirurgica programmata, Day Surgery e chirurgia ambulatoriale, negli ospedali di riferimento zonale

Rimodulazione della attività chirurgica programmata nei presidi Serristori (Figline Valdarno), S. Maria Nuova e Palagi (Firenze).

Riorganizzazione dell'attività di protesica ortopedica

Riorganizzazione dell'attività di protesica ortopedica programmata, vengono individuati due poli dedicati, il primo nel centro protesico di Fucecchio nell'Asl Toscana Centro (che verrà potenziato fino al raddoppio della sua efficienza operativa), e il secondo presso il CTO di Careggi. Contestualmente saranno potenziate le attività delle case di cura convenzionate, con l'obiettivo di ridurre in maniera consistente le liste di attese per la chirurgia ortopedica protesica programmata. A tal proposito diventa fondamentale, a livello di Area Vasta, la gestione unitaria integrata (ASL-AOU-Case di cura convenzionate) delle liste di prenotazione.

Il Centro di Fucecchio verrà potenziato con i professionisti della equipe di tutti ospedali della Azienda Usl Toscana Centro.

Verrà attuato un piano di monitoraggio articolato per rendere ottimale il processo assistenziale sotto il profilo della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza.

Standardizzazione del percorso chirurgico preoperatorio e della preospedalizzazione negli ospedali della Area Vasta Centro

Nell'ambito della generale riorganizzazione del sistema delle cure, si ravvede la necessità di disegnare un percorso chirurgico preoperatorio comune, integrato e condiviso.

Il percorso preoperatorio trova nella sua standardizzazione, nell'accesso del paziente da esterno alle varie prestazioni ambulatoriali e diagnostiche e nella corretta informazione al paziente stesso, l'elemento essenziale per la omogeneità del percorso assistenziale e della risposta assistenziale negli ospedali dell' Area Vasta Centro.

Si ritiene necessaria una omogeneizzazione e standardizzazione del percorso pre-operatorio nei suoi aspetti di pre-ricovero e preospedalizzazione, definendo per le varie patologie un iter diagnostico essenziale ma necessario, differenziato per le modalità di accesso nel caso che l'indicazione chirurgica nasca da una problematica oncologica o per altra patologia benigna.

Obiettivi nell'Area Vasta Centro sono la definizione e applicazione omogenea di un programma definito come "di pre-ricovero", definizione diagnostica e di un percorso omogeneo di preospedalizzazione standard per gli interventi di K-colon, K-polmone, colecistectomia e protesi anca e interventi di cataratta.

OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Standardizzazione dei percorsi chirurgici negli ospedali della AV Centro	Definizione dei percorsi e degli indicatori di pre-ricovero min3 percorsi	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzo documentazione condivisa in AVC di preospedalizzazione e di pre-ricovero • Verifica campione e tramite indicatori della applicazione di un percorso condiviso per specialità negli ospedali di AVC
	Definizione dei percorsi e degli indicatori di pre-ospedalizzazione	
	Formalizzazione e Applicazione dei percorsi	

Attività chirurgica oftalmica Ospedale Serristori

Il progetto nasce dalla collaborazione tra più professionisti e due aziende sanitarie: l'Azienda USL Toscana Centro e l'Azienda USL Toscana Sud Est nell'ambito di una riqualificazione dell'Ospedale Serristori e di una gestione ottimale dei pazienti residenti in un territorio di confine. L'obiettivo è di ridurre i tempi di attesa ma anche il disagio dello spostamento dei cittadini verso altre strutture sanitarie.

Il progetto di chirurgia oftalmica del segmento anteriore ha avuto inizio nel 2016 presso l'Ospedale Serristori a Figline Valdarno con lo svolgimento di due sedute operatorie settimanali di chirurgia della cataratta e con una previsione di circa 400-500 interventi all'anno.

3.1.2.3. Rimodulazione Area Oncologica

Il sistema a rete definito dall'ITT, consolidatosi nel corso degli anni con la diffusione di un modello organizzativo comune e di procedure condivise, prevede la definizione, di concerto tra ITT e Aziende, di unità di alta competenza secondo precisi criteri (soglie di casistica, expertise di professionisti, innovazione tecnologica) verso cui indirizzare la casistica oncologica.

Per procedere ad una riorganizzazione della struttura dell'offerta, già con delibera GRT 272/2014 e delibera GRT 982/2014 sono stati forniti indirizzi alle Aziende Sanitarie per la costituzione, rispettivamente, della Rete dei Centri di Senologia e della Rete delle Unità Integrate per il tumore maligno della Prostata (UCP) all'interno della rete oncologica toscana.

Gli obiettivi della rete sono:

- ✓ garantire l'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici e degli interventi fondati sulle migliori evidenze scientifiche
- ✓ produrre e adottare procedure operative condivise
- ✓ sviluppare la ricerca
- ✓ supportare le attività di formazione rivolte ai professionisti coinvolti.

A livello Regionale sono già attive le reti dei Centri di Senologia e delle Unità di competenza per il tumore maligno della prostata (UCP); dovrà essere attivata la rete per i tumori rari e infrequenti

Obiettivo rispetto degli indirizzi regionali (Delibera GRT 982/2014 e 272/2014) come da DGR 208/2016: e 394/2016

- ✓ Formalizzazione Unità di competenza per Tumori rari ed infrequenti vasta Centro secondo i parametri previsti dalla Delibera (livello di collocazione: Area Vasta, Regionale, Inter-regionale).
- ✓ Dare attuazione alle delibere regionali in materia di percorso screening mammografico

Obiettivi specifici di Area Vasta Centro sono:

- ✓ Monitoraggio e strutturazione delle Breast Unit e della Prostate Cancer Unit
- ✓ Concentrazione chirurgia oncologica dei tumori rari e infrequenti secondo quanto previsto dagli standard dalle delibera regionale 394/2016 , in una unica sede di area Vasta , nella Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi. Definizione di percorsi professionali per interscambio professionale fra le Unità di Competenza e le Unità Associate
- ✓ Omogeneizzazione dei percorsi oncologici relativi ai cinque big killer con priorità in questa prima fase al tumore del polmone e al tumore del colon-retto (vedi progetti specifici di area vasta su K-colon e K-polmone e progetto preospedalizzazione e pre-ricovero chirurgico) e sviluppo indicatori unitari di processo
- ✓ Ridefinizione dei GOM (Gruppi Oncologici Multidisciplinari) da delib n 115 del 20.02.06, in termini di composizione, funzioni e procedure operative, alla luce dei nuovi assetti dipartimentali in ambito aziendale e interaziendale
- ✓ Dare attuazione alle delibere regionali in materia di percorso screening mammografico
- ✓ Definizione omogenea e allineamento dei criteri di utilizzo dei setting di assistenza in oncologia (Day Hospital, Ambulatori, Day Service, Degenza Ordinaria) in termini di appropriatezza organizzativa.

3.1.3. La rete ospedaliera dell'Area Vasta Centro : la programmazione di Area Vasta Centro e la riorganizzazione della rete ospedaliera attraverso il rapporto di integrazione con il territorio e il sistema di emergenza urgenza

La legge di riforma del sistema sanitario toscano n°84 del 2015 ha come elemento centrale e strategico la Programmazione di Area Vasta attraverso Il Piano Operativo di Area Vasta ,come strumento di governo e realizzazione delle linee strategiche della programmazione regionale.

L'Area Vasta centro è una delle tre macro aggregazioni regionali che comprende le ex Usl di Empoli, Firenze, Prato, Pistoia, l'AOU di Careggi.

Si tratta di una area territoriale con una superficie di Km² 5049,42 e una densità di popolazione pari a 335 abitanti/km²

La rete degli ospedali in questo territorio è molto articolata e ben strutturata sia sotto il profilo del rapporto con le strutture del privato accreditato che tra i diversi nodi della rete pubblica .

La riorganizzazione della rete ospedaliera, della rete dell'Emergenza-Urgenza, e della continuità ospedale territorio è un processo continuo e progressivo che è iniziato con la Delibera GRT 1235/2012 , ed è stato consolidato con il Piano Socio Sanitario Integrato 2012-2015 e si concluderà entro l'anno 2016 con l'applicazione delle soglie specialistiche alle funzioni specialistiche e in coerenza con il DM 70/2015.

Il processo di riorganizzazione del sistema sanitario toscano che ha ridotto le Unità Locali da 12 a 3 ,che è di fatto operativo dal 1/03/2016 costituisce un potente strumento di ulteriore razionalizzazione della rete ospedaliera, che passando dal livello provinciale a quello di area vasta ,favorirà ulteriori economie di scala conseguenti a concentrazioni di casistica . Si tratta di un processo complesso ed integrato che coinvolge la USL Centro e l'AOU Careggi

Di fatti in questa fase abbiamo completando la ricognizione delle modalità organizzative professionali in cui sono organizzate e dei percorsi di presa in carico nella fase di acuzie e post acuzie nelle ex Asl e attraverso le attività dei gruppi di lavoro multi-professionali ed interdisciplinari dei Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta ,con l'obiettivo di standardizzare ,omogeneizzare (secondo i criteri di appropriatezza, qualità, sicurezza e di equità) i percorsi dei pazienti con evidenti ricadute sul versante della efficacia e della efficienza (si stima di recuperare nel lungo periodo un abbattimento dei costi sanitari del 20% evitando duplicazione e soprattutto annullando la estrema variabilità che persiste in un sistema anche a ottimi livelli come è quello toscano)

La rete dei presidi ospedaliera dell'Area Vasta Centro è costituita da 15 Presidi Pubblici (Tabella 1), e 14 presidi del privato accreditato e dalla Fondazione Don Carlo Gnocchi-Onlus (così come riportato nella Tabella 2).

Nel territorio della Area Vasta Centro si trova anche l' Azienda Ospedaliera Universitaria Pediatrica Meyer Firenze, Ospedale pediatrico di riferimento Regionale .

Tabella 1 - Rete Ospedaliera Area Vasta Centro Regione Toscana

Firenze	Ospedale S.Maria Nuova Firenze Stabilimento Palagi , IOT, Firenze	Azienda Sanitaria Toscana Centro	
	Ospedale S.Giovanni di Dio, Firenze		
	Ospedale S. Maria Annunziata Bagno a Ripoli , Firenze Stabilimento Serristori Figline		
	Ospedale del Mugello, Borgo S. Lorenzo		
Prato	Ospedale S Stefano Prato		
Pistoia	Ospedale S. Iacopo Pistoia Stabilimento Pacini, S. Marcello, Pistoia		
	Ospedale Cosma e Damiano ,Pescia		
	Ospedale S Giuseppe Empoli Stabilimento Ospedale Infermi San Miniato EMPOLI Stabilimento Ospedale Pietro Igneo Fucecchio EMPOLI		
Firenze	Ospedale Careggi		Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze
Firenze	Ospedale Meyer		Azienda Ospedaliera Universitaria Pediatrica Meyer, Firenze

Tabella 2 - Strutture privato-accreditato Area Vasta Centro

Zona Fiorentina Sud Est	Villa delle Terme Spa -Impruneta	Pl:140 di cui 52 riab. e 88 di lungo degenza	
	Casa di Cura Val di Sieve	Pl 83 di cui 15 riabilit.e 8 di lungo degenza	
	Casa di cura Frate sole	Pl 80 di cui 20 riab. e 15 lun.degen.	
	Villa Maria Beatrice *	PL 32	
Zona Firenze	Villa dei Pini Srl	PL 75	
	Casa di cura Ulivella e Glicini	PL 244 ;di cui 90 riab.e 20 lungo degenza	
	Casa di cura Villa Maria Teresa	Pl 41 di cui 17 lungo degenza	
	Istituto reumatologico Munari SPA	Pl 32 di cui 32 riabilitazione	
	Villa delle terme Spa	Pl 90 di cui 17 Riab.e 52 lungo degenza	
	Life Cronos –Villa delle Rose	Pl 6	
	Fondazione Don Gnocchi	95 riabilitazione	
	Istituto ortopedico Toscano	PL 21	
	Zona Firenze Nord Ovest **	Centro oncologico fiorentino(?)	150 di cui 30 riabilitazione
	Prato	Casa di cura Villa Fiorita	80 PL
	Pistoia Zona val di nievole	Casa di cura S.Rita	32 Pl
Empoli Zona empoiese	Casa di cura S.Leonardo	80 PL	

*Attività di cardiocirurgia in dismissione

** Il Centro oncologico fiorentino è in via di chiusura e si è in attesa di definirne la destinazione

Il privato accreditato è inserito pienamente nell'ambito del governo dell'offerta a livello di area vasta ed è organico ai percorsi incentrate sulle strutture della filiera ospedaliera della USL Centro. L'espressione di questo processo di integrazione è rappresentato dai recenti accordi sottoscritti tra Usl Centro e la struttura di Villa Fiorita a Prato ,per delle sinergie di Fast-Track con la Medicina d'urgenza dell'Ospedale di Prato e la convezione con Villa santa Rita della Zona Valdinievole che si integra con l'offerta di zona soprattutto per le attività programmate .

Alla luce della riorganizzazione della legge Regionale di riforma e della analisi della produzione e della capacità di risposta al fabbisogno (Vedi allegati B,C) e dal confronto con gli standard e performance e indicatori di esito regionali e nazionali previsti dalle normative si è ridefinita la configurazione della rete ospedaliera e delle funzioni e delle specialità presenti nei presidi Ospedalieri.

Tale riconfigurazione già iniziata sarà definitivamente portata a termine nel corso del 2017

La rete ospedaliera è costituita, otto ospedali , cinque stabilimenti ospedalieri e due ospedali di II livello (di cui uno è l'Azienda ospedaliera pediatrica Meyer di riferimento Regionale) (Tabella 1)

Per quanto riguarda gli stabilimenti ospedalieri dei presidi ospedalieri:

- due stabilimenti sono classificati ospedali di prossimità con attività di primo soccorso, in collegamento funzionale con il presidio ospedaliero di cui sono stabilimento, e con attività programmata e ambulatoriale:

- Ospedale Serristori di Figline Valdarno, stabilimento del P.O. Santissima Annunziata di Bagno a Ripoli Firenze,
- Ospedale Pacini di San Marcello Pistoiese, stabilimento ospedaliero del P.O. San Jacopo di Pistoia;
- tre sono stabilimenti ospedalieri ad attività programmata:
 - Piero Palagi Firenze, stabilimento del P.O. Santa Maria Nuova di Firenze, attività programmata diurna multidisciplinare;
 - San Pietro Igneo Fucecchio, stabilimento del P.O. San Giuseppe di Empoli, attività programmata e focus hospital (centro ortopedico protesico);
 - Ospedale degli Infermi di San Miniato, stabilimento ospedaliero del P.O. San Giuseppe di Empoli, attività programmata e focus hospital per nefrologia/dialisi e riabilitazione (cod. 56).

Nell'Allegato F sono riportate le schede di ogni presidio ospedaliero dell'Area Vasta Centro con le attività/specialità previste nei presidi Ospedalieri della rete di Area vasta Centro. Tale configurazione troverà piena realizzazione nel corso del 2017.

3.1.3.1. Sistema dell'emergenza urgenza : territoriale e ospedaliera

Emergenza –Urgenza territoriale

Si tratta di un settore sottoposto a un cambiamento radicale ,per renderlo più efficiente ed efficace sotto il profilo della tempestività di accesso e sulla omogeneità su tutto il territorio regionale. Un processo che è iniziato con DGRT 1235 del 28/12/2012 e con le linee di Indirizzo contenute nell'allegato B) per il settore dell'Emergenza Urgenza e con il rispetto delle indicazioni del Decreto Balduzzi 70/2015

Il processo di riorganizzazione di questo settore ,in coerenza con gli standard previsti, si articola lungo due direttrici :

- 1) Le Centrali Operative del 118
- 2) Rete territoriale di soccorso

Centrali Operative 118

Questa azione di riorganizzazione della rete delle centrali operative del 118 di Area Vasta Centro è stata completata nell'anno 2015 con il passaggio da quattro Centrali Operative (Prato, Pistoia, Empoli, Firenze) a due Centrali Operative Uniche :1) (Firenze –Prato) e 2)(Pistoia-Empoli) all'interno di tali centrali viene gestito anche il sistema dei trasporti secondari e trasporti ordinari con linee e funzioni dedicate ,rispetto all'emergenza-urgenza, e con il contributo determinante dei mezzi e dell'articolazione territoriale delle Associazioni di volontariato.

In Area Vasta Centro nel corso dell'anno 2015 è stato completato il percorso di riorganizzazione passando da 4 Centrali Operative 118 alle attuali 2 (localizzate a Firenze - dove è presente anche la Centrale Unica Regionale per l'Elisoccorso e Pistoia - dove è presente anche la Centrale Unica Regionale per le Maxiemergenze), su un bacino di utenza di oltre 1.500.000 abitanti, per cui vi è coerenza con quanto previsto dal DM 70.

Rete Territoriale di Soccorso

Allo stato attuale sono attivati Gruppi di lavoro di Area Vasta ,con un coordinamento a livello regionale, che hanno concluso una rilevazione dei modelli organizzativi esistenti (nelle ex Asl Territoriali)che presentano una grande variabilità per quanto riguarda le tipologie dei servizi disponibili :numero auto medicalizzate, ambulanze di primo soccorso ,ambulanze con medico a bordo, ambulanze con infermiere a bordo .Questo assetto organizzativo è caratterizzato da una estrema variabilità anche sulla composizione dei costi :

- costo medio risorse medicalizzate per intervento :si va da un minimo di 366,89 euro a un massimo di 495,00 euro;
- costo medio risorse infermieristiche realizzate per intervento : si va da un minimo di 67 euro a un massimo di 157 euro

Quindi è obiettivo strategico la realizzazione di una rete emergenza territoriale omogenea, prima a livello di Area Vasta e poi a Livello Regionale entro il 31 Dicembre 2017.

I criteri utilizzati per questa riorganizzazione sono il frutto del combinato disposto dalla delibera della Giunta Regionale 1235/2012 e dagli standard fissati dal DM 70/2015

- 1 PET (Punto Emergenza Territoriale) o mezzo di soccorso avanzato ogni 60 .000 abitanti / copertura territoriale non superiore a 350/KMQ pesato per le particolarità di accesso a territori disagiati(dm 70/2015)
- Implementazione su tutta l'Area Vasta Centro dell'ambulanza con medico a bordo con il modello di auto medica ,soprattutto nei PET ad elevata operatività
- Implementazione del modello ambulanza con infermiere a bordo in sostituzione dei PET Medicalizzati
- Riduzione dei PET medicalizzati soprattutto nelle aree di confine dove esistono sovrapposizioni sia dentro l'Area Vasta Centro (confine Prato-Pistoia e confine Prato –Firenze) e sia tra le Aree Vaste .
- Riqualificazione del Volontariato attraverso la formazione BLS/D dei soccorritori, per realizzare una rete di Ambulanze di primo soccorso tutte in grado di garantire la defibrillazione semiautomatica se indicata.

Postazioni Territoriali PET

La situazione attuale vede, in Area Vasta Centro, una rete di mezzi con personale sanitario a bordo così costituita:

- Automediche (operatività H/24): 16
- Ambulanze con Medico a bordo (operatività H/24): 17
- Ambulanze con Medico a bordo (operatività H/12): 3
- Ambulanze con Medico a bordo (operatività stagionale diurna): 1
- Ambulanze con Infermiere a bordo (operatività H/24): 7
- Ambulanze con Infermiere a bordo (operatività H/12): 4

E' in corso una revisione dell'assetto territoriale dei punti di emergenza sia a livello regionale che di Area Vasta che porterà ad un adeguamento agli standard previsti dal DM/70.

