



NUOVO PATTO TERRITORIALE

Colline dell'Albegna

26-07-2013



Capalbio



Isola del Giglio



Magliano in Toscana



Manciano



Monte Argentario



Orbetello



Pitigliano



Sorano

Premessa

Il 19 gennaio del 2008 fu sottoscritto il “**Patto Territoriale delle Colline dell'Albegna**”, nel quale furono definite le linee organizzative ospedaliere e territoriali che avrebbero caratterizzato le azioni di rinnovamento degli anni a seguire. Nel patto siglato venivano indicati gli interventi condivisi e ritenuti prioritari da tutti i soggetti coinvolti, per garantire il mantenimento di funzioni sanitarie di qualità ed in linea con i bisogni di una popolazione disomogeneamente distribuita nel territorio, con notevoli differenze tra la zona costiera e la zona collinare dell'entroterra. Da tale distribuzione territoriale degli abitanti emersero diverse valutazioni sui bisogni e sulle possibili risposte sanitarie.

Per il Presidio Ospedaliero delle Colline dell'Albegna, articolato in due stabilimenti ospedalieri, uno con sede ad Orbetello e l'altro a Pitigliano, fu condiviso di caratterizzare i due stabilimenti ospedalieri, in linea con i bisogni, ma nel rispetto dell'integrazione, della sicurezza e della qualità dei servizi erogabili e della sostenibilità.

Gli elementi che caratterizzavano il patto sottoscritto, furono pertanto declinati per i singoli stabilimenti, con l'impegno tra le parti a verificarne periodicamente il rispetto.

Tra i più rilevanti si segnalano:

Stabilimento di Pitigliano

- L'individuazione di un referente per le attività di Direzione Ospedaliera, di referenti infermieristici e tecnici per le aree funzionali e per i setting costituiti in applicazione del nuovo regolamento
- La realizzazione di una Elisuperficie a Pitigliano
- La realizzazione di un Pronto Soccorso dotato di personale autonomo infermieristico e medico, con allestimento di 1 posto di OBI e dotazione di un ecografo (donato dal Comune e dalla Banca)
- La realizzazione di un'area di degenza in linea con i nuovi modelli organizzativi con personale medico ed infermieristico adeguato
- La realizzazione di un'area a ciclo diurno medico/chirurgica con attività calibrata sui bisogni della popolazione ed in linea con i requisiti previsti per l'accreditamento delle strutture
- La realizzazione di un progetto regionale di sviluppo del Dh oncologico
- La realizzazione di 5 posti letto tecnici per la dialisi
- L'organizzazione di un laboratorio di analisi diurno gestito da personale tecnico con utilizzo del Point of care (pomeriggi, notturni e festivi) per refertazione a distanza e frigoemoteca per il settore trasfusionale
- La realizzazione di posti letto territoriali (4p.l.) a gestione MMG
- La conferma delle attività ambulatoriali presenti con verifica di potenziamento sulla base di bisogni (sviluppo oculistica e neurologia)
- L'attivazione del RIS-PACS
- L'acquisizione di una TAC 4 slices e realizzazione di locali dedicati

Oltre ai punti sopra riportati previsti nel precedente patto e periodicamente verificati nella loro attuazione è stato sviluppato:

- Il progetto di “medicina integrata” e sono stati ristrutturati ad hoc spazi dedicati ed inseriti medici esperti in omeopatia ed agopuntura
- E' stata ristrutturata l'accoglienza e la sala di attesa
- Sono stati ristrutturati i locali per l'attività di donazione sangue, attività precedentemente assicurata da AVIS e di recente acquisita e gestita dall'Azienda
- Sono stati ottimizzati i tempi di trasferimento dei prelievi ed è stato implementato il progetto d'informatizzazione per accelerare i tempi di risposta per alcune tipologie di esami

Stabilimento di Orbetello

- La realizzazione di elisuperficie
- Il Pronto Soccorso con 4 p.letto di OBI e nomina del responsabile e del Coordinatore Infermieristico
- La Terapia Intensiva Polivalente fino a diverse disposizioni regionali
- L'area medica organizzata secondo il nuovo modello assistenziale, con nomina del Responsabile ed attivazione dei setting assistenziali omogenei
- Lo sviluppo del progetto ortopedia e nomina del Responsabile
- Lo sviluppo dell'Area a ciclo diurno con potenziamento del Dh oncologico, della Day-surgery e della chirurgia ambulatoriale
- Il mantenimento di 8 p. letto tecnici per la dialisi con potenziamento del progetto dialisi vacanze
- Il laboratorio analisi diurno con point of care notturno e festivo
- L'attività di prelievo e donazione programmata con validazione a distanza
- L'allestimento nuova TAC 16 slices
- L'attivazione RIS-PACS
- L'acquisizione RM osteoarticolare
- La riorganizzazione rete pediatrica con attivabili posti letto di OBI
- I P.L. Ricovero intermedio (non attivati)

Distretto

- Articolazione bilanci per zona- distretto
- Stabilizzazione del personale di assistenza sociale
- Riorganizzazione rete Aziendale SPDC
- Sviluppo di PUA e del Chronic Care Model
- Rimodulazione della Continuità assistenziale
- Riabilitazione intensiva: ampliamento posti letto per il percorso neurologico di Manciano e nomina del responsabile medico ed infermieristico
- Attivazione posti letto (12p.l.) di sollievo a Manciano e Orbetello e nuovi posti letto in RSA a Pitigliano (10) e Manciano (8), come concordato
- Attivazione protocolli Ospedale-Territorio
- Potenziamento dell'Assistenza domiciliare

Ogni anno è stata effettuata una verifica congiunta sullo stato di attuazione del patto sottoscritto che ha evidenziato la realizzazione per lo più integrale degli impegni assunti. Inoltre si sono già aggiunte ulteriori iniziative di miglioramento (alcune sopra riportate).

Il percorso intrapreso dal 2008 si è dimostrato utile ad accompagnare in modo condiviso e partecipato il processo di rinnovamento intrapreso, tanto da suggerirci di rinnovare con un nuovo "patto" il cammino che ci apprestiamo ad intraprendere.

Oggi nuovi indirizzi nazionali e regionali e nuovi bisogni della popolazione, ci impongono la rivisitazione dei modelli assistenziali in uso, al fine di calibrare l'offerta in modo da renderla coerente con le esigenze della popolazione, efficiente e sostenibile. Molto questa Azienda ha già attuato, prova ne sono le azioni dei patti già realizzate e perfettamente in linea con i prossimi sviluppi, delineati dalla DGRT 1235/12; altrettanto questa Azienda sta facendo nella rivisitazione di alcuni modelli assistenziali che richiedono, alla luce anche del nuovo assetto sociale, una diversa organizzazione: ad esempio il percorso nascita, ad alta integrazione socio-sanitaria, che permetterà di migliorare ulteriormente l'offerta di salute materna e neonatale ed offrirà un percorso uniforme nel vasto territorio aziendale al fine di raggiungere gli obiettivi di sicurezza e qualità dal concepimento alla nascita.

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

Pertanto nella nostra realtà, se da un lato non è stravolgente adeguarci ai nuovi indirizzi, parimenti i livelli di adeguamento e di efficienza già raggiunti, fanno presupporre che le nuove azioni che siamo chiamati ad intraprendere produrranno economie non così rilevanti come potrà accadere in realtà regionali con modelli meno evoluti del nostro.

Per comprendere appieno il prossimo sviluppo organizzativo dobbiamo far riferimento alla copiosa normativa che ha accompagnato gli ultimi giorni del 2012 i cui elementi salienti vengono riportati.

Il presente Patto Territoriale sarà monitorato semestralmente predisponendo una relazione che verrà presentata alla Conferenza dei Sindaci.

Linee progettuali previste dalla D.R.T. 1235 del 28/12/2012 e piano operativo 2013

Introduzione: sintesi dei principali indirizzi della DGRT 1235/2012

I modelli, organizzativi e culturali, attuali in campo sanitario, stanno diventando inadeguati nei confronti dei cambiamenti profondi della società e a fronte del mutato quadro economico; essi non costituiscono più una garanzia per il mantenimento e lo sviluppo del sistema sanitario pubblico e del diritto alla salute dei cittadini e molti dei meccanismi del sistema, così come molte delle prassi professionali, mostrano evidenti limiti: funzionali, organizzativi, economici e culturali.

Fino ad oggi abbiamo operato per contenere la spesa sanitaria, con obiettivi di buona gestione, di razionalizzazione, di compatibilità e di standardizzazione. Su questi obiettivi in questi anni abbiamo agito con coerenza e rigore, ma è evidente che serve un rinnovamento riformatore più ampio e incisivo. La sfida che ci si chiede di affrontare è generare più "valore" per la popolazione con le risorse di cui disporremo. Dovremo quindi mettere in atto modelli organizzativi pertinenti ed appropriati per trovare la giusta mediazione tra diritti e risorse, cioè nuovi modi di essere, nuovi comportamenti professionali, nuove culture della salute e della cura, nuovi approcci operativi.

Occorre una giusta percezione del valore dei servizi, condivisa tra i cittadini e gli operatori della sanità, basata sulla ricerca della qualità, dell'equità, ma anche sull'applicazione del riconoscimento del merito, della flessibilità e dell'innovazione. Elementi indispensabili per affrontare il nostro futuro.

Ciò andrà realizzato in modo cooperativo, insieme a tutti i referenti istituzionali, associazioni, rappresentanti dei cittadini, alle organizzazioni sindacali, ai rappresentanti degli enti locali.

Il cambiamento riformatore per rinnovare il nostro sistema sanitario e per assicurare ai cittadini i loro diritti costituzionali è costruito su una coerenza strutturata tra le varie parti degli interventi di cambiamento che hanno come obiettivi:

- un pensiero e una visione che traguarda verso azioni di sistema e non si limita a specifici ambiti funzionali ed organizzativi locali;
- la ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni ed un'incentivazione a produrre quelle a più alto valore per la salute dei cittadini;
- una stretta interconnessione delle cure, nei vari contesti dove esse vengono erogate, in una logica di valorizzazione e promozione della continuità assistenziale: gli ospedali, il territorio, le strutture residenziali;
- la sostanziale riorganizzazione delle attività di prevenzione individuale e collettiva;
- il cambiamento strutturale di molte filiere logistiche e di tutti quei servizi supporto ad alto valore aggiunto (le centrali 118, i laboratori, le officine del sangue, i processi di gestione dei farmaci, dei dispositivi medici, così come degli altri beni e servizi);
- una sistematica azione di repressione delle aree di inefficienza individuate;
- un sistema che, nell'erogazione dei servizi, tenda a garantire ancor più eguale accesso ai servizi, a prescindere dalla posizione sociale ed economica;
- un sistema di gestione tecnologica dell'informazione e della comunicazione unico, unitario e condiviso.

Questa la visione, lo spirito, e l'approccio della DGRT 1235/2012 che abbiamo fatto proprio e con il quale abbiamo individuato le aree ed i modi d'intervento di questo programma di cambiamento.

TERRITORIO, OSPEDALE, RESIDENZIALITÀ

1 – Il nuovo ruolo del territorio

Nel quadro di un significativo invecchiamento della popolazione e dell'aumento di prevalenza delle malattie croniche, lo sviluppo delle cure primarie e la presa in carico globale del paziente rappresentano obiettivi rispetto ai quali è necessario riprogettare l'assistenza territoriale.