Elisoccorso Regionale

Il sistema della gestione dell'Elisoccorso è unico a livello regionale e allocato presso la Centrale Operativa Unica di Firenze-Prato, che coordina con protocolli standard ,in volo notturno e diurno. I mezzi dislocati a Massa, Grosseto e Firenze. Nell'Area Vasta Centro è presente una Base Operativa di Elisoccorso, localizzata presso il Presidio Ospedaliero Santa Maria Annunziata con operatività solo diurna. Nella stessa Area Vasta sono presenti Elisuperfici catalogate come Destinazioni Sanitarie (attività anche notturna) ed altre a servizio di Strutture Sanitarie (alcune con attività anche notturna). Inoltre sono state individuate un congruo numero di Elisuperfici a servizio di comunità isolate e di Siti per il Servizio Medico in Elicottero di Emergenza (c.d. HEMS). Pertanto il servizio è in linea con gli standard del DM/70.

Rete ospedaliera emergenza urgenza Area Vasta Centro Regione Toscana

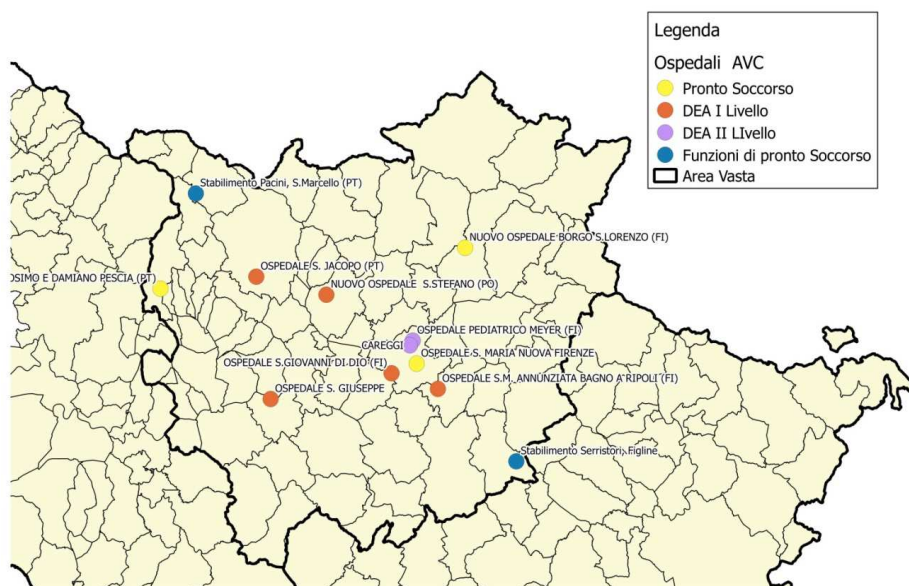
Per quanto riguarda la rete della emergenza urgenza nella rete ospedaliera della Area vasta centro si articola secondo quanto previsto dal DM 70 in quattro livelli:

- 3 Unità pronto Soccorso, presso gli ospedali di base
- 5 DEA I livello, presso i presidi ospedalieri di I Livello
- 2 Dea di 2 livello di cui uno pediatrico di riferimento regionale
- 2 Stabilimenti ospedalieri di prossimità sede di funzioni di pronto soccorso

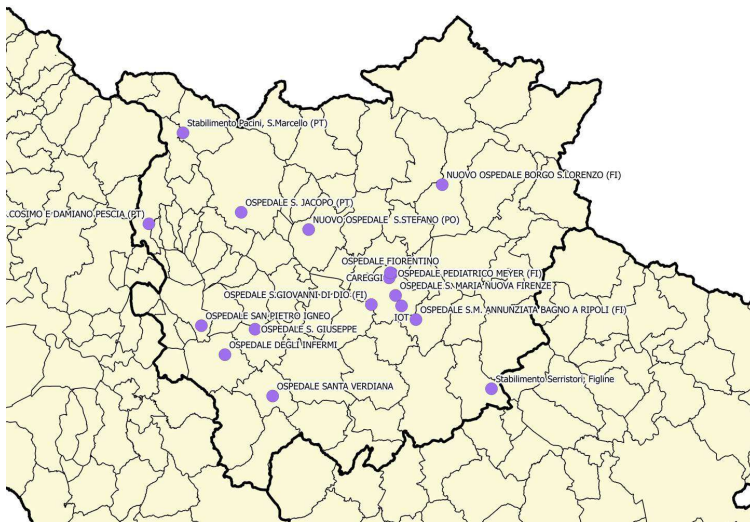
Tabella 3 – Rete ospedaliera emergenza urgenza Area Vasta Centro

Ospedale S. Maria Nuova Firenze	Pronto soccorso
Ospedale del Mugello, Borgo S. Lorenzo	Pronto soccorso
Ospedale Cosma e Damiano ,Pescia	Pronto soccorso
Ospedale S. Maria Annunziata Bagno a Ripoli , Firenze	DEA I Livello
Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze	DEA I Livello
Ospedale S Stefano Prato	DEA I Livello
Ospedale S. Iacopo Pistoia	DEA I Livello
Ospedale S Giuseppe Empoli	DEA I Livello
Ospedale Careggi Azienda Ospedaliera Universitaria Firenze	DEA II Livello
Ospedale Pediatrico Meyer Azienda Ospedaliera Universitaria	DEA II Livello

Stabilimento Serristori Figline	Funzioni di Pronto Soccorso
Stabilimento Pacini, S. Marcello, Pistoia	Funzioni di Pronto Soccorso



3.1.3.2. Il funzionamento in rete degli ospedali in AVC



La rete ospedaliera dell'Azienda USL Toscana Centro si sviluppa dalla città di Firenze, lungo la dorsale di Prato-Pistoia-Pescia servita dalla rete autostradale (A 11) e lungo la dorsale del medio e basso Valdarno (Empoli) servita dalla superstrada FI-PI-LI.

Relativamente alla città di Firenze, gli ospedali sono così dislocati:

- l'ospedale San Giovanni di Dio è situato nella zona SUD-OVEST, vicino agli svincoli della autostrada A1 e della autostrada Fi-Pi-LI;
- l'ospedale Santissima Annunziata di Bagno a Ripoli Firenze è situato nella zona SUD-EST vicino allo svincolo dell'autostrada A1;
- il policlinico di Careggi, è situato nella parte NORD di Firenze ed è relativamente vicino agli svincoli autostradali della A 1 e A 11;
- l'ospedale Santa Maria Nuova è invece collocato nel centro storico di Firenze.

L'ospedale di Borgo San Lorenzo, a nord della città di Firenze, è relativamente vicino allo svincolo autostradale della Autostrada A 1 con cui si possono facilmente raggiungere gli altri ospedali.

La recente riorganizzazione, e riagggregazione, delle Aziende USL Toscane ha posto le basi per una maggiore integrazione dei servizi sanitari presenti nei vari ospedali. Nella azienda USL Toscana Centro si stanno delineando strategie e sinergie per integrare in rete i vari ospedali.

Verranno condivisi alcuni servizi strategici quali il Laboratorio e l'Anatomia Patologica che saranno centralizzati su alcuni presidi; anche il sistema trasfusionale aziendale subirà una riorganizzazione delle attività con la creazione dell'officina centralizzata del sangue.

Le Radiodiagnostiche, tramite il sistema Ris-Pacs, sono già tutte collegate in rete e ciò permette la trasmissione delle immagini in rete ed il teleconsulto.

Verranno inoltre riorganizzate le attività cliniche sia ambulatoriali che di ricovero in modo tale da integrare maggiormente i servizi ed i professionisti all'interno della rete ospedaliera evitando sia le ridondanze che le carenze attualmente presenti nelle varie discipline.

Gli Ospedali di 1^ livello sono:

✓ Ospedale Santo Stefano di Prato
Bacino di utenza 253.000 abitanti; 93.160 accessi al P.S. e 2.591 parti (anno 2014)
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 25 Km con tempo di percorrenza di 33 minuti.

✓ Ospedale San Giuseppe di Empoli
Bacino di utenza 242.626 abitanti; 66.478 accessi al P.S. e con 1.545 parti (anno 2014)
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 39 Km con tempo di percorrenza di 42 minuti.

✓ Ospedale San Jacopo di Pistoia
Bacino di utenza 171.883 abitanti; 62.582 accessi al P.S. e con 1.171 parti (anno 2014)
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 34 Km con tempo di percorrenza di 33 minuti.

✓ Ospedale Santissima Annunziata di Bagno a Ripoli Firenze
Bacino di utenza 200.000 abitanti circa; 37.384 accessi al P.S. e con 1302 parti (anno 2014).
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 16 Km con tempo di percorrenza di 34 minuti.

✓ Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze
Bacino di utenza 200.000 abitanti circa; 44.007 accessi al P.S. e con 1861 parti (anno 2014).
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 8,7 Km con tempo di percorrenza di 26 minuti.

Gli Ospedali di base sono:

✓ Ospedale di Pescia
Bacino di utenza 120.626 abitanti; 41.569 accessi al P.S. e con 869 parti (anno 2014)
Distanza dal P.O. di Pistoia 30 Km con tempo di percorrenza di 31 minuti.
Distanza dal P.O. di Lucca 19 Km con tempo di percorrenza di 35 minuti.

✓ Ospedale del Mugello di Borgo San Lorenzo
Bacino di utenza 67.000 abitanti; 20.719 accessi al P.S. e con 470 parti (anno 2014)
Distanza dal P.O. di Firenze San Giovanni di Dio 51 Km con tempo di percorrenza di 49 minuti.

Distanza dal P.O. di Firenze Bagno a Ripoli 60 Km con tempo di percorrenza di 51 minuti.
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 31 Km con tempo di percorrenza di 38 minuti.

✓ Ospedale Santa Maria Nuova Firenze
Ospedale situato nel centro storico di Firenze con un bacino di utenza di circa 80.000 abitanti e 35.141 accessi al P.S. (anno 2014).
Distanza dal P.O. di Firenze Bagno a Ripoli 8,9 Km con tempo di percorrenza di 23 minuti Distanza dal P.O. di Firenze San Giovanni di Dio 13 Km con tempo di percorrenza di 33 minuti.
Distanza dal Policlinico di Careggi (DEA di 2^ livello) 11 Km con tempo di percorrenza di 28 minuti.

Gli stabilimenti ospedalieri di prossimità

Per quanto riguarda gli stabilimenti ospedalieri di prossimità, come previsto dal Piano Sanitario e Sociale Integrato Regione Toscana 2012 – 2015, punto 2.3.3.1., tale tipologia di ospedale:

- Assicura gli accessi diretti dal territorio per le patologie mediche
- Garantisce l'intervento sulla riacutizzazione delle patologie croniche (medicina generale)
- Valorizza la continuità tra ospedale e territorio, anche attraverso il nuovo ruolo della medicina convenzionata
- Garantisce le cure intermedie
- Costituisce un punto di riferimento sul territorio delle cure primarie integrate con una ampia offerta di ambulatori specialistici in rete che garantisca la presa in carico globale
- Garantisce al proprio interno la risposta all'emergenza urgenza tramite un Punto per l'Emergenza Territoriale (PET) e l'integrazione con i medici ospedalieri
- Garantisce un efficace sistema di trasferimento in urgenza dei casi clinici più complessi attraverso la rete dell'Emergenza Urgenza territoriale con particolare riferimento all'elisoccorso (anche con piazzole attrezzate per il volo notturno)
- Può assicurare il trattamento chirurgico in regime di elezione (Day Surgery, One-day surgery e chirurgia ambulatoriale) in accordo con la pianificazione di area vasta
- Costituisce un modello di "ospedale di formazione per la continuità" per il personale in formazione
- Assicura le prestazioni laboratoristiche tramite POCT e la diagnostica radiologica tradizionale attraverso anche la teleriferazione
- Utilizza anche le modalità assicurate dalla telemedicina

Tali strutture mantengono una funzione di pronto soccorso organizzata sulle 24 ore, presidiato dal sistema 118 ed in grado di assicurare le risposte sanitarie a problematiche di emergenza urgenza in collegamento operativo funzionale e in rete con gli ospedali sede di pronto soccorso e /o DEA.

I due Ospedali di prossimità della Azienda Toscana Centro sono:

Stabilimento ospedaliero Pacini di San Marcello Pistoiese, afferente al P.O. San Jacopo di Pistoia

Bacino di utenza 10.512 abitanti. Comuni: San Marcello, Piteglio, Abetone e Cutigliano
Distanza dal P.O. di Pistoia 31 Km con tempo di percorrenza di 41 minuti.

Il Presidio Integrato Ospedaliero Territoriale di San Marcello si connota come un Presidio ospedaliero e distrettuale con attività fortemente integrate e con la garanzia dell'intervento in emergenza-urgenza.

Nella Struttura, sono presenti i servizi sanitari per il territorio della Montagna Pistoiese, cui il Presidio Integrato Ospedale Territorio assicura un'assistenza adeguata agli utenti con patologie trattabili secondo il livello di dotazione tecnologica e professionale presente.

Nel suo contesto sono presenti:

- aree di degenza (area medica con 23 p.l., di integrazione ospedale territorio e di cure intermedie);
- ed aree dei servizi diurni (Day Hospital, Ambulatorio Complesso, osservazione breve, ambulatori ecc.).

Il Punto di Primo Soccorso collocato all'interno del P.I.O.T., in quanto parte integrante del sistema regionale dell'emergenza-urgenza, risponde attraverso gli interventi diagnostico- terapeutici idonei, il primo accertamento diagnostico-clinico, strumentale, di laboratorio e, in generale, gli interventi necessari alla stabilizzazione del paziente.

Sono presenti i seguenti servizi sanitari:

- Dialisi con 3 p.l. di CAL;
- Radiodiagnostica con Radiologia tradizionale, Ecografia e TAC;
- Endoscopia Digestiva;
- Sala gessi
- Centro Raccolta Sangue
- Riabilitazione

oltre agli ambulatori afferenti alle discipline mediche e chirurgiche.

Stabilimento ospedaliero Serristori di Figline Valdarno, afferente al P.O. Santissima Annunziata di Bagno a Ripoli Firenze

Bacino di utenza 40.000 abitanti

Distanza dal P.O. Santissima Annunziata di Bagno a Ripoli 30 Km, percorrenza 32 minuti; distanza dal P.O. di Santa Maria della Gruccia di Montevarchi (AR) 12 km, percorrenza 18 min

Lo Stabilimento Ospedaliero Serristori si connota come una struttura Sanitaria ospedaliera con attività fortemente integrate con il territorio.

Nel suo contesto sono presenti:

- Il Pronto Soccorso (con 15.055 accessi nell'anno 2014);
- aree di degenza sia medica con 43 p.l. ordinari, che chirurgica con 15 p.l. di week surgery ;
- ed aree dei servizi diurni (Chirurgia ambulatoriale oculistica, Day Hospital, Day Service medico, sala gessi, ambulatori ecc.).

Sono presenti i seguenti servizi sanitari:

- Radiodiagnostica con Radiologia tradizionale, Ecografia e TAC;
- Endoscopia Digestiva;
- Sala gessi
- Centro Raccolta Sangue

oltre agli ambulatori afferenti alle discipline mediche e chirurgiche.

Gli Ospedali di 2° Livello:

Gli Ospedali di 2° livello, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi e Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di riferimento Regionale sono collocati nella città di Firenze.

Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Introduzione

Nell'ultimo biennio l'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi ha inteso garantire la propria partecipazione ad un più ampio ventaglio di reti e relazioni che sono andate a definire alcune sue importanti specificità quali:

- la sua capacità di erogare prestazioni di alta e altissima complessità ponendola come riferimento per un livello più ampio dell'Area Vasta. Il livello regionale e quello nazionale, anche attraverso il riconoscimento e l'attività dei Centri di Riferimento in essa presenti, costituiscono gli ambiti di relazione più idonei a sviluppare questa funzione;
- essere nodo rilevante della rete dell'offerta ospedaliera, promuovendo e favorendo la partecipazione a reti di patologia, funzionali anche allo sviluppo della continuità ospedale-territorio, coerentemente con i principi della programmazione di Area Vasta e Regionale;
- la sua capacità di integrare l'attività assistenziale con la ricerca e la didattica favorendo e promuovendo la partecipazione di tutte le strutture e di tutti i professionisti a network, nazionali e internazionali, di ricerca ed innovazione.
- lo sviluppo di capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona, anche mediante standard organizzativi definiti secondo il modello di *Clinical Governance*.
- la capacità di percepire il cambiamento e, conseguentemente, attivare le più opportune sinergie, pubbliche e private, per trasformare ed innovare i processi;
- la continuità dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, ricercando la massima collaborazione e integrazione con la medicina generale e con le strutture territoriali.

In questa logica di sviluppo è stato approvato il nuovo Atto Aziendale che rappresenta lo strumento istituzionale attraverso il quale affermare le scelte di politica sanitaria pianificate dalla Direzione (provvedimento D.G. n° 547/2014).

Esso individua e mantiene, quali elementi stabili dell'agire aziendale e della sua *mission*, i seguenti:

- perseguire l'innovazione in sanità, quale processo di creazione di nuovi strumenti organizzativi, tecnologici, produttivi, o la modificazione di quelli già esistenti, in grado di garantire un'appropriata risposta alla crescente domanda di salute e di benessere dei cittadini.
- affermare la ricerca, sia essa di base che applicata, quale indispensabile strumento di sviluppo della conoscenza scientifica;
- sostenere funzioni organizzativamente "evolute", strumentali a quelle prettamente assistenziali, quali la gestione delle biobanche, intese come strutture finalizzate alla raccolta e alla conservazione di materiale biologico umano, utilizzato per diagnosi, per studi sulla biodiversità e per la ricerca in campo farmaceutico
- implementare modelli organizzativi in grado di affermare i principi della medicina personalizzata, quale modalità terapeutica innovativa che rende possibile, anche attraverso l'analisi farmacogenomica, la personalizzazione della strategia terapeutica;
- potenziare la medicina di genere quale ambito della pratica assistenziale che applica, alla medicina, il concetto di "diversità tra generi" per garantire a tutti, uomini o donne, il migliore trattamento auspicabile in funzione delle specificità di genere.

- dare risposta appropriata, nel percorso assistenziale, al fabbisogno di conoscenze e competenze relative ai diversi obiettivi formativi della Scuola di Scienze della Salute Umana e sviluppare adeguati percorsi formativi costruiti sulla centralità del soggetto in formazione;
- sviluppare e valorizzare l'offerta formativa per il proprio personale, dipendente e convenzionato, e per altri soggetti anche esterni all'A.O.U.C. con particolare riguardo al programma di Educazione Continua in Medicina (E.C.M.) ed alla simulazione.
- ricercare l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni, nel rispetto dei principi universalistici dell'assistenza e nel rispetto del principio di equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie;
- operare in un'ottica di percorso, attraverso la partecipazione alle reti di Area Metropolitana, di Area Vasta e Regionali, ponendosi come riferimento per le diverse reti di patologia che emergono dal contesto di riferimento;
- perseguire, nel modo più efficace, l'assenza di dolore nelle fasi di cura a tutela della qualità della vita e della dignità della persona.
- favorire un rapporto con i cittadini improntato alla trasparenza ed al rispetto della tutela della riservatezza delle informazioni sui dati personali.
- dare rilievo e potenziare i processi di comunicazione verso i cittadini, i soggetti in formazione e gli operatori, al fine di accrescere la condivisione dei valori etici e degli obiettivi aziendali attivando anche percorsi organizzativi sperimentali col mondo dei media
- diffondere tra i propri utenti, l'informazione, anche di natura bioetica, al fine di favorirne l'autonomia decisionale.
- valorizzare il ruolo di tutti i professionisti nel governo clinico dell'azienda.
- promuovere, come momento essenziale della programmazione aziendale, il confronto con gli enti locali, le organizzazioni sindacali del S.S.R. e dell'Università, le associazioni di tutela dei cittadini e degli utenti, le associazioni del volontariato.