Il primo passo in tale direzione è costituito dalla **valorizzazione del ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG)**, come attori protagonisti della rete di assistenza..

Ciò vuol dire che se, da una parte, le regole e le modalità di partecipazione al percorso assistenziale del paziente saranno dettate dalle specificità del bisogno (la malattia), dall'altra al MMG sarà chiesta una responsabilizzazione verso le politiche sanitarie, cioè di orientare i percorsi di prevenzione e cura in maniera coerente con le indicazioni regionali inerenti gli obiettivi di salute e l'utilizzo delle risorse.

Tale ruolo implica anche che siano i MMG a svolgere, attraverso i coordinatori delle rispettive forme organizzative (Aggregazioni Funzionali Territoriali – AFT e/o Unità Complesse di Cure Primarie – UCCP), un'opera di coordinamento dei professionisti coinvolti in un dato territorio rispetto all'offerta dei servizi (dalla prevenzione della malattia, all'informazione e al sostegno al malato, all'orientamento del paziente all'interno della rete allargata dei servizi, anche e soprattutto ospedalieri). Tali elementi sono previsti dall'accordo collettivo nazionale per la medicina generale e dall'accordo regionale con la medicina generale (D.G.R.T n° 1231/2012) che delinea i modelli organizzativi e ne definisce la composizione ed i compiti e precisamente:

- **AFT:** Aggregazione Funzionale Territoriale, ai sensi dell'ACN e della L. 189/12, è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (MMG). La dimensione di riferimento di un'AFT è di norma di 30.000 assistiti ed è composta da un numero di MMG non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria (rimodulazioni che tengano conto di situazioni territoriali specifiche saranno adottate in sede di Comitato Aziendale). Tra i compiti principali dell'AFT figurano:
 - assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
 - realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
 - valutare i bisogni della popolazione assistita;
 - attuare azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
 - rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
 - sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti, nell'ottica di quanto previsto dalla DGRT 1038/2005; partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
 - partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione;
- **UCCP:** l'Unità Complessa di Cure Primarie è un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento. Tra i compiti principali dell'UCCP figurano:
 - Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
 - Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

- Mettere in atto i principi del chronic care model (CCM) tipo expanded e della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria
- Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli obiettivi da raggiungere
- Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, con l'obiettivo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini.
- Garantire una presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata

Il suddetto ruolo potrà esplicarsi in maniera efficace nell'ambito di un "distretto forte", in grado di trasmettere ai cittadini fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio, dove sia assicurata la continuità ospedale - territorio e l'integrazione socio-sanitaria.

Nel quadro di una nuova sistematizzazione dei distretti, e alla luce dell'evolversi della domanda assistenziale, dovrà essere inoltre aggiornato e ridelineato il ruolo delle altre professioni. In tal senso andrà prevista una migliore strutturazione della pediatria di famiglia come primo livello di cure specialistiche rivolte a bambini e adolescenti, sia nei riguardi della prevenzione ed educazione sanitaria, sia nel governo dei percorsi assistenziali delle patologie acute, sia nel follow up delle più comuni patologie croniche, percorso che in ambito aziendale necessita di una ridefinizione. Non meno importante il versante della specialistica ambulatoriale e delle altre professioni sanitarie, con il ruolo sempre più emergente delle professioni infermieristiche, fino al rinnovato ruolo amministrativo e dei professionisti dell'ambito sociale (assistenti sociali, operatori socio assistenziali).

In questo scenario assumerà maggior rilievo il ruolo del Medico di Comunità, appartenente alla UF Cure Primarie, organizzatore nell'ambito distrettuale del sistema al quale sono affidati la promozione ed il mantenimento dell'integrazione fra tutti i professionisti sopra descritti, in linea con quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1205 del 21 dicembre 2009.

In una strategia complessiva di potenziamento delle cure primarie dovrà trovare spazio, inoltre, l'adozione di un sistema di gestione per obiettivi, ovviamente supportato da indicatori che valutino l'efficienza, la qualità e la sicurezza dell'assistenza erogata, nonché di strategie di sviluppo e di integrazione organizzativa sia a livello "orizzontale" (modelli a rete multi- professionali) che "verticale" (sistemi assistenziali integrati con l'ospedale e allo stesso tempo alternativi allo stesso). In questo senso, risulta determinante l'individuazione e il potenziamento di modalità assistenziali extra-ospedaliere, anche di tipo innovativo, dei pazienti che impropriamente oggi accedono all'ospedale per acuti.

Sarà altresì importante attivare azioni di sistema in materia di residenzialità, volte a migliorare l'appropriatezza dei servizi offerti alla popolazione anziana non-autosufficiente, favorendo la differenziazione dell'offerta. Tali azioni verranno attivate attraverso un processo di *governance* territoriale, attraverso l'adozione di indicatori che ne consentano il monitoraggio e la valutazione.

Per quanto attiene alle scelte operative, dovrà essere ulteriormente sviluppata la Sanità di Iniziativa, quale approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate. Essa affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici, prendendo come riferimento il modello operativo dell'*Expanded Chronic Care Model*, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri e operatori sociosanitari. **L'Azienda si farà carico di monitorare le attività territoriali attivate anche a seguito del Piano attuativo locale, in modo da apportare le modifiche e i correttivi necessari al fine di rendere i servizi più efficienti e rispondenti ai bisogni della popolazione.**

Il modello di presidio territoriale che possa ospitare i professionisti in forma integrata e nel quale possa appieno svilupparsi la sanità d'iniziativa si identifica con le forme di **UCCP / Casa della Salute / Distretto Socio Sanitario Integrato**.