L'Azienda ha quindi introdotto al suo interno importanti elementi di innovazione organizzativa rappresentati, in particolare, dalla Direzione Operativa, dalle UNIT e dai Centri di ricerca ed innovazione.

La DIREZIONE OPERATIVA quale espressione di attività direzionali, ha assunto, nel corso del biennio, la responsabilità della corretta allocazione delle risorse infrastrutturali necessarie alle attività clinico-assistenziali svolte dai Dipartimenti ed il monitoraggio costante del loro efficiente utilizzo. La struttura opera in perfetta integrazione ed in collaborazione con i Dipartimenti, le ADO e le SOD, a cui vengono assegnate funzionalmente le risorse, e con le strutture del Dipartimento delle professioni sanitarie deputate alla gestione organizzativa delle risorse di volta in volta assegnate in base alla pianificazione della Direzione Operativa.

La UNIT è definita come una entità funzionale multidisciplinare che, partendo da risorse già disponibili e in afferenza al DAI prevalente, riunisce e coordina le competenze di diversi specialisti coinvolti nella gestione di uno specifico percorso assistenziale complesso.

Esse afferiscono al DAI nel quale si attua in prevalenza l'attività alla quale sono dedicate e sono costituite da professionisti afferenti a SOD/DAI diversi, organizzati in equipe multidisciplinari, che condividono protocolli diagnostico-terapeutici e linee guida all'avanguardia ed aggiornate, basate sul bisogno assistenziale del paziente. Le UNIT sono un modello di attività caratterizzato da una elevata specializzazione e da forte connotazione tecnico-professionale non altrimenti rinvenibile in una SOD, alla quale non si sostituiscono ma della quale surrogano le competenze richieste a diversi ambiti disciplinari. Esse assorbono pertanto fattori produttivi di quelle SOD al cui interno si sviluppa, pro quota parte, il percorso assistenziale.

Sono operative in Azienda le seguenti Unit:

- BREAST UNIT

- CHIRURGIA BREVE UNIT
- PROSTATE CANCER UNIT
- SCLERODERMA UNIT
- PANCREAS UNIT
- CHIRURGIA ENDOCRINA UNIT
- ECMO UNIT
- PIEDE DIABETICO UNIT
- FONIATRIA UNIT
- EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE UNIT
- NEUROSONOLOGIA UNIT
- PELVIPERINEOLOGY UNIT

I CENTRI DI RICERCA sono costituiti, con il vincolo delle risorse disponibili, per valorizzare prevalenti attività di ricerca clinica, anche attivando idonei collegamenti (c.d. “reti”) con altre strutture di ricerca e di assistenza interne o esterne all’Azienda, con l’Università e con il settore industriale. Essi sono caratterizzati dalla capacità di trasferire alla pratica assistenziale e organizzativa, nel rispetto della finalità pubblica, i risultati della ricerca traslazionale più innovativa in ambito biomedico e costituiscono un riferimento scientifico ed assistenziale per le strutture del servizio sanitario e per gli stakeholders ed offrono una elevata capacità di attrazione di finanziamenti pubblici e privati, anche attraverso la partecipazione a progetti finalizzati di livello regionale, nazionale o internazionale.

I CENTRI DI INNOVAZIONE valorizzano la capacità dell’Azienda di creare innovazione tecnologico-organizzativa e di sperimentazione gestionale attivando idonei collegamenti (c.d. “reti”) con altre strutture di innovazione e di assistenza interne o esterne all’Azienda, con l’Università e con il settore industriale. Essi si caratterizzano per la capacità di elaborare, nel vincolo delle risorse disponibili, soluzioni finalizzate all’introduzione dell’efficienza e della qualità nei servizi sanitari ed offrire strumenti utili per l’esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione, verifica e controllo dei diversi livelli di governo e per il loro ruolo mostrano una elevata capacità di attrazione di finanziamenti pubblici e privati e partecipano a progetti finalizzati a livello regionale, nazionale o internazionale.

Attualmente sono stati attivati i seguenti Centri di Ricerca ed Innovazione:

- BIO THERAPIC INSIDE: Centro di biotecnologie e bioingegneria nella terapia riparativa e rigenerativa
- CISMEG: Centro sulla medicina di genere
- CIFOS: Centro formazione in simulazione con particolare riferimento alla robotica
- CRIMM: Centro malattie mieloproliferative
- CELEM: Centro lesioni midollari

La generale revisione dell’assetto organizzativo ha comportato una semplificazione delle strutture organizzative nel suo complesso. Un primo effetto è reso evidente dalla riduzione del numero dei Dipartimenti D.A.I. passati ad 8 dagli originari 13: riduzione che non è stata effetto di un mero accorpamento, ma frutto di una scelta attenta, finalizzata a rivedere le modalità di funzionamento, gli orientamenti e l’offerta di molte strutture aziendali.

A supporto di questo percorso, assume un valore particolare anche la scelta di ridenominare molte strutture organizzative dipartimentali (SOD): non si è trattato, anche in questo caso, di un fatto “neutro” rispetto agli obiettivi generali dell’Azienda, ma anzi ha rappresentato in maniera evidente una strategia di governo: il nuovo Atto Aziendale va infatti nella direzione di specializzare le competenze, orientando le professionalità verso i nuovi obiettivi assistenziali e organizzativi.

Parallelamente l'Azienda ha rivisto anche l'assetto direzionale semplificando l'organigramma e cercando di valorizzare il ruolo delle strutture del "macroassetto", riempiendole di contenuti e dando compiuta attuazione a riflessioni organizzative che, sebbene in atto da tempo, faticavano a trovare una loro dimensione operativa.

La rivisitazione dell'organigramma è stata funzionale alla ridefinizione del modello produttivo. Il percorso tracciato in questo ambito non è stato semplicemente la ricerca di una nuova architettura funzionale nell'ottica di uso maggiormente efficace ed appropriato di tutte le risorse disponibili, ma soprattutto la scelta di potenziare gli strumenti di governo clinico, integrato attraverso l'organizzazione a rete delle funzioni, con un maggior coinvolgimento della Direzione nel governo dei principali *asset*, rafforzando alcune piattaforme gestionali significative e sotto la responsabilità di funzioni centrali.

Compito dell'Atto Aziendale approvato nel 2014 è stato quindi non solo quello di dare conto delle scelte dell'immediato, ma anche di definire una *vision* capace di indirizzare lo sviluppo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria negli anni; questa prospettiva ha richiesto di concepire l'Atto quale *work in progress* dove la tendenziale staticità di un'organizzazione produttiva complessa si concilia con la quotidiana necessità di rivalutare situazioni e percorsi funzionalmente alle esigenze dell'utenza ed alle risorse disponibili.

Per caratterizzare questa prospettiva strategica sono apparse necessarie alcune scelte organizzative quali:

- Favorire lo sviluppo dell'innovazione: essa rappresenta uno strumento essenziale per il consolidamento di un sistema sanitario di qualità e in grado di rispondere alle esigenze della popolazione. I diversi aspetti dell'innovazione tecnologica, organizzativa e delle sperimentazioni gestionali sono stati posti al centro della nuova organizzazione, al fine di proporre soluzioni per il miglioramento dell'efficienza e della qualità dei servizi sanitari e offrire strumenti utili per l'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione, verifica e controllo ai diversi livelli di governo.
- Promuovere lo sviluppo dell'eccellenza: in una prospettiva che non riservi questa funzione a poche aree elitarie, ma che permei tutti i livelli organizzativi.
- Sviluppare la ricerca come elemento coesistente alla crescita della qualità dell'assistenza erogata ai cittadini e come valore per il progresso del benessere nella società.
- Consolidare l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, in ottica di scambio continuo e crescita professionale condivisa.
- Contribuire allo sviluppo delle professioni sanitarie, attivando una specifica area di responsabilità che consenta non solo di valorizzarne il lavoro quotidiano, ma anche di integrare le diverse anime (infermieristica, tecnica, riabilitativa), nella prospettiva di definire modelli gestionali di assistenza innovativi.
- Sviluppare soluzioni organizzative secondo la metodologia del *project management*, in modo da rendere disponibili ai professionisti le risorse produttive da mettere al servizio dei problemi clinici del paziente (persona bisognosa di assistenza): in questo ambito, la definizione di un nuovo modello di funzionamento basato su una Direzione Operativa che, governando le risorse a supporto dell'attività clinico-assistenziale, offre la possibilità di garantire la necessaria flessibilità e dinamicità del loro impiego.
- Definire un programma di implementazione, manutenzione e aggiornamento dell'Atto Aziendale, con l'obiettivo di rendere questo documento "vivo" e costantemente aggiornato. Le modifiche organizzative che vengono proposte non sono un semplice maquillage dell'esistente, ma rappresentano un profondo (e in alcuni casi radicale) cambiamento culturale prima che tecnico-operativo.

Sempre quale elemento di novità ricordiamo quello della definizione di un Dipartimento delle professioni sanitarie che ha rappresentato un supporto alle attività di governo, alla definizione degli obiettivi di pianificazione strategica aziendale ed alla gestione integrata delle risorse umane e materiali secondo il

modello dipartimentale adottato. A completamento del quadro di interventi strutturali conseguenti al nuovo Atto aziendale è stata di fondamentale rilievo, nel corso del 2014 -2015, l'attivazione di specifici Protocolli di intesa con l'Università degli Studi di Firenze per collaborazioni in diversi campi di interesse comune (ingegneria, matematica, sicurezza luoghi di lavoro, architettura)

E' dunque possibile affermare che le scelte poste a fondamento del nuovo modello di organizzazione sono state meditate e individuate per leggere il cambiamento come strategia ed opportunità e per andare incontro alle sfide che l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi prevede di affrontare nel tempo anche alla luce degli interventi normativi, nazionali e regionali (Decreto Balduzzi - Legge n° 189/2012; D.M. 70/02.04.2015: *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* ; PNE Programma Nazionale Esiti; Patto per la Salute 2014-2016; Legge regionale 28 dicembre 2015, n. 84 *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla L.R. n° 40/2005 – DGRT n ° 208/2016 Obiettivi delle aziende sanitarie*) in materia di qualità, sicurezza, standard operativi, soglie di attività ed esiti che richiedono importanti decisioni organizzative.

Nell'Allegato F la scheda descrittiva delle attività e delle specialità presenti

Nell'Allegato G la relazione sull'attività e programmazione delle attività dell'Azienda Ospedaliera Careggi

Azienda Ospedaliera Universitaria Meyer di riferimento regionale

Nell'Allegato F la scheda descrittiva delle attività e delle specialità presenti

3.1.3.3. Rete ospedaliera per le patologie tempo dipendenti

Reti tempo dipendenti in Area Vasta Centro: Rete Ictus e deficit Neurologici acuti, Rete Emergenza Urgenza Cardiologica, Rete Trauma maggiore

Come previsto dalle indicazioni Regionali e Nazionali gli ambiti per i quali si ritiene necessario che, in prima applicazione, venga attivato nel 2016 il lavoro per la realizzazione di reti di livello regionale, sono lo sviluppo e l'implementazione delle reti cliniche tempo dipendenti :

1. Rete Ictus e deficit Neurologici acuti
2. Rete dell'emergenza ed urgenza Cardiologica
3. Rete Trauma maggiore

In area Vasta Centro, nel corso del 2015, la metodologia di lavoro ha visto la costituzione di gruppi multidisciplinari e multiprofessionali al livello dei Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta.

L'obiettivo in questa prima fase è stato quello di iniziare il percorso di analisi e valutazione per la definizione del funzionamento e del regolamento generale della reti tempo-dipendenti .

Sulla base delle indicazioni regionali , verrà formalizzato il "board di Area Vasta" per ciascuna delle reti tempo -dipendenti.

Saranno quindi definiti e formalizzati i regolamenti e le procedure e protocolli e gli indicatori di valutazione.

In una fase successiva verranno effettuate valutazioni sul funzionamento e saranno proposti interventi di miglioramento.

Nella Area Vasta Centro l'implementazione delle reti tempo dipendenti sopra indicate presenta, in conseguenza a precedenti fasi di lavoro, differenti livelli di implementazione.

In tal senso il Piano del 2016 prevede differenti step di sviluppo che saranno completate nel corso del 2017

RETE ICTUS AVC		
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Formalizzazione rete	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisi della situazione attuale ✓ Analisi scenario epidemiologico del contesto 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento formalizzato della rete per ictus e del relativo regolamento
Definizione dei nodi della rete e del Regolamento e Modelli organizzativi Definizione strumenti operativi di ciascun nodo della rete: formalizzazione protocolli diagnostico-terapeutici locali e di integrazione con gli altri nodi della rete; percorsi differenziati per tipologia di Ospedale e territorio telemedicina, consulenze, second opinion Formalizzazione del Board della Rete Rete ictus : Fase emergenza territoriale e ospedaliera	Definizione di indicatori di monitoraggio della funzionalità della rete	<ul style="list-style-type: none"> • Documento con formalizzazione del regolamento della Rete di Area vasta Centro e protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati per tipologia di Ospedale e territorio • Applicazione e valutazione degli indicatori di monitoraggio della funzionalità della rete e loro valutazione (report indicatori e visite on site)
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Formazione ✓ Valutazione applicazione del modello di rete e ✓ Formalizzazione regolamento e monitoraggio degli indicatori della funzionalità della rete e loro valutazione 	

RETE EMERGENZE CARDIOLOGICHE AVC		
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Rete per l'infarto miocardico acuto (IMASTE MI)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisi della situazione attuale ✓ Definizione di indicatori di monitoraggio della funzionalità della rete e loro valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento formalizzato della rete per l'infarto miocardico acuto (IMASTE MI) e del relativo regolamento • Documento con formalizzazione del regolamento della Rete di Area vasta Centro e protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati per tipologia di Ospedale e territorio • Applicazione e valutazione degli indicatori di monitoraggio della funzionalità della rete e loro valutazione
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definizione dei nodi della rete e del Regolamento e Modelli organizzativi ✓ Definizione strumenti operativi di ciascun nodo della rete: formalizzazione protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati per tipologia di Ospedale e territorio ✓ Definizione e valutazione di indicatori di monitoraggio della funzionalità della rete e loro valutazione ✓ Formalizzazione del Board della Rete 		
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valutazione applicazione del modello di rete ✓ Formalizzazione regolamento e monitoraggio degli indicatori della funzionalità della rete e loro valutazione 	
Rete altre emergenze cardiologiche	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Prima analisi della situazione attuale ✓ Prima definizione della funzionalità della rete di indicatori di monitoraggio e loro valutazione 	

RETE TRAUMA MAGGIORE AVC		
OBIETTIVI	AZIONI	INDICATORI
Definizione del modello di AV per la gestione del trauma con le sue articolazioni e specificità sia territoriali che ospedaliere e riabilitative	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Start-up e validazione del modello di ricerca sul campo (verifica con Operatori) ✓ Analisi dei dati relativi alle singole casistiche afferenti ai centri con rivalutazioni on-site 	<ul style="list-style-type: none"> • Documento formalizzato della rete Trauma maggioree del relativo regolamento • Documento con formalizzazione del regolamento della Rete di Area vasta Centro e protocolli diagnostico-terapeutici e percorsi differenziati per tipologia di Ospedale e territorio • Applicazione e valutazione degli indicatori di monitoraggio della funzionalità della rete e loro valutazione (report indicatori e visite on site)
Definizione delle modalità di integrazione tra fase di emergenza, fase ospedaliera e fase di recupero e riabilitativa	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analisi del livello di applicazione della flow-chart ✓ Analisi di processo ed evidenziazione delle criticità ✓ Ipotesi di miglioramento del modello organizzativo 	
Definizione dei modelli di integrazione tra ospedali della rete per la gestione del trauma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Regolamento della rete : Documentazione delle regole e della prassi operative ✓ Analisi dei dati e osservazione on-site se necessario ✓ Definizione del modello organizzativo della integrazione tra ospedali 	
Definizione del modello organizzativo della integrazione tra Aree Vaste	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definizione del Regolamento 	
Applicazione dei modelli di integrazione tra ospedali della rete per la gestione del trauma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Verifica del modello sul campo (verifica con Operatori) 	

3.1.3.4. Continuità ospedale territorio

E' in atto una trasformazione e transizione dei Punti Unici di accesso funzionanti nelle ex usl come cabina di regia tra ospedale e territorio per la presa in carico e gestione del paziente in dimissione ,verso un modello unico che è rappresentato nel progetto sottostante di cui sono riportate le tempistiche di realizzazione soprattutto per USL Centro .

L'AOU di Careggi sta sperimentando un livello molto avanzato di rapporto con AFT di Medici di Famiglia su un bacino di circa 200.000 abitanti per verificare non solo le dimissioni protette, i reingressi inappropriati ma anche la condivisione di tecnologie informatiche avanzate ed in particolare una cartella clinica informatizzata che tracci il percorso del paziente.

Un percorso simile è sviluppato anche dalla AOU Meyer per sviluppare modelli di continuità assistenziale, anche per patologie complesse, con le USL di residenza dei piccoli pazienti.

In generale si sta definendo una procedura omogenea secondo il modello progettuale sotto riportato.

AGENZIA PER LA CONTINUITÀ OSPEDALE –TERRITORIO

PERCORSO POST- ACUZIE E PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLE DIMISSIONE OSPEDALIERE COMPLESSE

Analisi del contesto di riferimento

Lo sviluppo di una rete integrata di servizi territoriali, in grado di accogliere e soddisfare le diverse tipologie di bisogno dei pazienti dimessi dai reparti ospedalieri, è un tema di rilevanza strategica. Garantire percorsi di continuità ospedale-territorio appropriati è possibile solo se si rilevano e si caratterizzano i bisogni dei pazienti precocemente durante gli episodi di ricovero, se si hanno a disposizione risposte assistenziali post-acuzie proporzionate al grado di complessità dei casi da prendere in carico e se i modelli organizzativi adottati per la realizzazione dei servizi di post-acuzie permettono una gestione snella ed efficiente dei casi e dei percorsi. Il GDL post acuzie ritiene fondamentale analizzare, alla luce della riorganizzazione del SSRT e della creazione delle macro ASL di area vasta, il fabbisogno assistenziale specifico in dimissione dagli ospedali e l'offerta di risposta assistenziale territoriale (domiciliare e residenziale) nella fase post acuzie della Area Vasta Centro, con l'obiettivo di fornire una stima sulla offerta residenziale e domiciliare. Le strutture di supporto alla dimissione complesse presenti nelle territorio della Area Vasta Centro risultano articolate nelle seguenti tipologie:

Strutture per risposta domiciliari :

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), Assistenza infermieristica, Assistenza domiciliare, Riabilitazione domiciliare o Ambulatoriale

Strutture per Risposte residenziali territoriali:

- Cure sub-acute : Cure intermedie tipo A, Cure intermedie tipo B - DGR 431/2013, RSA, Moduli in RSA (base, disabilità motoria, Nucleo Alzheimer), moduli per pazienti con coma e stati di minima coscienza, Hospice, Riabilitazione residenziale extra-ospedaliera (ex art.26)

Strutture per Risposte residenziali ospedaliere:

- Cure post-acute :Reparti per lungodegenza (cod.60), Riabilitazione ospedaliera (cod. 56, cod. 28, cod. 75)

Dalla prima valutazione dei dati si evidenzia che vi è oggi una disomogenea distribuzione delle strutture per risposte residenziali nell'Area Vasta Centro, un utilizzo variabile a seconda delle disponibilità nel territorio di competenza e, non ultima, la mancanza di un sistema di comunicazione, di un protocollo e di strumenti omogenei per il trasferimento dalle strutture ospedaliere alle strutture territoriali residenziali e domiciliari intra- e inter-ex AUSL. Alla luce della riorganizzazione e della definizione delle macro ASL, è necessario approfondire l'analisi sui dati dell'offerta della fase post acuzie e sulle dimissioni complesse per ridefinire i fabbisogni per ciascuna realtà zonale. Sarà effettuata anche un'analisi delle modalità attuali di gestione della dimissione, al fine di acquisire una prassi condivisa nell'AV Centro di modelli di Continuità Ospedale-Territorio. Tramite l'identificazione delle esperienze presenti in AV Centro che possano essere replicate sarà definita una procedura comune e condivisa per la gestione della continuità Ospedale-Territorio e Ospedale-Strutture di sub-acuzie e post-acuzie di AV

Obiettivo

In questa prima fase verrà definita una procedura omogenea per la gestione delle dimissioni ospedaliere complesse, estendendo l'esperienza condotta nella zona di Firenze con il progetto "Un solo paziente" alle altre zone della AUSL Toscana Centro implementandola con le esperienze esistenti nelle zone ed ampliando il ventaglio delle uscite con tutte le possibili opzioni (moduli in RSA)

OBIETTIVI	AZIONI	TEMPI	INDICATORI
Analisi dati di offerta della fase post acuzie (residenziale e domiciliare) e sulle dimissioni	Predisposizione documento situazione attuale offerta Strutture post acuzie in AVC	ANNO 2016	1. Presenza piano fabbisogno strutture post acuzie
Rivalutazione ed eventuale rimodulazione del fabbisogno strutture residenziali e della risposta domiciliare per ciascuna realtà territoriale.	Predisposizione piano fabbisogno strutture post acuzie e modello risposta domiciliare in AVC	ANNO 2017	2. Presenza procedura comune e condivisa per la gestione della continuità Ospedale-Territorio e Ospedale-Strutture di sub-acuzie e post-acuzie di AVC
Analisi delle modalità attuali di gestione della dimissione e Definizione cabina di regia dimissioni complessi di AVC e/o di ex ASL o altro	Definizione procedura comune e condivisa per la gestione della continuità Ospedale-Territorio e Ospedale-Strutture di sub-acuzie e post-acuzie di AV	ANNO 2017	

3.1.3.5. Le strutture organizzative negli Ospedali della Area Vasta Centro

Metodologia della valutazione di impatto in Area vasta Centro relativo agli Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina previsti dal DM 70 2015 :

Normativa di riferimento

- Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 . Il decreto fissa gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissando volumi minimi per specifiche prestazioni e standard minimi e massimi di strutture per singole disciplina .
- Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e del D.M. n.70 del 2 aprile 2015
- Legge regione Toscana 84/2015. e sue modifiche e della L. 40 e sue modifiche
- Delibera Giunta Regionale n. 145/2016

Il DM 70 prevede che l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza e della densità della popolazione .

La DGRT 145/2016 prevede la ridefinizione dei bacini di utenza nell'ambito della pianificazione della produzione ospedaliera complessiva e sottolinea che “ l'elemento chiave della pianificazione della produzione ospedaliera complessiva è rappresentato dalla centralità dell'Area Vasta, all'interno della quale devono essere trovate le risposte alla maggior parte dei bisogni dei cittadini residenti, e che si esprime attraverso la definizione e gestione dei percorsi integrati interaziendali. Il bacino di utenza di Area Vasta costituisce il riferimento principale entro cui rappresentare i bisogni ai quali deve dare risposta il ridisegno degli ospedali in un contesto di rete.”

Si è proceduto quindi ad una analisi delle strutture organizzative sulla base delle indicazioni sopra riportate

Criteri utilizzati per l'elaborazione:

E' stata fatta una valutazione dell'impatto in Area Vasta Centro del regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera relativamente alla classificazione delle strutture ospedaliere, agli Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina e ai volumi ed esiti. L'analisi delle strutture organizzative delle singole aziende ha portato all'elaborazione di una griglia (Tabella 4) , strumento per adeguamenti organizzativi

La definizione del numero programmato delle unità operative secondo il DM 70/2015 è stata determinata secondo le indicazioni di livello regionale utilizzando il criterio dei bacini di utenza corrispondenti al massimo delle unità operative prevedibili.

Al fine di valutare il numero di UO programmate si è tenuto conto che per le Aziende ospedaliere Universitarie vige il 'Protocollo d'intesa tra Regione Toscana – Giunta Regionale e Università degli Studi di Firenze, Pisa e Siena (in attuazione dell'art. 1, comma 1 D.Lgs. 517/1999)' – DGRT 1020/2008 che fornisce ulteriori indicazioni rispetto il numero delle strutture complesse.

Sono state escluse dalla valutazione le strutture regionali afferenti all'Azienda Ospedaliero Universitaria Meyer, ospedale di riferimento per le specialità pediatriche.

Sulla base della valutazione di impatto svolta con i criteri sopra riportati e con gli ulteriori elementi di valutazione previsti dalla DGRT 145/2016, sono stati individuati in questa prima fase gli assetti programmati da realizzarsi entro il 2017, riportati nella Tabella sottostante.

Tabella 4 - Strutture organizzative complesse per disciplina previste in Area Vasta Centro AUSLTC e AUOC in applicazione del DM 70/2015

DISCIPLINA	UOC - AUSLTC-AUOC PROGRAMMATO (al 31/12/2017)
Terapia del dolore	2
Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza	2
DISCIPLINA	UOC - AUSLTC-AUOC PROGRAMMATO (al 31/12/2017)
Neonatalogia	4
Cardiologia infantile	0
Cardiologia clinica (H/a)	0
Cardiologia e riabilitazione funzionale	1
Cardiologia della riproduzione umana nell'ambito della	6
Ematologia/Ostetricia	0
Gastroenterologia	0
Chirurgia generale	0
Medicina nucleare	2
Oncologia pediatrica	6
Oncologia pediatrica	0
Oncologia (vedere Ematologia)	0
Ematologia vascolare	2
Endocrinologia, nutrizione e ricamb.	3
Radiologia e centro trapianti	10
Neuroradiologia	2
Malattie infettive (vedere terapia oncologica)	2
Medicina del lavoro	0
Medicina generale	15
Reumatologia	0
Nefrologia	0
Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	0
Nefrologia pediatrica	0
Neurologia pediatrica	0
Neurologia ospedaliera	6
Neuropsichiatria infantile	0
Neuropsichiatria	0
Microbiologia e virologia	5
Odontoiatria e stomatologia	3
Psicologia sanitaria	0
Servizio trasfusionale	8
Genetica e ginecologia	7
Otorinolaringoiatria	0
Dieta e nutrizione	4
Terapia intensiva neonatale - Neonatologia	178,0
Psichiatria	7
Tossicologia	1
Urologia	5
Grandi ustionati	0
Terapia intensiva	9
Anestesia e rianimazione (vedere terapia intensiva)	0

3.1.4. Azioni della Rete Pediatrica in Area Vasta Centro

La legge Regionale 84/2015 assegna all'Azienda Ospedaliera – Universitaria Meyer il ruolo di riorganizzazione e coordinamento operativo della Rete Pediatrica Regionale di concerto con il Direttore della Programmazione di Area Vasta e con i Direttori delle Aziende Sanitarie.

Quindi nell'ambito del Piano operativo dell'Area Vasta Centro riveste un ruolo importante la definizione e il coordinamento dell'offerta complessiva dei percorsi assistenziali in Pediatria, volti a garantire la qualità e l'appropriatezza delle cure pediatriche, in tutto il territorio, anche in relazione alle zone disagiate e di montagna.

La programmazione delle attività per la rete pediatrica nell'ambito del Piano di area Vasta é articolata sui seguenti ambiti ritenuti prioritari, anche in base alle indicazioni della Legge Regionale 84:

- Percorso dell'emergenza pediatrica
- Percorso della cronicità in ambito pediatrico
- Percorso vaccinazioni e promozione della Salute

La definizione e realizzazione dei percorsi suddetti è improntata a criteri di omogeneità e capillarità dell'assistenza territoriale, di equità, di qualità ed appropriatezza clinica e organizzativa, in modo che qualsiasi cittadino in età pediatrica e la sua famiglia possano ricevere le cure e l'assistenza più appropriate in base alle specifiche necessità, in qualunque punto interagiscano con i nodi della rete pediatrica.

I percorsi assicurano che le cure siano erogate in prossimità della residenza dei pazienti quando ciò è possibile in base alle esigenze cliniche, grazie alla definizione condivisa di protocolli di centralizzazione che consentano di individuare e gestire tempestivamente le condizioni che devono essere trattate in un ospedale di primo, secondo o terzo livello e alla possibilità di trasferimento dai centri a maggiore specializzazione verso quelli di primo e secondo livello dopo la stabilizzazione clinica.

Per ciascun percorso si prevede:

1. Analisi epidemiologica e ricognizione dei modelli organizzativi attuali
2. Definizione di PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) condivisi con il livello regionale
3. Implementazione dei PDTA
4. Formazione
5. Monitoraggio

Il ruolo della programmazione di area a vasta, integrato con quello del Meyer, é di consentire la realizzazione di quanto disposto nei percorsi definiti, grazie al coordinamento di tutte le figure coinvolte, sia a livello ospedaliero che territoriale, alla condivisione dei requisiti strutturali e organizzativi necessari alla loro realizzazione, alla ottimizzazione delle risorse disponibili, e alla sostenibilità del sistema, evitando duplicazioni e ridondanze e al tempo stesso assicurando omogeneità e continuità dell'assistenza.

Percorso della Emergenza

Definisce in maniera puntuale e coordinata la condivisione di PDTA e protocolli di centralizzazione, il ruolo dei nodi della rete (territorio, presidi di base, di 1 e 2 livello, ospedale pediatrico), l'organizzazione nei presidi ospedalieri delle strutture di cui all'art.33 ter –l.r.84/2015, il sistema di trasporto pediatrico, la continuità assistenziale, la gestione delle emergenze psichiatriche nell'infanzia ed adolescenza.

Si definiscono infatti oltre metodi e strumenti di supporto tecnologico al percorso, al fine di facilitare la comunicazione tra i professionisti che operano nei vari nodi della rete e consentire la condivisione delle informazioni cliniche per facilitare la continuità dell'assistenza, nel rispetto della privacy (interoperabilità tra software gestionali, completamento del sistema Ris Pacs, teleconsulti e tele consulenze).

Percorso della Cronicità

I tratti salienti del percorso sono rappresentati dalla definizione e condivisione dei protocolli e PDTA dalla individuazione dei livelli e delle sedi di intervento in base alla fase della malattia, attraverso un metodo di lavoro multi professionale e multidisciplinare.

L'obiettivo è facilitare l'assistenza in prossimità della residenza dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, favorire l'inserimento nella vita sociale e scolastica, limitando i ricoveri e le visite presso l'ospedale pediatrico di terzo livello alla fase di diagnosi, e di follow up periodico e di gestione delle complicanze più severe.

In tale percorso vengono definite in maniera puntuale le modalità operative dei nodi della rete assistenziale territoriale pediatrica (cure primarie, Pediatri di famiglia, servizi di assistenza domiciliare programmata ed integrata, riabilitazione, terapia del dolore e cure palliative, inclusione sociale). La gestione di tali percorsi richiede la piena disponibilità di supporti tecnologici per facilitare la comunicazione tra professionisti (teleconsulto, telemedicina, linee dirette etc).

La realizzazione richiede inoltre la disponibilità di risorse sul territorio per garantire l'assistenza a livello domiciliare (riabilitazione, assistenza infermieristica, dietetica, disponibilità di ausili idonei).

Percorso vaccinazioni e promozione della salute

Tale percorso nelle sue varie articolazioni (vaccinazioni, allattamento, genitorialità, educazione alimentare e stili di vita, prevenzione incidenti e infortuni, prevenzione SIDS, rischio sociale) punta su un processo articolato di promozione della salute, che usa l'empowerment non solo individuale, ma soprattutto familiare e di contesto sociale allargato.

La rete deve diventare in ogni suo nodo parte attiva nel counseling vaccinale e nella promozione delle vaccinazioni. Attività della rete deve essere inoltre la sorveglianza attiva delle malattie prevenibili con vaccini in modo da fornire ai decisori regionali dati certi su cui basare le scelte di prevenzione. La rete sarà anche una opportunità per uniformare i comportamenti relativi alla vaccinazione e alla promozione della salute superando così le attuali differenze nelle offerte vaccinali e nella gratuità delle stesse.

3.2. Nuova organizzazione e politica dei Servizi Territoriali

➤ Un piano regolatore territoriale

L'organizzazione ospedaliera, rivolta sempre più alla presa in carico dei problemi acuti, necessita per il suo corretto funzionamento di un nuovo modello di organizzazione territoriale in grado di prendersi carico delle patologie croniche e delle condizioni di non autosufficienza.

Il nuovo modello organizzativo deve partire dalle nuove forme di erogazione dei servizi territoriale previste dalla Legge 186/2012 (Aggregazioni Funzionali Territoriali - AFT e Unità Complesse di Cure Primarie - UCCP), dall'Accordo Integrativo Regionale della medicina generale DGRT 1231/12 (AFT, UCCP e Case della Salute -CdS) e della DGRT 117/2015 (Case della Salute).

La nuova organizzazione territoriale deve perseguire i seguenti obiettivi:

- Passare dalla semplice erogazione dei servizi ad una presa in carico effettiva dei bisogni socio sanitari.
- Facilitare l'accesso dei cittadini ai servizi territoriali.
- Sviluppare un sistema di presa in carico pro attiva e precoce dei malati cronici, finalizzata al rallentamento della evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze.
- Consentire una pari opportunità di accesso nelle varie aree geografiche.
- Favorire una maggior appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.
- Razionalizzare la tipologia dei servizi offerti dall'azienda sanitaria.
- Semplificare l'accesso ai servizi.
- Potenziare l'integrazione e lo sviluppo innovativo dei ruoli dei professionisti della sanità, all'interno della rete dei servizi sociali e sanitari.
- Implementare e facilitare i meccanismi di comunicazione fra ospedale e territorio, per garantire la continuità assistenziale soprattutto per i malati cronici.
- Coinvolgere direttamente MMG e PdF nella organizzazione dei servizi sanitari territoriali, con un ruolo diretto nel governo clinico.
- Ridurre il pendolarismo specialistico.

Occorre per questo definire un Piano Regolatore Territoriale che tenga conto della popolazione residente, della conformazione geografica e dell'attuale dislocazione delle strutture e dei servizi presenti nella Azienda USL Toscana Centro.

Per ogni Zona dovranno essere individuati:

- Sede e collocazione dei centri specialistici di 2° Livello
- Tipologia e collocazione dei presidi aziendali territoriali /Case della Salute
- Sede e collocazione Posti letto cure intermedie

La definizione dei bacini di utenza per i diversi servizi sarà alla base del Piano Regolatore Territoriale.

In base all'attuale organizzazione ed alle risorse disponibili verrà individuata la tempistica della sua realizzazione.

➤ Centri specialistici di 2° Livello

Vi sono collocati i servizi specialistici territoriali che, per la complessità nell'erogazione, la necessità di strumentazione di alto livello, la presenza di norme di accreditamento stringenti, presentano un'elevata complessità organizzativa e gestionale ed un costo elevato per la loro organizzazione. L'accentramento all'interno della struttura di più prestazioni specialistiche consentirà di passare dalla semplice erogazione di prestazioni ad una presa in carico complessiva dei problemi dell'assistito.

➤ Presidi aziendali territoriali /Case della Salute

I presidi territoriali dovranno tendere ad accogliere al loro interno Medici di Medicina Generale e Pediatri trasformandosi gradatamente così in Case della Salute.

Secondo la DGRT 117 del 16/02/2015 la Casa della Salute è *parte fondamentale ed essenziale della rete dei servizi aziendali delle Cure Primarie, permettendo una relazione diretta tra l'assistenza territoriale e gli altri nodi della rete assistenziale. È strutturata in sedi fisiche ben riconoscibili e presenti in maniera omogenea sul territorio regionale e i cittadini saranno presi in carico per i loro problemi assistenziali da team multi professionali coordinati clinicamente dai MMG titolari della scelta del singolo paziente, garantendo la fluidità dei percorsi ed i necessari raccordi con gli altri servizi aziendali attraverso la medicina di comunità.*

I presidi/CdS verranno suddivisi in 3 tipologie

- Base: Prelievi, attività infermieristica, accoglienza e/o segreteria, prenotazioni, Punto Insieme, consultorio 1° livello (ostetrica), vaccinazioni in accordo con MMG e PdF, telemedicina. (CdS se presenza di MMG/PdF)
- Standard: Oltre alla attività precedenti sono previste: attività specialistica di 1° livello, consultorio 2° livello, ecografie 1° livello, vaccinazioni pediatriche.
- Complessa: Oltre alla attività precedenti sono previste: attività certificativa ed autorizzativa, consultorio giovani e/o immigrati, attività di riabilitazione, punto di Continuità Assistenziale. Possibile presenza con servizi amministrativi a comune di altri specifici servizi (poliambulatorio 2° livello, Ser.T. SMIA, SMA, CIM)

Nei presidi territoriali/CdS è svolta attività specialistica di primo livello, che non necessita per la sua erogazione di strumentazione complessa, tesa a rispondere alle esigenze di Follow-up dei pazienti cronici. La specialistica è assicurata in rapporto ai bisogni di consulenza espressi dalla popolazione locale, mediati dai Medici di Famiglia. È rivolta a soddisfare le esigenze di consulenza di base dei medici di un territorio. Frequenza e tipologia delle suddette prestazioni specialistiche sono concordate direttamente tra Medici di Medicina Generale e specialisti. Queste prestazioni non sono inserite nel CUP aziendale, ma verranno prenotate direttamente presso gli studi dei MMG di riferimento del territorio. La presenza di specialisti di riferimento, gli incontri di discussione dei casi presi in carico, favoriranno il rafforzamento di legami tra ospedale e territorio.

Tempistica

- Mappatura del territorio: dicembre 2016
- Condivisione ed elaborazione Piano Regolatore Territoriale: Giugno 2017
- Attuazione Piano: Previsione azioni fino al Dicembre 2019

➤ Posti letto cure intermedie

Lo sviluppo tecnologico dell'ospedale, con conseguente aumento dei costi, ha imposto un più rapido turnover ed un percorso di cura sempre meno "completo".