Ciò implicherà:

- 1) Il riassetto dei presidi distrettuali
- 2) La ridefinizione della copertura territoriale ottimale dei servizi distrettuali nelle diverse tipologie con ridefinizione delle sedi fisiche di erogazione
- 3) L'organizzazione di una risposta domiciliare adeguata organizzata nelle 12 ore giornaliere, 7 giorni su 7 alla settimana
- 4) Lo sviluppo di progetti di prevenzione in collaborazione con le istituzioni e il terzo settore
- 5) La revisione dei protocolli ospedale-territorio per la gestione della fase acuta e post-acuta
- 6) Lo sviluppo delle cure intermedie con rideterminazione dei posti letto e riconversione dei posti letto per acuti non adeguatamente utilizzati (obiettivo p.l. Acuti: tasso di occupazione dell'85%).

Riconversione e ristrutturazione di alcuni spazi all'interno del presidio ospedaliero di Pitigliano al fine di realizzare una Casa della Salute.

Per poter realizzare gli obiettivi declinati sul riordino del sistema sanitario regionale è prioritario, per la nostra Azienda, individuare strutture sanitarie che si caratterizzino come "**Distretto Forte**", quindi riconoscibili dai cittadini, in grado di trasmettere fiducia sulla qualità, la sicurezza dei servizi erogati e la continuità ospedale territorio, nonché l'integrazione socio-sanitaria. Ciò verrà realizzato attraverso l'identificazione di appositi spazi dimensionati in modo da accogliere le attività previste nelle UCCP, facilmente riconoscibili e raggiungibili dagli utenti, in modo da favorire i percorsi di presa in carico. E realizzare una vera **Casa della Salute**.

Diventa inoltre prioritario ottimizzare l'organizzazione sulla base degli standard regionali che saranno definiti e differenziati su tre livelli assistenziali.

In questa realtà l'organizzazione della sede distrettuale è già avanzata, essendo già avvenuta la riconversione di alcuni spazi in ambito ospedaliero con accoglienza di tutti gli ambulatori specialistici territoriali.

Ristrutturazione del Presidio di Riabilitazione di Manciano (ex art.26) al fine di realizzare una struttura di media complessità.

Attualmente il presidio territoriale di Manciano ospita le seguenti attività:

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

riabilitazione ex art.26 residenziale, riabilitazione ambulatoriale, proiezione UFSMIA, assistenza infermieristica territoriale, prelievi ematici, assistenza sociale, sportello amministrativo, vaccinazioni, continuità assistenziale, 118, unità raccolta sangue, ambulatori specialistici.

Sono già stati effettuati lavori di ristrutturazione per poter accogliere i MMG presenti nel territorio. La struttura necessita di arredi idonei soprattutto per le sale di attesa e per attrezzature sanitarie per la diagnostica di primo livello, nonché di specifici mezzi di comunicazione/informazione agli utenti.

Riconversione e ristrutturazione di alcuni spazi all'interno dello Stabilimento Ospedaliero di Orbetello al fine di realizzare una "provvisoria" Casa della Salute (fermi restando i posti letto dedicati al ricovero ospedaliero definiti in questo documento).

La struttura territoriale di Orbetello, attualmente ubicata in via Donatori del Sangue ed ospitante le seguenti attività: UFSMA, assistenza infermieristica territoriale, assistenza sociale, uffici amministrativi, ambulatorio odontoiatrico, Sert, area funzionale prevenzione, dovrà trovare nuova collocazione negli spazi della realizzanda nuova casa della salute.

Da tempo, infatti, è stato presentato un progetto ex.art.20 al Ministero per la realizzazione dell'allora chiamata "Cittadella della salute", nel quale si prevede di costruire nel terreno adiacente all'ospedale una palazzina da dedicare integralmente alle attività territoriali, alle AFT ed alle attività connesse. In attesa di tale edificazione il progetto prevede a breve la sola ristrutturazione degli spazi ospedalieri per ospitare gli MMG ed attivare una prima Casa della salute. Le altre attività territoriali potranno essere trasferite solo a completamento dei lavori. Sarà rinnovata la richiesta di finanziamento anche alla Regione Toscana.

Sono necessari investimenti sugli arredi, soprattutto per gli ambulatori dei MMG e di specifici mezzi di comunicazione/informazione agli utenti.

Previsione a regime per i Distretto Colline dell'Albegna

Distretto	Offerta Case della Salute	Totale
Distretto Colline dell'Albegna	1 CdS nello St. Ospedaliero di Pitigliano 1 CdS nello St. Ospedaliero di Orbetello 1 Sub Presidio CdS nel Comune di Manciano	3

La tabella indica quello che sarà, a regime, l'offerta territoriale relativa a strutture (Case della Salute) che saranno in grado di offrire, in sede, tutti i livelli di assistenza che afferiscono al Distretto. Si evidenzia che la Casa della Salute non sarà l'unico punto di erogazione delle prestazioni dei Medici di Medicina Generale; infatti i loro ambulatori periferici rimarranno presenti anche sul territorio in base alla popolazione servita.

Resta inteso che, in ambito aziendale, verranno mantenuti sia i presidi di bassa complessità caratterizzati da prestazioni di base, sia i presidi di media complessità, in funzione della popolazione servita.