Nel contempo si è modificata la struttura della famiglia. Sempre più anziani vivono soli, o con coniuge anch'esso anziano e disabile, o figli non disponibili a far fronte alle esigenze poste dallo stato di malattia, dalla disabilità residua o dalla complessità assistenziale necessaria nelle fasi terminali della vita. I cittadini sono sempre meno propensi, ed in molti casi sempre più impossibilitati, ad accettare e gestire al proprio domicilio, anche con il supporto dell'assistenza domiciliare medica, infermieristica e sociale, le conseguenze funzionali o le necessità di cura imposte dalla malattia.

In mancanza servizi capaci in offrire livelli diversificati, ma continui, di cura tra domicilio e ospedale per acuti la domanda si riversa in modo non appropriato sul pronto soccorso e sull'ospedale.

Occorre per questo implementare una rete di servizi di cura sub acuti e post acuti diversificati tra domicilio e ospedale per acuti in modo da governare in modo sostenibile la domanda in modo da fornire risposte flessibili e modulari, collocate in maniera organica e di sistema nella rete delle risposte assistenziali, sanitarie e sociosanitarie, territoriali, residenziali (Hospice, moduli RSA, , ecc.), semiresidenziali e domiciliari (Assistenza domiciliare integrata, Assistenza infermieristica domiciliare, Assistenza sociosanitaria domiciliare).

Il piano regolatore territoriale dovrà prevedere in ogni zona la localizzazione ed il numero di posti letto di cure intermedie dove l'assistenza medica è fornita dai MMG della/e AFT di riferimento con il supporto specialistico.

➤ Azioni e progetti che trovano il fulcro a partire dalle AFT e dalle case per la salute

- Definizione di pacchetti per la gestione di potenziali urgenze di comunità a livello delle cure primarie (es. polmonite, TVP, sospetto colica biliare, sospetto colica renale ecc.)
- Definizione/mappatura dei prodotti dell'assistenza ambulatoriale con profili di complessità diversificata: consulenza (secondo protocolli condivisi con la MG), percorso ambulatoriale complesso(PAC), day service ambulatoriale (DSA)
- Facilitazione in ambito dei dipartimenti interaziendali dell'analisi e monitoraggio sull'appropriatezza, sostenibilità, equità dell'offerta specialistica ambulatoriale
- Facilitazione in ambito dei dipartimenti interaziendali dell'analisi e monitoraggio sull'appropriatezza e sostenibilità della prescrizione farmaceutica anche attraverso momenti informativi condotti dalla stessa equipe.

Tabella riepilogativa delle Case della Salute nell'Area Vasta Centro al 31.12.2015

Ex Azienda Sanitaria	Zona Distretto	Denominazione Casa della Salute	Anno di apertura	Assistiti MMG operanti nella Casa della Salute	Assistiti PLS operanti nella Casa della Salute
Ex ASL 3 Pistoia	Pistoiese	CdS Viale Adua Pistoia	2008	7.765	
		CdS Agliana	2012	337	2.202
		CdS PIOT S. Marcello Pistoiese	2013	5.984	598
	Val di Nievole	CdS Lamporecchio	2009	8.184	490
		CdS Pescia	2014	19.357	
Ex ASL 10 Firenze	Fiorentina Nord Ovest	CdS Calenzano	2013	Non presenti MMG	1.001
		CdS Scandicci	2013	15.935	
	Firenze	CdS Le Piagge	2014	1.862	
Ex ASL 11 Empoli	Empolese	CdS S. Andrea Empoli	2008	16.265	
		CdS Certaldo	2010	15.849	
		CdS Castelfiorentino	2013	16.244	
		CdS Cerreto	2013	8.901	556
		CdS Montaione	2014	2.276	888
	Valdarno Inferiore	CdS Montopoli	2011	7.259	
		CdS Galleno	2014	6.518	963

3.3. Linee operative per la governance dell'appropriatezza

La Regione Toscana ha definito le linee di indirizzo per la governance dell'applicazione prescrittiva ed in particolare nell'allegato alla DGRT 177/2016 sono indicati gli obiettivi da inserire nella programmazione di area vasta e le azioni da realizzare nelle aziende sanitarie ed ospedaliere. Nello specifico, le azioni da realizzare in ambito di area vasta nelle aziende sanitarie ed ospedaliere attraverso i Dipartimenti Interaziendali di Area Vasta sono sinteticamente sotto riportate:

- ✓ Prevedere negli obiettivi di budget dei dipartimenti aziendali specifici obiettivi per l'individuazione delle procedure inappropriate utilizzate in eccesso (overuse) ed erogate nei setting inappropriati, nel rispetto delle indicazioni nazionali, delle linee di indirizzo regionali e delle evidenze scientifiche disponibili e uniformare le procedure di prenotazione ed erogazioni delle prestazioni specialistiche secondo il modello organizzativo della presa in carico in conformità della DGRT 1038/2005;
- ✓ Inserire negli AIA dei MMG e degli Specialisti Ambulatoriali obiettivi di appropriatezza prescrittiva come previsto dalle disposizioni nazionali in materia (D.M. 9 dicembre 2015);
- ✓ Favorire l'adozione di strumenti atti a garantire l'unicità culturale dei percorsi di ricerca dell'appropriatezza clinica ed organizzativa a fronte della necessaria pianificazione locale con particolare riferimento alla definizione di un piano formativo rivolto agli operatori sanitari per l'acquisizione degli strumenti necessari allo sviluppo della EBM/EBN ed EBP con il coinvolgimento dell'Università e un piano informativo rivolto alle comunità locali e ai pazienti;
- ✓ Attivare nelle aziende di un sistema per la valutazione dei comportamenti prescrittivi.

Obiettivi:

- Adozione di strumenti atti a garantire l'unicità culturale dei percorsi a fronte della necessaria pianificazione locale
- Piano formativo e informativo, da realizzare nelle aziende sanitarie ed ospedaliere, che coinvolga tutti i soggetti autorizzati a prescrivere prestazioni a carico del SSN per la diffusione delle indicazioni del decreto, la condivisione delle corrette modalità prescrittive e lo sviluppo dell'EBM e dell'appropriatezza, con particolare riferimento allo sviluppo professionale dei giovani medici;
- Specifici obiettivi clinici/organizzativi tesi a promuovere nelle reti professionali di Area vasta, l'individuazione delle procedure inappropriate utilizzate in eccesso (overuse) o in setting inappropriati, nel rispetto delle indicazioni nazionali, delle linee di indirizzo regionali e delle evidenze scientifiche disponibili.
- Dare piena attuazione alla delibera della Giunta regionale n. 1038/2005, "Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, le Aziende Sanitarie e le OO.SS. Medici convenzionati (MMG-PLS-SA) e dei medici specialisti dipendenti".

3.3.1. Riorganizzazione dell'offerta specialistica ambulatoriale per pazienti con patologie croniche e Liste di attesa

Il rapporto da sempre perseguito tra la domanda e l'offerta delle prestazioni, l'appropriatezza delle stesse e i diversi interessi dei professionisti, richiedono un ulteriore sforzo di efficienza organizzativa del sistema pubblico. Nel contesto toscano da molti anni la fase della prenotazione viene considerata come parte integrante della prestazione specialistica. Parte integrante e, soprattutto, momento di governo clinico, nel quale è possibile interfacciarsi con la domanda e effettuare scelte più o meno appropriate, iniziando naturalmente dalla fase di prescrizione stessa. Già con la Deliberazione G.R.T. 619 del 11 giugno 2001 fu dato il via ai CUP aziendali. Oggi presenti nel 100% delle ASL e delle AOU toscane, definiti ancor meglio nell'atto successivo del 2002 (Deliberazione G.R.T. 1417 del 16 dicembre 2002). Nel 2007 sono iniziati a livello nazionale e regionale tentativi organici di contenimento dei tempi di attesa; con la Deliberazione G.R.T. 81 e nel precedente Piano Regionale il CUP ha assunto in pieno il ruolo di interfaccia trasparente fra sistema e cittadino. Visto il perdurare del problema "tempi d'attesa", ulteriori manovre sono state effettuate a livello nazionale, dalle linee guida dell'aprile 2010 a cura dell'Intesa Stato Regioni al Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) nell'accordo Stato-Regioni del 28 ottobre 2010. Da questi documenti si è sviluppata nel nostro contesto regionale la Deliberazione G.R.T. 493 del 13 giugno 2011, che approva e contestualizza il Piano Regionale per il governo delle liste di attesa, mediante le azioni riportate di seguito:

- ✓ Completare l'informatizzazione delle agende a livello aziendale. Mentre infatti, ad esempio, le visite specialistiche hanno un buon livello di copertura cup, con il rapporto TAT/SPA pari al 110%, la diagnostica per immagini, in particolare TAC e RM, ha una copertura inferiore al 70% con forte variabilità tra le diverse Aziende e livelli minimi che non raggiungono il 20%
- ✓ Implementare il catalogo regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, approvato con DGR 638/2013, quale strumento dei medici prescrittori per la formulazione della richiesta di prestazioni specialistiche ambulatoriali incluse nei L.E.A. e dei soggetti erogatori per le funzioni di prenotazione, erogazione e refertazione. I sistemi informatici aziendali devono quindi essere aggiornati mediante l'adozione del nuovo catalogo regionale in totale sostituzione dei precedenti cataloghi aziendali. Come indicato nella DGR 638/2013, è centrale evitare il permanere di codifiche aziendali correlate al Nomenclatore tariffario regionale, diverse da quelle individuate nel nuovo catalogo regionale, al fine di garantire nei fatti l'utilizzo di un linguaggio unitario nell'intero processo. Ciò è indispensabile sia per la condivisione dell'offerta che per il governo delle liste di attesa che per progetti quali il Fascicolo Sanitario Elettronico e la dematerializzazione della prescrizione medica.
- ✓ Unificare la piattaforma software per la gestione del CUP a livello regionale in accordo con le azioni del Piano strategico di sviluppo del Sistema informativo e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione del servizio sanitario regionale. Le attuali soluzioni tecnologiche, presenti nelle tre aree vaste per l'integrazione dei cup aziendali, non hanno fornito i risultati attesi, ovvero l'obiettivo di poter condividere in "modo trasparente", utilizzando il proprio applicativo aziendale, l'offerta stessa in circolarità, mantenendo le funzionalità tipiche di un sistema di prenotazione evoluto.

Obiettivi:

- Strutturazione offerta dei follow up nei percorsi regionali delle malattie croniche in agende dedicate direttamente prenotabili a livello delle cure primarie
- Definizione di pacchetti per la gestione di potenziali urgenze di comunità a livello delle cure primarie (es. polmonite, TVP, sospetto colica biliare, sospetto colica renale ecc.)
- Definizione/mappatura dei prodotti dell'assistenza ambulatoriale con profili di complessità diversificata: consulenza (secondo protocolli condivisi con la MG), percorso ambulatoriale complesso (PAC), day service ambulatoriale (DSA)
- Facilitazione in ambito dei dipartimenti interaziendali dell'analisi e monitoraggio sull'appropriatezza, sostenibilità, equità dell'offerta specialistica ambulatoriale

- Riorganizzazione dell'offerta di prestazioni specialistiche secondo criteri di priorità clinica e appropriatezza (almeno n.3 branche specialistiche riorganizzate)

3.3.2. Liste di attesa: progetti operativi come modelli di riorganizzazione per l'offerta specialistica e diagnostica

Sub Progetto TAC e RMN

I dati sulla produttività delle Macchine per la Radiodiagnostica pesante fanno emergere alcuni elementi che poi sono alla base delle proposte operative.

Gli aspetti peculiari degli assets organizzativi e produttivi collegati alle macchine pesanti sono i seguenti:

- ✓ un numero di TAC e RMN molto elevato che mal si concilia con i tempi di attesa registrati soprattutto per le RMN;
- ✓ un netto squilibrio a vantaggio del privato accreditato, in termini di produttività, sulla risposta agli esterni (RMN 70% Privato accreditato, verso 45% regione e TAC 40% verso 19% regione).
- ✓ utilizzo macchine pesanti distante dal tasso di utilizzo ottimale .

Il presente sub progetto prevede le seguenti azioni:

Le risorse umane sono un elemento fondamentale per il funzionamento delle apparecchiature. In questa fase, escludendo in maniera categorica assunzioni massicce, bisogna pensare alla combinazione di misure integrate che riorientano le attività e recuperano produttività che si possono individuare in due blocchi di azioni :

- 1) Recupero di efficientamento della risorsa del personale:
 - Riequilibrare le piante organiche, ovvero garantire le sostituzioni per gravidanze e per lunga malattia, in modo da avere una base di dotazione organica stabile con cui è possibile pianificare le attività sul lungo periodo;
 - Pianificare le attività, soprattutto per i tecnici, che si svolgono al di fuori delle sedi operative di radiologia ed in particolare le sale operatorie e le attività a letto del malato;
 - Riorganizzazione esami ad alto rischio di inappropriata, con redistribuzione impegno di personale nelle prestazioni a maggiore complessità;
 - Eventuale attivazione progetti di produttività aggiuntiva per far fronte a picchi di domanda inevasa.

- 2) Riorientare la produttività:
 - Spostamento verso il settore privato accreditato e del terzo settore della diagnostica a minore complessità (ECO, RX tradizionale), che viene svolta nel sistema pubblico in maniera diffusa, frammentata e con un basso livello di efficienza in sedi decentrate;
 - Segmentazione della domanda per macchine pesanti :
 - a) per patologie ad elevato impatto, soprattutto quelle oncologiche i cui follow up ormai richiedono valutazioni temporalmente brevi, al punto di saturare le agende disponibili ;
 - b) per il Pronto Soccorso;
 - c) per i pazienti ricoverati;
 - Creazione di almeno tre centri di refertazione a distanza, in remoto, in modo da non interferire sulla esecuzione degli esami;
 - Creazione di un polo ad alto funzionamento nell'area vasta per le macchine pesanti ,TAC e RMN, con orario di funzionamento H24, con utilizzo di personale medico e tecnico sia della UsiCentro che dell'AOU Careggi e del privato accreditato;
 - Verifica costante che tutti gli esami erogati per gli accreditati siano sul sistema CUP e che la disponibilità corrisponda alla totalità del budget finanziario concordato e sottoscritto.

Sub progetto per ridurre liste di attesa di visite specialistiche

Il progetto si articola nel tema delle patologie croniche e del percorso di accesso alle prestazioni secondo la logica di processo

- ✓ Patologie Croniche
Pazienti cronici in carico ai MMG (diabete, ipertesi, bpc, scompenso cardiaco o altrimenti pazienti complessi):
 - 1) definire per ciascuno, una volta stratificati per gravità, il fabbisogno annuale di visite, ed esami di diagnostica strumentale e di laboratorio;
 - 2) assegnare e comunicare da subito con appuntamenti vari le sedi dove eseguire le prestazioni, il più possibile vicino alla zona di riferimento (in questo caso le organizzazioni del terzo settore possono avere un ruolo importantissimo per la loro presenza capillare sul territorio.

In tal modo si alleggerisce il sistema CUP e si dà una risposta completa di presa in carico effettiva.

- ✓ Riorganizzazione di accesso alle prestazioni, in particolare:
 - Fast Track per l'accesso a percorsi per specifiche patologie o discipline
Il percorso si rivolge in particolar modo alle urgenze differibili che possono essere trattate senza essere inviate al DEA, senza passare dalla liste di attesa CUP ma prese in carico dalla specialistica di riferimento. La prenotazione è effettuata attraverso numero verde dedicato o con "open access" in orari prestabiliti.

Sono in fasi diverse di implementazione e sviluppo i seguenti percorsi:

- Fast Track Trombosi venosa profonda
Prevede l'esecuzione di Ecocolordoppler + visita eseguiti entro 24-48 ore.
Attualmente è attivo nell'area fiorentina (sia nella AOU Careggi che in exASF) da estendere a livello di area vasta.
- Fast Track Gastroenterologia
Prevede l'effettuazione di visita + esame endoscopico + eventuali esami ematici
- Fast Track Pnumologico
Prevede l'esecuzione di visita + EGA + RX torace + prove spirometriche)
- Fast Track Neurologia

- ✓ Percorso Gonalgia

La gonalgia è un sintomo frequente nella popolazione generale ed è spesso causa di ricorso alle cure primarie e specialistiche. Obiettivo del progetto è la riorganizzazione dei percorsi per tale condizione, con diminuzione del ricorso alle RM ginocchio inappropriata e conseguente riduzione delle liste di attesa.

- ✓ Incremento attività Day Service

Accesso "just in time" sia per il DEA che MMG (con numero dedicato) su percorsi concordati (ECG, piede diabetico, malattie infettive, percorsi diagnostici complessi, ecc).

Tale modalità di accesso faciliterebbe il percorso del paziente, con la presa in carico da parte del servizio, evitando la lista di attesa, in particolar modo per l'effettuazione di pacchetti di esami per patologie in fase di definizione diagnostica.

- ✓ Progetto appropriatezza Eco mammaria e Mammografia nelle fasce di età non screening anche alla luce della sperimentazione ampliamento età di screening condotto da ISPO.

- ✓ Individuazione di percorsi per determinate patologie

Con la prenotazione di eventuali indagini di secondo livello direttamente da parte degli specialisti, per esempio:

- consulenza cardiologica (comprende visita cardiologica, ECG ed Ecocardio, attualmente in implementazione in tutta la AUTC)
- glaucoma: OCT e campo visivo dopo v. oculistica
- sindromi neurologiche: EMG e Potenziali Evocati dopo v. neurologica (2°livello o consulenza neurologica)
- ipertrofia/neoplasia prostatica: eco trans rettale dopo v. urologica
- eco transvaginale dopo v. ginecologica

- ✓ Integrazione applicativi dei medici prescrittori con warning su rispondenza requisiti “decreto appropriatezza”

Si tratta di una manovra complessa e articolata che, associata ad un intervento di ampliamento di accesso al sistema CUP (farmacie, case della salute), è in grado di tenere sotto controllo nel Parco di un biennio le liste di attesa coniugando tempestività ed appropriatezza, attraverso una cabina di regia a livello di Zona Distretto che coinvolga Medici di Famiglia, Specialisti, Associazioni di cittadini e Gestori amministrativi del sistema CUP.

3.3.3. Appropriatazza del Farmaco

In Toscana le azioni salienti che hanno caratterizzato il governo della farmaceutica sono state:

- valutazione dei consumi registrati in funzione del reale bisogno di salute, individuando indicatori di consumo per alcune categorie di farmaci di largo impiego in particolare per le categorie per le quali l'eccessivo incremento dei consumi non è supportato da dati epidemiologici;
- accentuazione dell'efficienza prescrittiva finalizzata a privilegiare il consumo di farmaci meno costosi nell'ambito di categorie di efficacia sostanzialmente analoghe, fissando obiettivi sull'impiego di farmaci equivalenti, formalizzando la fondatezza di determinati trattamenti meno costosi ed i criteri di appropriatezza a cui riferirsi nel trattamento di alcune patologie;
- attivazione della distribuzione diretta dei farmaci, acquistati dall'ASL e distribuiti direttamente attraverso i propri presidi o attraverso le farmacie convenzionate per conto delle stesse ASL, che ha interessato principalmente i farmaci prescritti alla dimissione ospedaliera o alla visita specialistica, i farmaci erogati ad utenti presso le residenze sanitarie o in assistenza domiciliare;
- indirizzi per l'adozione da parte delle Aziende sanitarie dei Prontuari Ospedalieri al fine di ottimizzare il rapporto costo-beneficio nella terapia farmacologica.

Oltre ad ogni forma di vigilanza e di tutte le funzioni proprie dei servizi farmaceutici territoriali ed ospedalieri, compreso tutti gli aspetti logistici ed amministrativi, diventa determinante il loro ruolo nell'ambito di governo della spesa, in termini di farmaco economia, informazione istituzionale, statistiche sulla spesa farmaceutica e sui consumi, monitoraggio dei comportamenti prescrittivi e dei trattamenti, supporto alla definizione delle strategie di governo della farmaceutica, supporto ai prescrittori interni e convenzionati.

Il miglioramento della qualità delle cure e l'appropriatezza terapeutica necessitano di un confronto continuo, sulla base di consolidate evidenze scientifiche, fra tutti gli operatori del servizio sanitario con il sistematico coinvolgimento dei cittadini;

Azioni

- ✓ Individuare per i vari setting oncologici (seno, polmone, colon retto) linee guida condivise per l'impiego dei farmaci in oncologia che tengano conto delle esigenze clinico assistenziali e di sostenibilità del sistema.
- ✓ Definire protocolli terapeutici per un impiego appropriato dei farmaci in coerenza con gli obiettivi clinici relativamente alla sclerosi multipla e HIV e dei farmaci biologici in ambito reumatologico e gastroenterologico.
- ✓ Monitoraggio dell'impiego delle immunoglobuline

3.4. Salute Mentale, superamento OPG e Dipendenze

Salute mentale

E' necessario implementare il livello della presa in carico in un'ottica di integrazione, con particolare riferimento all'area più "alta" (percorso superamento OPG) e a quella più "bassa" (percorsi integrati con MMG su psicoeducazione, depressione, schizofrenia, con PLS screening autismo..) delineando una chiara rete nei servizi territoriali ed un collegamento con la rete ospedaliera (acuzie infanzia-adolescenza, emergenza psichiatrica. Sarebbe auspicabile avviare una concreta collaborazione con le tre Università, come per altro già previsto in delibera su alcune partite aperte (superamento OPG).

Le tematiche principali sono:

- Passaggio infanzia adolescenza/età adulta
Per la mappatura dei modelli operativi esistenti, è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare che avrà il compito di redigere un protocollo operativo unico da proporre entro la fine del 2016.
- Emergenza psichiatrica infanzia adolescenza (DGR approvata, percorso formativo in fase di attivazione)
Esiste già il documento regionale. E' prevista la costituzione in ogni UFSMIA di un team dedicato (costituito da Neuropsichiatria infantile, Psicologo dell'età evolutiva, Educatore ed Infermiere) che abbia competenze specifiche sul tema e da avviare al percorso formativo previsto dalla Regione.
- Percorso superamento OPG (da organizzare rete e completare posti in Rems e strutture intermedie. Necessità forte governo territoriale e punti di riferimento certi per interfaccia con Magistratura, Uepe, ecc.)
- Costituzione di un centro di valutazione del rischio di violenza (ASL/AOU) per migliorare le procedure di valutazione in soggetti con disturbi mentali e/o comportamenti trasgressivi con particolare riferimento alle persone sottoposte a misure di sicurezza e/o detenzione affette da infermità mentale e sottoposte a procedimento penale.
- Definizione di un progetto per l'apertura di una Residenza Psichiatrica Intermedia destinata ai pazienti dimessi (Villa Guicciardini, via Montughi a Firenze) dalle Rems.
- Ridefinizione rete SPDC e potenziamento posti letto in alcune aziende
La rete degli SPDC deve essere ridefinita e riequilibrata secondo criteri di bisogno territoriali, in modo da fornire risposte omogenee.
- Abitare supportato (percorsi avviati e finanziati).
Tutte le ex ASL afferenti alla ASL Toscana centro hanno di recente inviato in Regione lo stato di attuazione dei progetti finanziati in merito all'abitare supportato . Visto il ruolo che l'abitare supportato assume nei percorsi di autonomia e recovery sarebbe auspicabile progettare un percorso poliennale per sostenere questa modalità di "residenzialità" poco costosa e finalizzata al reinserimento degli utenti nella comunità.

Commento [U1]:

- Cartella HTH (prevista nel programma ICT dal secondo semestre 2016) essenziale per dare omogeneità al sistema e rispondere con appropriatezza al debito informativo verso Regione e Ministero oltre che essere utilizzata per il monitoraggio e valutazione delle prestazioni.
- Implementare legame con le Università, anche con accordi che consentano agli specializzandi di lavorare sul territorio con particolare riferimento al percorso di superamento OPG e all'area autismo

Ulteriori tematiche:

1. Autismo – screening PLS –progetto personalizzato – metodo Aba (e altri) da superare e integrare nel percorso– età adulta
2. Residenzialità (appropriatezza negli invii soprattutto per il percorso autismo)
3. Percorso depressione/schizofrenia (MMG) (DGR approvata percorso in corso di attivazione)
4. Indicatori MES – Network delle Regioni – Progetto salute mentale MES
5. Valutazione degli esiti (COROM e altri) (Ad oggi le ex 12 aziende hanno effettuato oltre 80.000 valutazioni con il coinvolgimento di 170 operatori salute mentale e Sert. L'argomento sarà portato all'interno del network delle regioni del MES)
6. Psicoeducazione: completata formazione su tutto il territorio.

Carcere

L'assistenza sanitaria in carcere deve trovare sempre più e meglio integrazione con i servizi territoriali, ferma restando la necessità di creare una équipe multidisciplinare all'interno dei 20 istituti toscani. Si riportano di seguito le principali azioni:

- Percorso residenziale minori: individuare strutture e creare rete fra Aziende e sistema penitenziario
- Minori
- Assistenza psicologica
- Prevenzione rischio suicidario
- Accreditamento presidi sanitari in carcere (da Accordo CU 2015)
- Appropriatezza prescrittiva

Dipendenze

Obiettivi:

- Gioco d'azzardo patologico: sperimentazioni residenziali e presa in carico pazienti (necessità di implementare i servizi e formarli sul tema). Tutte le aziende ad oggi si occupano attraverso i Sert della presa in carico dei pazienti ma con operatori in numero ridotto. Avvio progettualità innovative e sperimentali sul tema anche in attuazione della legge regionale sul Gap. In corso predisposizione implementazione linee guida.
- Marginalità. Proseguire con progetti bassa soglia. Estendere buone prassi esistenti in alcune aree (Pisa, Firenze, Livorno, Prato)
- Alcol
- Tabacco
- Dipendenze da sostanze
- Potenziamento Flussi informativi

Progetto trasversale (Salute Mentale/Dipendenze)

- Implementazione delle azioni psico-educative previste dal Piano Socio Sanitario Integrato 2012-2015.

3.5. Azioni e obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018

La promozione e l'implementazione delle politiche della prevenzione rappresentano una priorità per le politiche sanitarie ma soprattutto un utile investimento per lo sviluppo sociale ed economico in quanto evitare e prevenire le malattie in molti casi evita costi diretti (ospedalizzazioni, farmaci, esami) e costi indiretti (costi sociali e perdita di produttività).

Il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2014-18 della Toscana costituisce una grande opportunità per la salute collettiva nonché per i servizi di prevenzione collettiva, cui si presenta un'occasione probabilmente inedita per superare un'annosa marginalità.

Il Piano regionale della Prevenzione si articola in 7 programmi :

- ✓ Toscana per la salute
- ✓ Percorso nascita
- ✓ Lavoro in salute
- ✓ Ambiente e salute
- ✓ Prevenire le malattie infettive
- ✓ Sicurezza alimentare e Sanità Pubblica
- ✓ Amici a 4 Zampe.

I programmi si articolano con un cronoprogramma preciso in 72 progetti ciascuno dei quali è monitorato annualmente con degli indicatori sentinella per verificare i risultati rispetto ai valori attesi (complessivamente esiste una batteria di 104 indicatori sentinella).

Il Piano Regionale della Prevenzione può pertanto essere un ulteriore spunto per una svolta verso politiche innovative che promuovono la salute e liberano risorse all'interno del Servizio Sanitario Toscano.

Infatti la realizzazione degli obiettivi di Piano non solo aumenta il grado di buona salute dei cittadini, ma drena dal Sistema Sanitario Nazionale una ingente quantità di risorse economico-finanziarie: un doppio risultato positivo per la Regione Toscana.

Si tratta di un Piano che chiama alla integrazione e cooperazione diversi attori sia nell'ambito delle strutture socio sanitarie sia per quanto riguarda la platea degli attori sociali, sia per le Aziende Sanitarie (Asl e AOU), sia le zone distretto, la cui regia è affidata al Dipartimento di Prevenzione per la sua implementazione operativa in ciascuna Area Vasta.

4. Informatizzazione dei servizi sanitari come strumento per la costruzione della rete di area vasta

L'informatizzazione nell'ambito sanitario rappresenta una priorità chiave che attraversa in maniera trasversale tutte le macro-aree strategiche del Piano Operativo di Area Vasta.

La diffusione delle tecnologie informatiche, se inizialmente rispondeva ad esigenze interne aziendali come supporto quasi esclusivo alle procedure legali e amministrative-contabili, oggi deve seguire l'evoluzione della domanda e dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie con l'obiettivo di centralizzare il rapporto con l'utente.

Le riforme sanitarie, con le conseguenti fusioni aziendali, ha evidenziato ancora di più la frammentazione e la dispersione nell'utilizzo delle tecnologie informatiche accentuando la necessità della costruzione di un sistema informativo e tecnologico regionale, unico, innovativo ed integrato.

Sul fronte dell'innovazione tecnologica anche a livello nazionale il Ministero della Salute ha diffuso nuove linee di indirizzo per la telemedicina, con l'obiettivo di incentivarne l'utilizzo, in un ambito in cui l'evoluzione in atto della dinamica demografica, e la conseguente modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, rendono necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza.

Il contesto demografico-territoriale della Regione Toscana trova nelle modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina risposte fondamentali alla popolazione residente contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

Attraverso la Telemedicina si erogano i servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località.

Investire nell'innovazione tecnologica è da considerarsi fattore rilevante che può contribuire a sostenere la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria in atto nella Regione Toscana.

Per la definizione dei fabbisogni informatici le aziende sanitarie afferenti l'area vasta centro hanno considerato sia il contesto socio-sanitario di riferimento che i diversi ambiti territoriali. Le aziende sanitarie ed ESTAR hanno successivamente predisposto il Piano ITC per il triennio 2016-2018.

Il Piano individua i seguenti "MACRO-PROGETTI REGIONALI FINANZIATI" con alta priorità che saranno avviati nel 2016:

FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO	Standardizzazione e pubblicazione lettera dimissioni
RIS PACS	Aggiornamento tecnologico Avviamento in ISPO
SDO	evoluzione e integrazione SIO e percorso chirurgico
PIATTAFORME DI SERVIZIO AL CITTADINO	dematerializzazione ciclo prescrittivo CUP 2.O: rilascio nuova piattaforma centralizzata per domanda e offerta attività specialistica Scelta e revoca medico via web
ANAGRAFICA UNICA	circolarità all'interno delle aree vaste e regionale
PMA	informatizzazione
CARTELLA CLINICA ELETTRONICA	Introduzione di CCE su Meyer Avviamento di introduzione di CCE su USLTC
LABORATORI	Introduzione di Laboratorio Logico Unico centro regionale sangue software unico regionale
AMMINISTRATIVI	unificazione software contabilità

	unificazione software atti e protocollo unificazione software presenze-assenze
--	---

Il Piano Tecnologie prevede poi altri progetti di notevole impatto generale che riguardano:

INFRASTRUTTURE TRASVERSALI DI BASE	rete dati unica di Area Vasta Gara per rete radio unica regionale rete Wifi a tutte le aree vaste e gli ospedali
TERRITORIO	piattaforma di collaboration per professionisti e cittadini avviamento sperimentazione telemedicina telemonitoraggio, telerefertazione, standardizzazione su livello regionale della cartella socio-sanitaria nuova piattaforma registro tumori per ISPO

Il Piano delle Tecnologie 2016-2018 verrà poi aggiornato per scorrimento e sarà oggetto di monitoraggio continuo sulla base delle esigenze e delle priorità che verranno riscontrate.

Si evidenzia che oltre alle attività elencate nel Piano sono in corso a livello aziendale (ausl territoriali e aziende ospedaliere) un ulteriore serie di progetti che troveranno la loro conclusione nel prossimo triennio.

5. Il fabbisogno formativo e lo sviluppo delle competenze

Il miglioramento della qualità dei servizi nel sistema sanitario è un tema da tempo noto e condiviso, ma le sfide che il sistema sanitario deve oggi fronteggiare, in particolare i rapidi e costanti progressi scientifici e tecnologici, l'invecchiamento della popolazione e la cronicità, le limitate risorse disponibili, comportano una attenzione particolare alle competenze dei professionisti e al mantenimento di standard adeguati nella pratica clinica ed assistenziale. Fra gli strumenti utili per affrontare tali sfide, la formazione in sanità è sempre stata vista secondo due funzioni fondamentali per lo sviluppo e la crescita del sistema, la formazione di base dei professionisti sanitari e il mantenimento costante di una formazione aggiornata rispetto a conoscenze che cambiano continuamente e che richiedono competenze adeguate. Con l'approvazione della LR 84/2015, la formazione diventa strumento strategico della programmazione per la realizzazione del cambiamento. Le linee di indirizzo contenute nella programmazione di area vasta dovranno essere corredate anche di indicazioni strategiche relative alle esigenze formative necessarie al raggiungimento degli obiettivi di programmazione. Secondo la legge di riforma, il luogo dove questa riflessione ha origine è il dipartimento interaziendale di area vasta (DIAV). È in questa sede che la riflessione dovrà tenere congiunte dentro l'idea progettuale sia gli aspetti tecnici e organizzativi del cambiamento sia la definizione delle competenze che i professionisti devono possedere. In passato questo secondo aspetto è stato ampiamente delegato alla sensibilità degli operatori sanitari, tramite la raccolta delle esigenze formative. Nello spirito della LR 84/2015, già in fase di progettazione del cambiamento bisogna avere chiaro quali competenze le persone che, a vario titolo operano all'interno del sistema, devono possedere.

In questa fase storica del Sistema Sanitario Regionale, la formazione può avere una importante funzione di supporto al cambiamento in particolare nella precisazione e condivisione dei contenuti della riforma anche nella fase della sua evoluzione, mettendone in evidenza i vincoli di sistema, opportunità, punti di forza/debolezza, facilitando il superamento dei confini professionali sia essi di appartenenza sia di gerarchia, ridefinendo i ruoli aziendali, dei gruppi di lavoro e dei singoli professionisti, anche attraverso nuovi percorsi formativi fondati su metodi innovativi.

Un'altra importante funzione che la formazione dovrà assumere è quella di unificare le differenti concezioni di cambiamento che negli ultimi decenni le diverse categorie di professionisti hanno sviluppato, spesso in autonomia.

Il ruolo dell'Università degli Studi di Firenze nello sviluppo delle competenze

L'Università degli Studi di Firenze sancisce fin dall'articolo 1 del suo Statuto, che ne disciplina natura e finalità, la stretta relazione che la lega al Sistema Sanitario Regionale. L'Università degli Studi di Firenze, vi si legge, assicura l'apporto delle strutture dell'Ateneo, che operano nel campo della ricerca biomedica, alla realizzazione del diritto alla salute previsto dall'articolo 32 della Costituzione, perseguendo azioni coordinate ed integrate con il sistema sanitario e, in via prioritaria, con il Servizio Sanitario Regionale. Questa collaborazione fra Università e sistema sanitario si realizza nel supporto delle attività integrate di ricerca, didattica e assistenza, in conformità alla normativa in materia e nel rispetto dell'autonomia universitaria (art. 33 della Costituzione).

Come ribadito dalla normativa più recente (L. 240/2010), le università sono la sede primaria di libera ricerca e di libera formazione nell'ambito dei rispettivi ordinamenti e sono luogo di apprendimento ed elaborazione critica delle conoscenze; operano, combinando in modo organico ricerca e didattica, per il progresso culturale, civile ed economico della Repubblica. La norma medesima prevede, altresì, che le università statali nell'adeguare consequenzialmente i propri statuti possano prevedere strutture di raccordo, solitamente denominate Scuole, con funzioni di coordinamento e razionalizzazione delle attività didattiche, comprendenti la facoltà di proposta di attivazione o soppressione di corsi di studio e di gestione dei servizi comuni; prevede inoltre che, ove alle funzioni didattiche e di ricerca si affianchino funzioni assistenziali,

nei limiti delle disposizioni statali in materia, le Scuole ne assumano la responsabilità organizzativa secondo le modalità delineate in specifici Protocolli d'Intesa con la Regione di riferimento, garantendo l'inscindibilità delle funzioni assistenziali dei docenti di materie cliniche da quelle di insegnamento e di ricerca.

L'Università di Firenze, nel prevedere in Statuto le Scuole quali strutture di raccordo, ha individuato nella Scuola di Scienze della Salute Umana la struttura deputata al coordinamento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Il legislatore, peraltro, già dagli anni novanta (D.Lgs. 517/1999) aveva delineato i rapporti tra Servizio sanitario nazionale ed Università, individuando, tra l'altro, i due principali ambiti di interazione sotto il profilo formativo: le scuole di specializzazione e la formazione del personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione. Tale formazione si sostanzia attraverso corsi le cui attività si svolgono nelle Università, nelle Aziende ospedaliero-universitarie, nelle Aziende USL, negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, ovvero presso altre strutture del Servizio Sanitario Nazionale e istituzioni private accreditate.

E' quindi di tutta evidenza il circolo virtuoso che si instaura: l'università mette a disposizione le proprie competenze in formazione e ricerca, con l'internazionalizzazione ad essa collegata, per fornire basi teoriche e scientifiche più solide sulle quali innestare le competenze professionali delle quali il sistema sanitario dispone.

Da un lato una corretta valutazione prospettica del fabbisogno, dall'altro un'attenta programmazione delle capacità ricettive in termini di "posti/tirocinio" sono alla base di una formazione funzionale alle necessità e qualitativamente adeguata. Solo in questo contesto corsi di studio finalisticamente strutturati si propongono come percorsi che offrono concrete prospettive occupazionali, alle quali si giunge attraverso un'esperienza formativa che consente allo studente un contatto concreto e fruttuoso con quella che sarà la sua professione.

La Scuola di Scienze della Salute Umana annovera tra i suoi ventisei corsi, quattro lauree magistrali a ciclo unico (tra le quali il C.d.L. in Medicina e Chirurgia e quello in Odontoiatria e protesi dentaria), dodici lauree triennali per le professioni sanitarie (tra le quali il C.d.L. in Infermieristica), e sette lauree magistrali biennali.