Di seguito si riporta l'elenco degli altri presidi territoriali accreditati secondo la LR 51/2009:

- Presidio di Capalbio
- Presidio di Magliano in Toscana
- Presidio dell'Argentario
- Presidio di Sorano
- Presidio Isola del Giglio Castello
- Presidio Isola del Giglio Porto

- Presidio Isola del Giglio Campese
- Presidio di Porto Ercole
- Presidio di Albinia
- Presidio di Capalbio Borgo Carige
- Presidio di Montiano

CRONOPROGRAMMA

CRONOGRAMMA 2013	febbraio	marzo	aprile maggio	giugno luglio	agosto settembre	ottobre novembre dicembre	gennaio	febbraio marzo aprile	aprile maggio giugno luglio	agosto settembre ottobre novembre	dicembre	Gennaio
Riassetto dei presidi distrettuali (sub obiettivo 1.2)												
Progettazione aziendale												
Distretto Colline dell'Albegna												
St. Pitigliano												
PT Manciano												
St. Orbetello												

PROGETTAZIONE DI PL PER CURE INTERMEDIE CON RIFERIMENTO AI PARAMETRI REGIONALI

Riconversione e ristrutturazione di alcuni spazi all'interno del presidio ospedaliero

Stabilimento di Pitigliano - realizzazione di un modulo di 10 pl di cure intermedie.

La procedura di riconversione muove da una puntuale analisi sull'appropriatezza di utilizzo dei posti letto per acuti e sull'ottimizzazione della degenza media, oltre che dall'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

La riorganizzazione degli spazi dedicati alla degenza ordinaria, consentirà di implementare i pl per Cure Intermedie. Ad oggi sono attivi 4 letti come Ospedale di Comunità, si prevede di ampliare l'offerta entro l'anno per arrivare a **10 pl** aumentando sia i posti letto dell'ospedale di comunità (4pl) sia attivando le funzioni di Hospice (2pl), per le quali occorre potenziare una risposta diffusa in ambito aziendale.

Stabilimento di Orbetello – realizzazione di un modulo di 10 pl di cure intermedie (fermi restando i posti letto dedicati al ricovero ospedaliero definiti in questo documento).

La procedura di riconversione muove da una puntuale analisi sull'appropriatezza di utilizzo dei posti letto per acuti e sull'ottimizzazione della degenza media, oltre che dall'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

Dall'applicazione di principi di appropriatezza e di riorganizzazione possono quindi trovare spazio i posti letto di **Cure intermedie**.

Per procedere rapidamente verso tale sviluppo è previsto:

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

- Coinvolgimento dei MMG attraverso il budget di specifici obiettivi per il recupero casistica attraverso la previsione di percorsi per la patologia a bassa complessità
- Assegnazione di obiettivi di appropriatezza ed efficienza per i professionisti in particolare rispetto al parametro degenza media
- Ridefinizione di percorsi e protocolli per ottimizzare i percorsi di presa in carico del paziente e utilizzo dei posti letto
- Utilizzo di tecniche di operation management

Programmazione complessiva in ambito aziendale

Tipologia di ricovero	Situazione attuale nei PO aziendali	Situazione a regime nei PO	PL nei presidi territoriali	Totale complessivo a regime (0,6 per 1000 ab)
Hospice	8	22		22
Ospedale di Comunità	26	64		64
PL di sollievo in RSA			33	33
PL residenziali ex art.26	6	10	22	32
TOTALI	40	96	55	151
PL x 1.000:				0,66

INDICATORE AZIENDALE

INDICATORE	anno 2012	Obiettivo 2013	Obiettivo 2014
PI di cure intermedie per 1000 abitanti PI per acuti chiusi/PI di cure intermedie aperti	95 pl aziendali attivi in tutte le forme riconducibili a Cure Intermedie ad oggi attivi in azienda di cui 40 nei PPOO Aziendali	Adeguamento al parametro regionale attraverso la riconversione di pl per acuti all'interno dei piccoli ospedali con ampliamento dell'offerta di 56 pl entro il 2013	Adeguamento e consolidamento delle procedure di presa in carico globale della cronicità.

Programmazione zonale

PO	Ospedale di Comunità		Hospice		PL ex art. 26		Totale		Totale a regime entro 2013
	Attuali	Previsti	Attuali	Previsti	Attuali	Previsti	Attuali	Previsti	
PO Pitigliano	4	4	0	2	0	0	4	6	10
PO Orbetello	0	6	0	4	0	0	0	10	10

CRONOPROGRAMMA

CRONOGRAMMA 2013	febbraio	marzo	aprile maggio	giugno luglio	agosto settembre	ottobre novembre dicembre	gennaio	febbraio marzo aprile	aprile maggio giugno luglio	agosto settembre ottobre novembre	dicembre	Gennaio
Progettazione aziendale												
Obiettivi Distretto 2												
Riconversione e ristrutturazione di spazi all'interno del PO di Pitigliano al fine di realizzare un modulo di 10 pl di cure intermedie												
Riconversione e ristrutturazione di spazi all'interno del PO di Orbetello al fine di realizzare un modulo di 10 pl di cure intermedie												

Centro Ospedaliero di Medicina Integrata

Come noto lo stabilimento ospedaliero di Pitigliano ospita al primo piano gli ambienti per le **Medicine Complementari**, che stanno ottenendo gradimento non solo a livello locale **e per le quali la Regione ha manifestato interesse a proseguire ancora la sperimentazione nei prossimi due anni** (il progetto, che originariamente era finanziato solo fino al 2013, sarà finanziato anche per il 2014 e il 2015) tanto più dal momento che sta trovando particolare integrazione nel trattamento delle patologie croniche in fase di riaccutizzazione; **l'inserimento, quindi, di ulteriori posti letto di cure intermedie favorirà lo sviluppo ulteriore della sperimentazione**. Si assume l'impegno di mantenere le prestazioni e le attività erogate nel 2012 con diminuzione dei tempi di attesa.

Il Centro Ospedaliero di Medicina Integrata svolge attività ambulatoriali e attività nei reparti di degenza. In particolare:

- Attività ambulatoriale
Nell'anno 2012 sono state erogate negli ambulatori del Centro Ospedaliero di Medicina Integrata le seguenti prestazioni agopuntura n° 3176 (nel 2011: 2565) e omeopatia n°1259 (nel 2011: 1156), per un totale di 4435 (nel 2011: 37221) prestazioni. Inoltre sono state attivate azioni organizzative per il contenimento dei tempi di attesa e per favorire l'integrazione tra le medicine complementari e altre branche specialistiche (in particolare Otorino e Reumatologia).
- Attività nei Reparti di degenza
Nel 2012, è proseguito l'arruolamento dei pazienti ricoverati (95) presso i Settings dell'A.F. Medica, perfezionando la collaborazione tra i medici ospedalieri e gli specialisti della Medicina Integrata.
Inoltre è proseguita la collaborazione con il Centro di Riabilitazione di Manciano, dove la presenza del team di medicina integrata ha consentito un miglioramento delle capacità di recupero di numerosi ricoverati (72).

2 – La riorganizzazione della rete ospedaliera

Specularmente all'organizzazione territoriale, anche quella del Presidio Ospedaliero delle Colline dell'Albegna, articolato in due stabilimenti ospedalieri (Orbetello e Pitigliano), deve evolvere verso la ricerca di un nuovo equilibrio tra integrazione dei servizi, qualità delle cure e sostenibilità del sistema.

Da questo punto di vista è possibile agire sia per migliorare l'efficienza di funzionamento dell'ospedale che per aumentarne l'appropriatezza di utilizzo.

Il parametro dei posti letto per acuti non deve più rappresentare uno scoglio nel soddisfacimento di modificati bisogni della popolazione, ma un duttile strumento di gestione, in mano alle Direzioni Mediche di Presidio, che consenta loro di ottimizzare l'utilizzo dei posti letto e le potenzialità della struttura sulla base delle emergenze e delle modificazioni dei bisogni.

Approfondendo l'analisi del prodotto ospedaliero e distinguendo le funzioni di ricovero medico da quelle di ricovero chirurgico emerge, da un lato, la difficoltà di contenere il ricovero medico inappropriato e dall'altro il bisogno di recuperare efficienza nel ricovero chirurgico.

Le azioni previste sulla riduzione della degenza media sono relative all'analisi per singolo DRG che consentano di riportare la stessa alla migliore performance di Area Vasta e precisamente:

- azioni per il recupero dell'appropriatezza da effettuare sui DRG chirurgici avendo a riferimento le soglie di ammissibilità in day surgery previste dalla del. 1163 del 19/12/2011
- azioni per il recupero dell'appropriatezza da effettuare sui DRG medici avendo a riferimento i tassi di ospedalizzazione previste dalla del. 1163 del 19/12/2011

Stabilimento di Pitigliano

Dall'analisi del tasso di occupazione dell'attuale degenza a ciclo continuo organizzata in medio-alta e medio-bassa intensità (setting L e M) emerge un tasso di occupazione già ottimale nel setting L, mentre resta da ottimizzare l'utilizzo dei posti letto nel setting M, con evidente difficile ripartizione tra i due setting. I posti letto passeranno dagli attuali 28 a circa 18 avendo come riferimento una domanda in di circa 600 ricoveri all'anno in area medica con una degenza media intorno a 6 gg e un tasso di occupazione dell'85%.

UTILIZZO POSTI LETTO PER ACUTI (fonte SDO 2012)				
Area	Tasso di occupazione	Degenza media nel setting (DO+DH)	Indice di turnover	Indice di rotazione
Area Medica	69%	8,6	3,7	29,7
Direzione di PO (DH, poltrone, amb)	42%	1,0	1,4	99,6
Totale Osp Pitigliano	65%	4,6	2,5	47,2

L'area a ciclo diurno di recente ristrutturazione è un'area a sé stante, organizzata con una stanza di degenza a due letti, una seconda stanza attrezzata con quattro poltrone oltre ad una medicheria, un ambulatorio ed una sala attesa.

L'attività è organizzata come di seguito:

DH oncologico: 1 volta a settimana (per il trattamento in chemioterapia dei pazienti) salvo protocolli particolari.

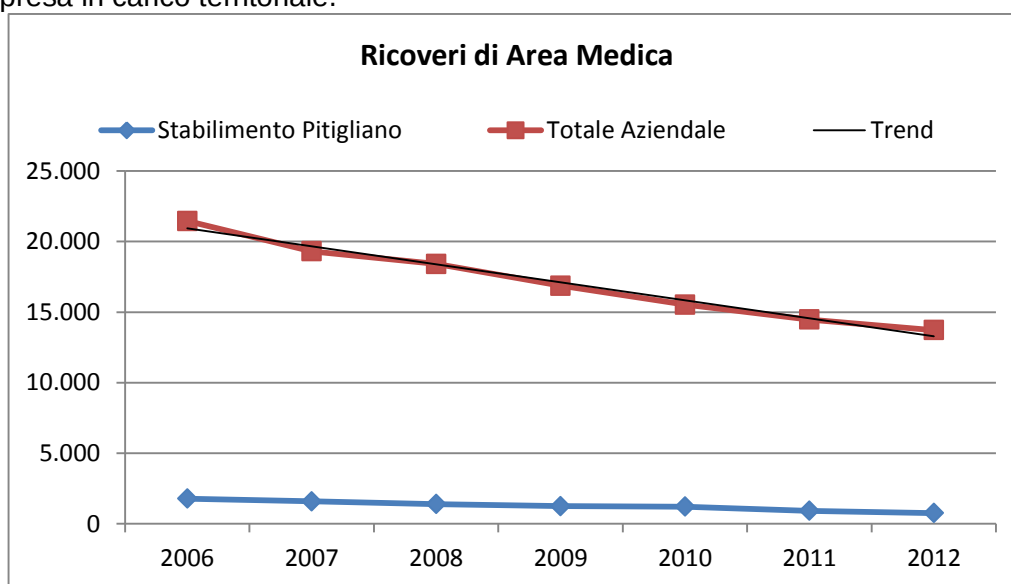
Chirurgia ambulatoriale: 1 volta a settimana tenuto conto di circa 4-6 interventi alla settimana. L'attività chirurgica ambulatoriale riguarda prevalentemente interventi di chirurgia generale minore (interessante gli apparati tegumentali in genere e il trattamento di ascessi e