Alla Scuola di Scienze della Salute Umana afferiscono anche le Scuole di Specializzazione per il corretto funzionamento delle quali la necessità di interazione tra Università e sistema sanitario è ancor più evidente. Infatti, condizione indispensabile per l'attivazione di una scuola di specializzazione è rappresentata dalla presenza di una rete formativa idonea, costituita da Unità Operative universitarie ed ospedaliere delle AOU, in larga misura, ma anche delle Aziende USL. Inoltre, col recente riordino delle scuole di specializzazione (D.M. 68/2015), il personale dirigente medico del sistema sanitario può essere inquadrato, mediante una procedura selettiva gestita dall'Università, come titolare di docenza a contratto della scuola, con un incarico formalizzato dall'Ateneo. Da sottolineare, infine, che il medico in formazione specialistica accede all'esame finale per il conseguimento del titolo solo dopo aver svolto personalmente una serie codificata di "atti medici", che lo vedono, quindi, parte attiva ed integrata nelle équipes di professionisti che operano nelle diverse Aziende per soddisfare il diritto alla salute.

In aggiunta a tutta questa attività di stretta pertinenza della Scuola di Scienze della Salute Umana, i Dipartimenti di Area Biomedica propongono all'Ateneo l'attivazione di nuovi master e corsi di perfezionamento rivolti a laureati in medicina e a professionisti sanitari, rispondendo in tempo reale alle incalzanti esigenze formative, tanto che attualmente questi corsi proposti dall'Area Biomedica coprono circa la metà di tutta l'offerta formativa di ateneo per questa tipologia.

L'Università provvede, dunque, al rilascio dei titoli di studio aventi valore legale relativi alle tipologie formative appena elencate. E' importante sottolineare, tuttavia, che la stessa organizza servizi didattici integrativi ed ogni altra attività didattica, compresa la formazione permanente. Pertanto, l'Università metterà a disposizione dei DIAV tutte le proprie competenze, anche quelle che travalicano le aree biomedica e scientifica, e che si estendono all'area delle scienze sociali, a quella tecnologica ed, infine, a quella umanistica e della formazione. Attraverso la definizione di percorsi formativi ad hoc, gli interventi potranno riguardare sia la formazione che l'aggiornamento professionale su temi specifici, riguardanti sia

l'area medica o delle professioni, che la psicologia delle organizzazioni e la gestione delle risorse umane o l'organizzazione aziendale e gestione per processi.

Attraverso la rilevazione dei fabbisogni formativi, ben ponderata ed orientata, si individueranno gli ambiti di azione per modellare, conseguentemente, la tipologia dei corsi da attivare. Nell'ambito della programmazione di Area Vasta Centro ed, in particolare, dell'Osservatorio Permanente della Formazione, una volta effettuata la ricognizione delle esigenze formative, si potrà pensare ad assets formativi indirizzati a gruppi di professionisti individuati dalle Aziende, ovvero alla definizione di percorsi formativi (perfezionamento/master) da offrire "a mercato" cui i singoli siano chiamati ad iscriversi.

In tutto questo complesso di attività formative un ruolo centrale verrà giuocato dalla didattica innovativa nelle sue varie forme, da declinarsi nel modo più appropriato nelle singole applicazioni (e-learning, simulazione, etc.). Lo sviluppo di questi modelli didattici rappresenta, attualmente, uno degli obiettivi prioritari dell'Università di Firenze.

In conclusione, il ruolo dell'Università di Firenze nello sviluppo delle competenze in sanità, sebbene non disgiungibile dalla missione istituzionale tipica di un Ateneo generalista, deve, però, essere declinato in stretta sinergia ed integrazione con il Sistema Sanitario Regionale, con le modalità e nei limiti previsti dal Protocollo d'Intesa Università – Regione.

La rappresentazione dell'offerta formativa dell'Università degli Studi di Firenze è riportata nell'Allegato E

Obiettivi:

Per ciò che riguarda la programmazione di Area Vasta Centro, si prevede, in collaborazione con l'Università degli Studi di Firenze, la creazione di un *Osservatorio Permanente della Formazione* di Area Vasta Centro con rappresentanti dei medici, infermieri, tecnici delle professioni, ordini professionali, associazione pazienti e cittadini.

Le strategie lungo le quali si propone di sviluppare l'azione formativa saranno, oltre a quelle regionali e specifiche di Area Vasta Centro :

- ✓ Piena applicazione del nuovo modello organizzativo del SSR
- ✓ Lavoro in team e relazioni multi professionali, come approccio alla continuità della presa in carico in ottica dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali PDTA
- ✓ Continuità Assistenziale in stretta connessione con il potenziamento del territorio
- ✓ Sviluppo delle competenze

Ulteriore obiettivo da perseguire è una stretta collaborazione con le Aziende Sanitarie per la realizzazione dei Piani Formativi Aziendali, al fine di raggiungere gli obiettivi formativi concordati e condivisi con le stesse.

6. Altri contributi alla formazione del Piano di Area Vasta

Oltre ai contributi acquisiti dalle Aziende Sanitarie, il Piano di Area Vasta si caratterizza per coinvolgere ed includere tutti i soggetti del sistema sanitario regionale sia da un punto di vista professionale che operativo. Al fine del consolidamento e piena operatività degli atti regionali, daranno un forte sostegno ISPO, il Rischio Clinico ed il Centro di Criticità Relazionali.

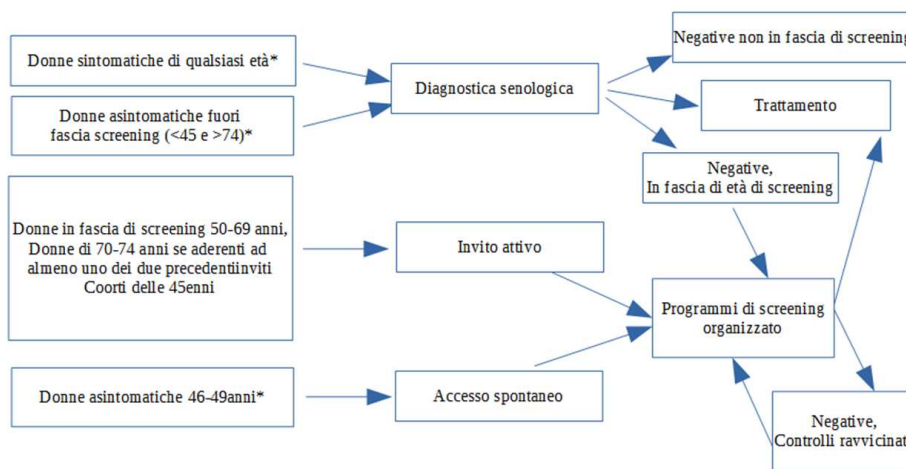
6.1. Progetti di prevenzione oncologica

Nell'ambito della prevenzione oncologica, in collaborazione con ISPO, si indicano quali ambiti prioritari di intervento in questa prima fase, le attività di implementazione e sviluppo in merito alla diagnosi precoce, come previsto da specifici provvedimenti nazionali e regionali relativi al Piano Nazionale e Regionale della Prevenzione. Si tratta nello specifico di:

- ✓ Screening mammografici
- ✓ Screening HPV

Screening mammografici

Lo Screening Mammografico offerto alle donne residenti in fascia di età 50-69 è un livello essenziale di assistenza. Le evidenze scientifiche dimostrano che lo screening mammografico riduce la mortalità pari al 20-30% nelle donne di età superiore ai 50 anni, mentre il vantaggio in termini di riduzione di mortalità risulta minore nelle donne di età inferiore ai 50 anni pari al 10-15%. Il Gruppo Italiano di Screening Mammografico (GISMa) nel 2006 organizza una Consensus nazionale che prevede l'estensione dello Screening mammografico alle donne di età inferiore ai 50 anni. Le indicazioni del Ministero della Salute sugli screening oncologici, pubblicate nel 2006 raccomandano fortemente il pieno raggiungimento della estensione del programma alle donne in fascia 50-69, delegando alle libere scelte regionali se estendere ad altre fasce. La Regione Toscana vuole estendere lo screening mammografico alle donne di età inferiore ai 50 anni e superiore ai 69 anni seguendo un "Flusso del Percorso Senologico" – PSSIR e PRO 50 anni e superiore ai 60 anni.



*= prestazione garantita entro 90 giorni

Realizzazione del programma:

- ✓ Arruolamento delle coorti delle 45enni nell'arco di cinque anni in modo tale da modulare l'impatto che questa estensione determinerà sul Sistema Sanitario Regionale.

- ✓ Invito attivo al programma di Screening a tutte le donne in fascia 70-74 anni che hanno partecipato ad almeno uno dei due inviti precedenti.
- ✓ Estensione del programma dai 45 ai 74 anni di età, rappresenta una opportunità per la realizzazione di percorsi personalizzati in funzione delle caratteristiche individuali da una parte e dalla innovazione tecnologica dall'altra.

Percorsi Innovativi:

- La Regione Toscana, valutate le evidenze scientifiche disponibili ed in funzione dei criteri di appropriatezza e di razionalizzazione delle risorse, prevede di attivare, all'interno dei programmi di Screening mammografico organizzati, percorsi innovativi standardizzati e monitorabili su cui operare valutazioni di efficacia, appropriatezza, efficienza e riproducibilità.
 - La Regione Toscana intende individuare per ogni Area Vasta un programma di screening che inviti le coorti delle 45enni ad effettuare una mammografia; le donne aderenti verranno seguite per cinque anni con modalità di intervento tailored (su misura), con un arruolamento di 4-6000 donne per anno; ci saranno valutazioni ad interim sulla adozione di stili di vita più salutari, ad ogni donna sarà offerta la possibilità di accedere tramite un codice personale ad un portale web per informazioni in merito alla prevenzione oncologica primaria e secondaria.
 - Il Programma di screening sarà curato dall'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica che si occuperà anche di garantire l'adeguata formazione/aggiornamento del personale coinvolto.
- Innovazione tecnologica

Innovazione Tecnologica:

L'innovazione tecnologica sempre più avanzata offre ulteriori vantaggi in termini di salute. La Tomosintesi si è dimostrata efficace nell'identificare lesioni mammarie e nel ridurre il numero di richiami ad approfondimento diagnostico dei falsi positivi. La Regione intende affiancare, per ciascuna delle tre Aziende Sanitarie, la Tomosintesi in modo da arruolare, in un arco temporale di 2 anni, donne in fascia 50-65 anni, randomizzandole con esame mammografico tradizionale e successivamente con Tomosintesi. Il Progetto sarà curato dall'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica che si occuperà anche di garantire l'adeguata formazione/aggiornamento del personale coinvolto e relative analisi e valutazioni di costo-efficacia.

Screening HPV

La Regione Toscana ha approvato un protocollo di implementazione graduale dello Screening per il tumore del collo dell'utero con Test HPV offerto alle donne di età compresa tra i 34 – 64 anni.

Tale protocollo prevede che nelle donne positive al Test HPV sia letto il Pap test di triage e che sulla base del suo risultato la donna sia indirizzata ad un approfondimento colposcopico o ad un controllo con nuovo Test HPV ad un anno.

La Regione Toscana ha ritenuto che le massime garanzie di efficacia e di qualità si realizzino attraverso una gestione centralizzata del Test HPV.

Tale centralizzazione è stata resa possibile tramite l'istituzione di un laboratorio regionale di prevenzione oncologica presso ISPO a cui le Aziende Sanitarie devono inviare i prelievi HPV.

Il laboratorio di ISPO è inoltre deputato alla lettura dei Pap Test di Triage delle donne HPV positive.

Obiettivi:

- ✓ Implementazione da completare nelle tre Aziende di AV
- ✓ Miglioramento dei tempi di intervallo test-referto rispetto ai tempi Pap test
- ✓ Riduzione dei costi per nuove gare ESTAR e centralizzazione
- ✓ Implementazione e tempistiche per adeguamento dei Sistemi informativi

6.2. La sicurezza delle cure: il rischio clinico nella nuova organizzazione della rete di Area Vasta Centro

Relativamente alle attività per la sicurezza delle cure da realizzare all'interno dei percorsi di ciascuna area vasta nel prossimo anno, è possibile pensare di articolare la programmazione su tre aree:

- la realizzazione di audit per la gestione del rischio clinico di area vasta
- l'analisi proattiva dei rischi associata ai PDTA di area vasta
- la sperimentazione di un percorso di integrazione ospedale-territorio basato su un approccio metodologico innovativo e olistico che si concentri sui bisogni della popolazione di riferimento tout court piuttosto che su una delle sue caratteristiche -patologie o bisogni sociali - (approccio Triple Aim dell'IHI).

Nella riorganizzazione in atto all'interno del sistema sanitario toscano concentrarsi su queste aree di attività per la promozione delle cure nei percorsi di area vasta, permette di rispondere a diverse finalità: da una parte mira a consolidare l'utilizzo di alcuni metodi e strumenti classici della gestione del rischio clinico come l'audit, dall'altra promuove approcci innovativi per affrontare le sfide legate a nuovi livelli di integrazione da realizzare nel sistema sanitario, che fra sistema sanitario e sociale, e comunità in senso più ampio. Inoltre si vuole contribuire alla riorganizzazione dei percorsi di area vasta adottando, con un respiro più ampio, tecniche che hanno già dimostrato nella loro applicazione in progetti specifici, la loro efficacia nel prevenire rischi e garantire qualità e sicurezza.

Di seguito si presentano nel dettaglio i contenuti di ciascuna delle aree proposte.

Realizzazione di audit per la gestione del rischio clinico di area vasta

I dati del Piano Regionale Esiti come i risultati dei gruppi itineranti per la sicurezza del paziente, forniscono input utili per effettuare approfondimenti relativi a temi particolarmente complessi o critici da gestire nei percorsi clinico - assistenziali di area vasta. Attraverso l'utilizzo della metodologia dell'audit per la gestione del rischio clinico e quella più classica dell'audit clinico ci si propone di analizzare in collaborazione con tutta la rete coinvolta alcuni di questi percorsi interaziendali come ad esempio: la rete per la gestione dell'ICTUS o per l'Infarto Miocardico Acuto e la rete pediatrica per il trasporto del paziente pediatrico critico.

Analisi proattiva dei rischi associata ai PDTA di area vasta

Nella costruzione di nuovi percorsi di area vasta al fine di garantire qualità e sicurezza per il paziente, è fondamentale considerare sin dall'inizio nella progettazione le criticità reali e potenziali dei processi da condividere e definire, attraverso l'utilizzo di metodologie ad hoc come la FMEA - FMECA. Sono molti i servizi in fase di centralizzazione (centrali 118, preparazione farmaci antitumorali, officine del sangue, diagnostica di laboratorio e di anatomia patologica, ecc.), come i percorsi in cui integrare diverse attività svolte in presidi differenti su cui realizzare una progettazione in termini di prevenzione di potenziali rischi per il paziente. Una volta fatte le valutazioni del rischio ed il ridisegno dei percorsi sulla carta, attraverso la simulazione in situ sarà possibile testarli nella pratica per adattarli ai contesti operativi prima di approvarli definitivamente.

Sperimentazione di un percorso di integrazione ospedale/territorio - azienda ospedaliera/azienda territoriale basato su un approccio metodologico innovativo

Si propone di sperimentare un percorso in cui integrare le politiche socio-sanitarie attraverso il nuovo modello del Triple Aim, proposto dalla IHI (Institute for Healthcare Improvement), per la pianificazione a livello strategico. Questo approccio enfatizza l'importanza, nella pianificazione di nuovi interventi, di tener conto del miglioramento di 3 dimensioni contemporaneamente: salute della popolazione di riferimento; esperienza di salute del paziente; controllo dei costi pro-capite. Elementi vincolanti e imprescindibili per

realizzare questo nuovo approccio di integrazione socio-sanitaria sono: l'aver come obiettivo target non una patologia ma una popolazione con le proprie caratteristiche socio economiche e non solo sanitarie; il tener conto delle condizioni poste dal sistema politico (limiti di spesa con budget assegnato) e garantire equità); l'identificare dei soggetti del sistema che funzionino, a vari livelli, da "integratori" capaci di gestire i servizi per agire sulle 3 dimensioni in contemporanea e garantire l'applicazione della strategia che viene decisa per la popolazione di riferimento. Il percorso sperimentale potrebbe avere come focus i pazienti con dimissioni difficili che rappresentano una sfida in termini di gestione coordinata fra aziende ospedaliere e territorio e fra i diversi soggetti sul territorio.

In termini di attività specifiche da realizzare si definiscono tre priorità:

- La prevenzione delle infezioni attraverso: la diffusione del percorso sepsi per l'identificazione precoce e la gestione efficace della sepsi e la messa a punto di un percorso per l'applicazione dell'antimicrobialstewardship in ospedale
- La prevenzione degli eventi avversi legati al parto grazie alla definizione e diffusione di una check list di sala parto per la sicurezza della mamma e del bambino
- La prevenzione degli errori di comunicazione attraverso la promozione della pratica dell'handover in ospedale e tra ospedale e territorio

Percorso Sepsis

- Razionale

La sepsi è un'emergenza medica. Ha una mortalità molto elevata quando si accompagna a insufficienza d'organo (sepsi grave, 20-25%) o a uno stato di shock (shock settico, 40-70%). Nella popolazione toscana i ricoveri per sepsi grave sono quintuplicati passando dai 566 del 2005 ai 2719 del 2012. Se tali condizioni non vengono tempestivamente riconosciute e trattate secondo le linee guida la possibilità di sopravvivenza si riduce drasticamente del 20% per ogni ora trascorsa al di fuori del percorso clinico assistenziale. Un'azione sinergica e coordinata da parte dei team di operatori al pronto soccorso e nei reparti di degenza improntata all'applicazione delle linee guida internazionali e raccolte nel documento "percorso sepsi" (GRC 2015) può ridurre la mortalità del 18%. Dalla ricognizione organizzativa portata avanti dal gruppo Regionale sul percorso Sepsis fra giugno e novembre del 2015 (vedi allegato) emerge che l'integrazione fra le differenti unità clinico-assistenziali necessitano di ulteriori sforzi al fine di conseguire una maggiore efficacia nell'identificazione e gestione della sepsi grave dello shock settico.

- Intervento

Emerge la necessità di un'azione formativa in due fasi. Nella prima fase la formazione ha l'obiettivo di consolidare le competenze medico-assistenziali di un gruppo selezionato di operatori afferenti alle diverse unità coinvolte nel percorso sepsi secondo le indicazioni formative messe a punto dal gruppo regionale sepsi (vedi allegato) per l'identificazione e la gestione del paziente con sepsi grave o shock settico dalla prima alla terza ora dall'identificazione. In parallelo, la formazione ha la necessità di promuovere in ogni ospedale l'implementazione del percorso diagnostico terapeutico assistenziale per l'identificazione e la gestione della sepsi grave e dello shock settico in ogni reparto e/o area dell'ospedale in cui tali condizioni possano presentarsi promuovendo una logica di trattamento tempo dipendente – ovvero scandita da 3 azioni terapeutiche e 3 diagnostiche (sepsis-six) - in continuità fra le unità clinico assistenziali coinvolte nel percorso sepsi devono. Nella seconda fase la formazione secondo i tempi e le modalità adattate al singolo ospedale, ha l'obiettivo di diffondere a tutte le unità coinvolte nel percorso sepsi i contenuti formative e gli adattamenti organizzativi frutto della prima fase.