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

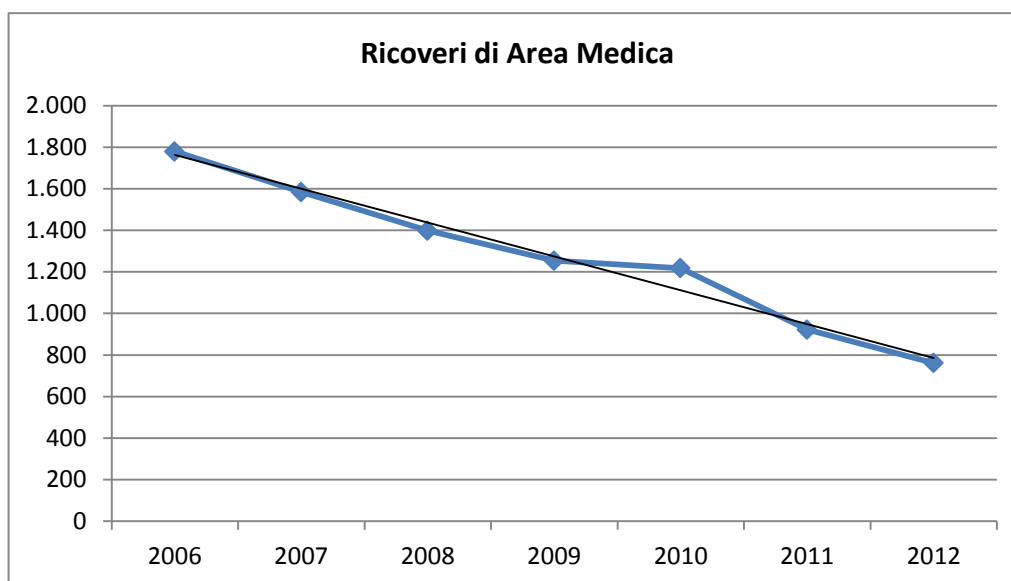
similari non di pertinenza dermatologica), dermatologia (1-2 sedute al mese; garantendo così la copertura del fabbisogno della popolazione residente relativamente a tutti gli interventi di chirurgia ambulatoriale dermatologica) e oculistica (per interventi di cataratta con percorso di pre e post-ospedalizzazione da effettuare localmente; l'attività verrà riattivata prossimamente a seguito dell'acquisizione del nuovo facoemulsificatore) **e sarà cura della Direzione Medica della Struttura Ospedaliera garantire il monitoraggio del corretto mantenimento dell'attività programmata e del rispetto dei tempi di attesa.**

Nell'area a ciclo diurno va razionalizzato a parte il numero dei posti letto (8 posti letto, utilizzo attuale al 42%), sulla base della riorganizzazione delle attività previste, derivanti dal rispetto degli obiettivi della delibera 1235/2012.

Il grafico seguente mostra l'andamento dei ricoveri di area medica degli ultimi 7 anni. Il dato mostra come il trend di diminuzione di ricoveri sia costante, per tutta l'Azienda, in coerenza con gli indirizzi di appropriatezza che prevedono una maggiore deospedalizzazione a favore di una presa in carico territoriale.



Nel grafico seguente si riporta il dettaglio solo dello stabilimento di Pitigliano per una migliore lettura della modificazione dei ricoveri



PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

Sulla base di questo trend si può stimare che i ricoveri di area medica del 2013 si attesteranno tra i 770 e i 790 come mostrato in tabella.

Anno	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ricoveri stab. Pitigliano	1.779	1.584	1.398	1.254	1.218	922	761	770-790
Ricoveri tot Aziendali	21.463	19.308	18.417	16.872	15.537	14.477	13.727	13.200-13.400

Per quanto riguarda l'attività chirurgica si prevede un sostanziale mantenimento dell'attività svolta fino ad adesso come evidenziato nella tabella seguente.

Anno	2010	2011	2012	2013
Ricovero	71	82	49	/
Chirurgia Ambulatoriale	222	182	185	230-240
Totale	293	264	234	230-240

Previsione distribuzione posti letto per Area

TIPOLOGIA	AREA	STRUTTURE AFFERENTI	POSTI LETTO / POLTRONE	REGIME PRESA IN CARICO
RICOVERO ORDINARIO	Medica	Medicina Interna	18	Ricovero ordinario
Sub- Totale Posti Letto			18	
AREA AMBULATORIALE	Medico/Chirurgica	Medicina, Chirurgia Generale, Oncologia, Dermatologia	6	DH Oncologico, Ambulatoriale e/o Day Service
	Medica	Dialisi	5	Ambulatoriale
	Emergenza/Urgenza	Pronto Soccorso	1	Osservazione Breve Intensiva
	Dei Servizi	Sez. Immuno Trasfusionale	3	Ambulatoriale
Sub – Totale Posti Letto/Poltrone			15	
CURE INTERMEDIE	Territoriale	Hospice	2	Ricovero Ordinario
	Territoriale	Ospedale di Comunità	8	Ricovero Ordinario
Sub – Totale Posti Letto			10	
TOTALE GENERALE			43	