- Risultati attesi

L'intervento formativo ha lo scopo di diffondere le competenze per una corretta gestione dello sepsi grave e dello shock settico secondo un modello operativo calato in ogni singolo presidio ospedaliero. Ha inoltre lo scopo di costruire un terreno comune fra i team medico-infermieristici dell'emergenza urgenza, dell'area

medica, dell'area critica, dell'area chirurgica dell' infettivologia e della microbiologia che renda possibile il conseguimento dei seguenti obiettivi:

- ✓ Appropriata ed adeguata terapia antibiotica precoce
- ✓ Appropriata ed adeguata rianimazione emodinamica precoce
- ✓ Appropriato controllo precoce del focolaio d'infezione

La formazione ha fra i risultati attesi l'aumento della sensibilità degli operatori alla codifica con codici ICD relativi alle patologie della sepsi grave e dello shock settico. I risultati progressivamente raggiunti con l'intervento saranno oggetto di misurazione e verifica attraverso la conduzione di un audit clinico regionale a cadenza annuale sul "Percorso Sepsis", che includa il monitoraggio dei risultati attesi utilizzando indicatori validati di esito sia clinico che funzionale con l'analisi dei costi per caso trattato.

Il percorso dell'antimicrobialstewardship

- Razionale

Un efficace utilizzo degli antibiotici non solo determina il successo della cura dei singoli pazienti ma è anche un fattore chiave per ridurre la diffusione dei microrganismi multiresistenti. L'introduzione, sia in ospedale sia negli altri ambienti di cura, di programmi di stewardship ha ottenuto risultati significativi. Se consideriamo che, in quanto a consumo di antibiotici e a tasso di antibiotico-resistenze, siamo una delle regioni con la performance peggiore a livello europeo, risulta prioritario intervenire in questo ambito per diminuire il tasso di infezioni nelle nostre strutture sanitarie.

- Intervento

Non esistono modelli specifici da seguire per mettere in atto un programma di stewardship degli antibiotici. La complessità delle scelte cliniche e terapeutiche, assieme alle differenze organizzative e di contesto degli ospedali, rendono difficile definire un standard che si adatti ad ogni situazione. Osservando le esperienze di successo possiamo però individuare alcuni elementi chiave comuni: leadership, commitment e accountability, approccio multidisciplinare, monitoraggio e feedback, formazione.

Si prevede di completare una ricognizione organizzativa già avviata relativa alle attività svolte in ogni presidio per l'antibioticstewardship. Sulla base degli input raccolti nel 2016 si avvierà un programma in ciascun presidio per l'analisi dei percorsi di gestione degli antibiotici al fine di definire dei requisiti minimi di sicurezza e degli indicatori di valutazione degli stessi sui percorsi. In programmi saranno strutturati intorno ai quattro assi riconosciuti come strategici per l'antibioticstewardship e che sono già stati in precedenti richiamati, ovvero la leadership, l'impegno e l'affidabilità dei responsabili dei percorsi, l'approccio multidisciplinare, i sistemi di monitoraggio e feedback e i programmi di formazione.

- Risultati attesi

Si prevede di pervenire alla definizione di programmi di antibioticstewardship coerenti con le linee guida internazionali in ciascun presidio, con associati standard di sicurezza e relativi indicatori di valutazione, nonché alla diminuzione del consumo di antibiotici e delle antibiotico resistenze in ciascun presidio in cui è stato messo in campo un programma di antibioticstewardship.

La check list di sala parto per la sicurezza della mamma e del bambino

- Razionale

In paesi ad alto reddito l'uso di strumenti di supporto al lavoro degli operatori sanitari nell'ottica della gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente è abbastanza consueto. Ne è esempio l'adozione della checklist nella pratica clinica che ha dimostrato una riduzione di decessi e complicanze in terapia intensiva medicina e chirurgia. La checklist può rappresentare un valido strumento ai fini di migliorare qualità e sicurezza delle prestazioni anche durante l'evento parto. Ad oggi sono presenti in letteratura linee guida per le migliori pratiche, ma non sempre vengono applicate e rispettate e talvolta anche gli interventi

efficaci e relativamente poco costosi e facili da eseguire, possono essere difficili da ricordare ed eseguire nella corretta sequenza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto una checklist per il parto (SafeChildbirthChecklist) pensata per i paesi a basso e medio reddito e sperimentata inizialmente in Africa e in Asia per poi arrivare ad un pieno coinvolgimento dei paesi ad alto reddito.

- Intervento

L'obiettivo generale è quello di mettere a punto e diffondere una checklist per l'evento nascita come strumento di verifica e controllo dell'adeguatezza delle procedure cliniche a supporto degli operatori in coerenza con i percorsi clinico assistenziali nazionali e condivisa con gli operatori del sistema sanitario regionale.

La partecipazione del Centro GRC alla sperimentazione internazionale è iniziata nel 2014 con la messa a punto di uno strumento ad hoc per il contesto toscano a partire da quello del WHO, realizzato in base a criteri di ergonomia e usabilità da parte di ergonomi certificati e da un gruppo multidisciplinare di specialisti (ostetriche, ginecologi, anestesisti, pediatri). La bozza di checklist redatta in base a criteri di ergonomia e usabilità da parte di ergonomi certificati, è stata presentata ad un gruppo multidisciplinare di specialisti (ostetriche, ginecologi, anestesisti) ai fine di condividerne il contenuto e sviluppare un prototipo identificando gli items appropriati alla realtà italiana. Il prototipo è stato messo in sperimentazione in Prato, Careggi, Firenze. La sperimentazione, tuttora in corso si concluderà al raggiungimento di 1000 checklist compilate per ogni azienda coinvolta e con una conseguente valutazione dell'usabilità dello strumento e del suo impatto sulle buone pratiche cliniche e organizzative di pertinenza alla sicurezza del percorso parto.

Azioni principali dell'intervento sono:

- formazione degli operatori all'utilizzo della check list
- applicazione della check list per tutti i parti di un centro nascita
- valutazione del suo utilizzo attraverso revisione della documentazione clinica, questionari di gradimento, osservazione sul campo
- valutazione del suo impatto su qualità e sicurezza attraverso analisi esiti nella documentazione clinica

Per il 2016 è prevista la messa a punto del modello definitivo di check list, la definizione dei requisiti organizzativi e tecnici per la sua corretta applicazione e la diffusione degli stessi attraverso la definizione di una pratica per la sicurezza ad hoc. Si prevede anche di estendere e supportare la sua applicazione in tutti i punti nascita della Regione Toscana.

- Risultati attesi

Il risultato finale atteso è la diffusione in tutte le strutture sanitarie regionale della checklist di sala parto e della buona pratica regionale correlata. Una riduzione degli eventi avversi associati all'evento nascita con una riduzione della mortalità intra-partum.

La promozione della pratica dell'handover in ospedale e tra ospedale e territorio

- Razionale

Il coordinamento delle cure è l'attività di organizzazione fra due o più partecipanti ed il paziente, è parte integrante della cura e permette l'erogazione appropriata dei servizi sanitari. L'organizzazione delle cure prevede la distribuzione delle competenze e delle altre risorse necessarie per portare avanti le attività richieste ed è basata su un'efficace scambio di informazioni e responsabilità per i diversi aspetti della cura fra i diversi soggetti coinvolti. La comunicazione al momento delle transizioni fra le diverse unità dello stesso ospedale e fra ospedale e territorio, necessita di essere organizzata per ridurre il rischio per il paziente e gli operatori.

- Intervento

La formazione in questo ambito strategico ha la necessità di:

- ✓ Consolidare l'organizzazione efficace delle transizioni e specificamente delle dimissioni e delle ammissioni rafforzando le competenze degli operatori in merito alla comunicazione al paziente ed ai familiari al momento dell'accesso e della dimissione (focus su riconciliazione di terapia secondo la raccomandazione ministeriale)
- ✓ Produrre schemi comunicativi condivisi e standardizzati per le transizioni nei percorsi di cura con particolare enfasi su quelli ospedale territorio (focus su handover e handover ospedale territorio)
- ✓ Stratificare il rischio per i pazienti più esposti riammissioni non pianificate o danno relativo mancato/carente coordinamento (focus su misurazione e raccolta handover ospedale territorio)

- Risultati attesi

La formazione in questo ambito strategico ha la necessità di produrre l'implementazione del passaggio di consegne nei percorsi clinico assistenziale fra differenti equipe di operatori all'interno dell'ospedale e utilizzando i concetti espressi nella Pratica per la sicurezza del paziente di raccogliere evidenze di implementazione dell'handover ospedale territorio che diventino riferimento regionale. Un risultato atteso è inoltre la capacità di coinvolgere le cure primarie (MMG), i caregiver dei pazienti e di pazienti, attraverso iniziative di progettazione e/o condivisione di strumenti esistenti anche digitali per la comunicazione al momento delle transizioni nei percorsi di cura.

6.3 Proposte per il superamento delle criticità relazionali

La sostenibilità del sistema sanitario regionale dipende da una molteplicità di fattori necessari, ma di per sé non sufficienti se presi singolarmente o solo parzialmente. Elementi fondamentali sono le prestazioni sanitarie erogate e l'esito che queste hanno sull'individuo e sulla popolazione. Tutto ciò non può essere scisso dalla sostenibilità generale del sistema. Quando affrontiamo il tema della sostenibilità del sistema sanitario, in generale viene fatto riferimento alla gestione di alcuni elementi quali le strutture, le tecnologie, le conoscenze, il personale, l'organizzazione, le politiche, il management e la leadership.

La performance di un'organizzazione sanitaria è da valutarsi non solo alla luce di una adeguata integrazione degli elementi precedentemente citati, ma anche tenendo conto degli esiti delle prestazioni, della salute e sicurezza delle persone coinvolte nel sistema, nonché dei livelli di rischio clinico e degli aspetti correlati al benessere organizzativo.

Il CRR Criticità Relazionali, come previsto sia nella DGR del 21.05.2007 n. 356 sia nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, ha il compito di promuovere e coordinare le azioni inerenti le tematiche delle criticità relazionali, la salute organizzativa, lo stress lavoro-correlato e il disagio lavorativo dei professionisti impegnati nel sistema sanitario regionale. Come si può evincere da quanto detto, l'azione del CRR Criticità Relazionali ha una duplice valenza sulla performance dell'organizzazione: da un lato supporta il personale, l'organizzazione, le politiche, il management e la leadership, e dall'altro funge da indicatore di qualità nel momento in cui gli effetti della stessa performance vengono messi in relazione con la salute e la sicurezza dei professionisti e il benessere organizzativo.

Per ciò che concerne la programmazione di area vasta, il CRR Criticità Relazionali si propone, per il 2016, di accompagnare il cambiamento organizzativo attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento delle direzioni dei dipartimenti aziendali e di area sui temi correlati alla cura delle relazioni e alla salute organizzativa, nonché dello sviluppo organizzativo, come previsto nella Direttiva del 24 marzo 2004 su "Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle pubbliche amministrazioni" e al punto 5.3 del Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 della Regione Toscana.

6.4. Salute e Genere: Codice Rosa

Salute e Genere

La salute e medicina di genere è da qualche anno divenuta un patrimonio culturale degli operatori sanitari delle aziende del SSR.

Numerosissime sono state le esperienze, progetti, interventi formativi portati avanti dai coordinamenti Salute e Medicina di genere nelle realtà delle Aziende Sanitarie territoriali e dalle Aziende Ospedaliere Universitarie.

Con la riorganizzazione del SSR nell'Area Vasta Centro, sarà proseguito il lavoro promosso dai coordinamenti territoriali e dalle Aziende Ospedaliere Universitarie e, allo stesso tempo, la potenzialità data dalla maggiore integrazione derivata dalla unificazione sarà un nuovo impulso alle progettualità in corso e alle nuove azioni progettuali sia locali sia coordinate dal Centro regionale Salute e Medicina di genere.

Codice Rosa

Dal 2014 il Codice Rosa è attivo in tutte le Aziende sanitarie e ospedaliere della Toscana.

Scopo principale del progetto è coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze, per dare una risposta efficace già dall'arrivo della vittima al pronto soccorso.

La Regione Toscana è stata la prima ad attivare tale progettualità già dal 2009, visto che le vittime del fenomeno della violenza di genere sono in costante aumento e che risulta fondamentale mettere in luce un ambito ancora largamente sommerso.

La parte più conosciuta del fenomeno, ossia quella che emerge dalle situazioni conclamate e rilevate dai centri antiviolenza e centri ascolto, denunce e accessi al pronto soccorso ed ai consultori, rappresenta soltanto una sottodimensione del fenomeno. L'Istat rileva che a livello nazionale quasi un terzo delle donne tra i 16 e i 70 anni ha subito un episodio di violenza fisica nel corso della vita e che quasi il 90% dei casi non vede alcuna denuncia. Fenomeno che è stato trascurato anche perché sul versante conoscitivo fino a qualche tempo fa si rilevava la totale assenza di informazioni.

Oggi in Regione Toscana ai consueti dati provenienti dall'Osservatorio sociale regionale, dalle diverse reti provinciali contro la violenza, (Province, Comuni, centri antiviolenza e centri ascolto, Prefetture, Procure) si affiancano i dati provenienti dalle aziende sanitarie.

Il Codice Rosa identifica un percorso di accesso al pronto soccorso riservato a tutte le vittime di violenze che, a causa di particolari condizioni di fragilità, più facilmente possono diventare vittime di violenza e discriminazioni sessuali: donne, uomini, adulti e minori che hanno subito maltrattamenti e abusi. Il Codice Rosa non sostituisce quello di gravità, ma viene assegnato insieme a questo da personale addestrato a riconoscere segnali non sempre evidenti di una violenza subita anche se non dichiarata. Quando viene assegnato un Codice Rosa, si attiva il gruppo operativo composto da personale sanitario (medici, infermieri, psicologi) e dalle forze dell'ordine. Il gruppo operativo dà cura e sostegno alla vittima, avvia le procedure di indagine per individuare l'autore della violenza e se necessario attiva le strutture territoriali.

Al codice è dedicata una stanza apposita all'interno pronto soccorso, la Stanza Rosa, dove vengono create le migliori condizioni per l'accoglienza delle vittime.

Il numero dei codici rosa dal 2013 ad oggi è in costante aumento, tra il 2013 ed il primo semestre 2015 gli accessi di donne al pronto soccorso aderenti al progetto sono stati quasi 5.800, di cui 557 riguardanti minori. A livello territoriale, i numeri risentono ancora del fatto che alcune aziende sono entrate per prime ed altre sono entrate nel corso del 2014.

Le aziende sanitarie afferenti l'area vasta centro si impegnano a mettere a regime e potenziare tale progettualità anche considerato che il rapporto regionale sulla violenza di genere rileva che dal 2009 al 2014 ci sono stati in Toscana 77 femicidi, di cui 17 nella provincia di Firenze, il territorio toscano

maggiormente interessato al fenomeno.

Codici rosa di donne in AVC

azienda sanitaria	anno 2013		anno 2014		I sem. 2015		totale
	adulti	minori	adulti	minori	adulti	minori	
AUSL Toscana Centro	275	22	550	46	331	30	1254
AO Careggi	490	33	310	23	132	7	995
AO Meyer	0	46	0	47	0	23	116
totale AVC	765	101	860	116	463	60	2365

Fonte Osservatorio Sociale Regionale

7. Percorsi specifici di Area Vasta Centro: i progetti dei Dipartimenti Interaziendali

Nell'ambito dei Dipartimenti Interaziendali sono stati attivati nel corso del 2015 gruppi di lavoro che hanno iniziato a produrre progettualità attualmente in diverse fasi di elaborazione. Gli argomenti dei gdl sono elencati nell'Allegato "E" e rappresentano le progettualità che si intende proseguire all'interno dei nuovi DIAV.

Ulteriori gruppi di lavoro potranno essere attivati in relazione a problematiche e/o criticità che verranno evidenziate sia dai professionisti sia da tutti gli attori coinvolti.

I progetti sotto riportati sono il frutto di un lavoro che si è sviluppato sulla base di una metodologia comune che pone il percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) quale fondamento-guida e roadmap del percorso sviluppato.

I gruppi di lavoro hanno definito i progetti partendo dall'analisi e valutazione degli schemi organizzativi in essere, dai livelli di attività, dai risultati attuali e dall'analisi della variabilità.

I piani di lavoro proposti, attraverso la revisione del processo assistenziale/produttivo, progettano il "layout produttivo ottimale" dei percorsi interaziendali di Area Vasta Centro. L'obiettivo è di riprogettare/riorganizzare i percorsi identificando le attività che non aggiungono valore o che sono inefficienti, valutando l'impiego migliore delle risorse per rispondere in modo appropriato e corretto alla domanda di salute e benessere dell'utente.

I lavori proposti, frutto dell'elaborazione tecnico-professionale multidisciplinare e multi professionale dei professionisti delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Centro hanno l'obiettivo di una maggiore standardizzazione dei processi organizzativi e dei processi produttivi per raggiungere risultati e/o prodotti definiti, con recupero di efficienza e qualità.

Vengono di seguito indicate le progettualità già in fase di definitiva elaborazione e che verranno rese immediatamente operative:

Progetti USL Toscana Centro/AOU Careggi
1. Scompenso cardiaco
2. Rete delle patologie neurologiche croniche ricorrenti
3. Neuropsichiatri infantile
4. Percorso oncologico PDTA big killer Mammella
5. Percorso oncologico PDTA big killer Polmone
6. Percorso oncologico PDTA big killer Colon retto
7. PDTA Tumori Colon retto: percorso recupero stile di vita attraverso prescrizione esercizio fisico
8. Percorso patologia ortopedica Piede e Caviglia
9. Infezioni correlate all'assistenza
10. Diabetologia

11. Percorso nascita
Progetti USL Toscana Centro/AOU Careggi
12. Mappatura del territorio, contestualizzazione dei livelli "Odontoiatria"
13. Melanoma e Tumori cute
14. Calcolosi urinaria
15. Dermatologia allergologica, professionale e ambientale
16. Malattia psoriasica
17. Dermatologia Pediatrica
18. Postacuti
19. Pneumologia
20. Medicine complementari
21. Oncologia: Protocolli terapeutici condivisi – innovazione e sostenibilità
22. Percorso nascita: livelli assistenziali, trasporto materno e trasporto neonatale
23. Medicina vascolare e accesso alla diagnostica vascolare

Il Piano Operativo di Area Vasta, essendo strumento flessibile e aperto, recepirà e renderà operative le altre progettualità, già presentate in fase preliminare, di seguito riportate:

PROGETTI USL Toscana Centro / AOU Careggi	
DIAVC	GDL • SOTTOGRUPPO
Emergenza Urgenza e Reti Tempo Dipendenti	1. Percorso Traumatologico in ambito ortopedico
	2. Flussi da e per il Pronto Soccorso: <ul style="list-style-type: none"> • Misure per limitare il fenomeno del Crowding in pronto Soccorso • Misure per limitare il fenomeno del Boarding in Pronto Soccorso • Strumenti per la misurazione delle performances individuali degli operatori del DEU
	3. Osservazione Breve – Medicina d'Urgenza
	4. Indicatori di performance delle terapie intensive
	5. Area Critica
	6. Oncoematologia
Medicina Diagnostica di Laboratorio	7. Laboratorio - <i>Marcatore cardiovascolari (SCA e scompenso cardiaco)</i>
Materno Infantile	8. Ginecologia oncologica
	9. Diagnosi prenatale
Percorso della Cronicità e della Continuità Assistenziale	10. Centro di valutazione rischio di violenza
	11. Progetto Tele Dialisi

Ulteriori progetti potranno essere presentati successivamente nel momento della loro completa e definitiva elaborazione comprensiva del percorso previsto di condivisione dei contenuti.