Di seguito si riportano alcuni dati, relativi all'anno 2012, di attività ambulatoriale dello stabilimento di Pitigliano e sede di Sorano, che non subiranno variazioni nell'attuale previsione organizzativa, salvo esigenze mutate dei bisogni della popolazione che saranno valutate di volta in volta, garantendo i tempi di attesa secondo i codici di priorità previsti dalla normativa regionale vigente.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2012			
Specialità	Produzione	Ore / settimana*	Note
008 - Cardiologia	2.683	22,00	• Di cui 6,00 di visite +ECG • di cui 1,00 ora di holter pressorio • di cui 3,00 ore di holter cardiaco • di cui 5,00 ore di ecocolordoppler* • di cui 7,00 di ecocardiografia
009 - Chirurgia generale	1.547	3,00	• 3,00 ore di visite e prestazioni
026 - Medicina interna	160	2,00	
029 - Nefrologia/dialisi	2.039	36,00	
032 - Neurologia	373	5,00	
034 - Oculistica	1.810	12,50	Più ulteriori 12 ore dedicate al percorso cataratta che si avvierà entro il 1° ottobre 2013
036 - Ortopedia e traumatologia	571	3,00	Sulla base dei tempi di attesa
037 - Ostetricia e ginecologia	497	3,00	• di cui 1,50 di visite ginecologiche • di cui 1,50 di ecografie ginecologiche
038 - Otorinolaringoiatria	1.087	6,00	Più ulteriore 1,5 ore per audiometria
052 - Dermatologia	972	4,00	Oltre la chirurgia ambulatoriale
058 - Gastroenterologia/endoscopia	576	5,50	
064 - Oncologia	1.058	2,00	
071 - Reumatologia	228	1,25	
505 - Diabetologia	1.419	9,00	
Somma:	15.020	112,75	
Note: * le ore settimanali indicate sono passibili di variazioni in relazione ai diversi periodi dell'anno ed alla fluttuazione dei tempi di attesa			

PRESTAZIONI RADIOLOGICHE PITIGLIANO 2012			
Tipo esame	Pronto Soccorso	Esterni	Totale
RX	2.269	3.733	6.002
TAC	379	588	967
ECOGRAFIE	288	1.205	1.493
TOTALE	2.936	5.526	8.462

La presenza degli specialisti radiologi sarà organizzata in rapporto ai tempi di attesa e comunque sarà garantita per 5 giorni alla settimana.

Restano confermati i servizi territoriali Pitigliano/Sorano oltre la specialistica ambulatoriale, quali:

- L'assistenza infermieristica territoriale
- L'offerta di vaccinazioni
- La presenza della Commissione invalidi (1 volta/mese)
- Il geriatra (4,5 ore/sett.)

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

- Il consultorio con proiezione ginecologica (3 ore settimana), ostetrica, psicologo, e assistente sociale secondo i bisogni
- UFSMA con proiezione dello psichiatra e dell'infermiere, secondo i bisogni
- UFSMIA con proiezione del neuropsichiatra e del logopedista secondo i bisogni
- Ser.T con proiezione del medico e dell'infermiere secondo i bisogni

2114 - PRESIDIO DI MANCIANO 2012	Produzione	N.ORE SETTIMANALI SPECIALISTICA
008 - Cardiologia (VISITA + ECO ECG)	675	4,00
026 - Medicina generale	60	1,00
032 - Neurologia	386	3,00
034 - Oculistica	931	12,50
035 - Odontoiatria e stomatologia	285	10,00
036 - Ortopedia e traumatologia	164	1,00
038 - Otorinolaringoiatria	866	6,00
052 - Dermatologia	597	4,00
505 - Diabetologia	288	1,00
009 - Chirurgia generale	88	1,00
Somma:	4340	43,50

Servizi Territoriali di Manciano oltre alla specialistica ambulatoriale:

- Assistenza infermieristica territoriale
- Vaccinazioni
- Geriatria (4,5 ore/sett)
- Riabilitazione ambulatoriale
- Consultorio proiezione ginecologa (4 ore settimana), ostetrica, psicologo, assistente sociale, secondo i bisogni
- UFSMA Sezione - psichiatra, psicologo, infermiere , educatore
- UFSMIA -proiezione- (neuropsichiatra, psicologo e logopedista) secondo i bisogni

Restano confermati i posti letto di Riabilitazione ex art. 26: 21 posti letto, impegnandosi ad ottenere un tasso di occupazione superiore all'85%.

Stabilimento di Orbetello

Dall'analisi del tasso di occupazione dell'attuale degenza a ciclo continuo organizzata in medio-alta e medio-bassa intensità (setting L e M) emerge un tasso di occupazione troppo alto nel setting L, riconducibile ad una modalità particolare di assegnazione dei pazienti , che condiziona un tasso di occupazione troppo basso del setting M, rendendo evidente un difetto di attribuzione della casistica.

L'area medica a ciclo diurno mostra un utilizzo non ottimale degli attuali posti letto (t.o. 48%), ed anche l'area chirurgica ha un tasso di utilizzo basso (49%)

UTILIZZO POSTI LETTO PER ACUTI (fonte SDO 2012)				
Area	Tasso di occupazione	Degenza media nel setting (DO+DH)	Indice di turnover	Indice di rotazione
Area Chirurgica	49%	3,1	3,2	51,1
Area Medica	98%	4,8	0,1	73,5
Direzione di PO (DH, poltrone, amb.)	48%	1,9	2,1	49,0
UF SMA zona 2 (SPDC)	40%	6,8	10,2	10,8
Totale Osp Orbetello	68%	3,6	1,7	56,1

Dall'applicazione di principi di appropriatezza e di riorganizzazione possono quindi trovare spazio i posti letto di **Cure intermedie** e la creazione di un **ospedale "focalizzato"** da inserire nella rete di area vasta.

Nel ridisegno complessivo, l'area medica ospedaliera **mantiene le specialistiche oggi sviluppate, favorendo percorsi sinergici con la struttura ospedaliera provinciale per quanto concerne i pazienti cardiologici acuti e sub acuti in fase di riabilitazione. L'area, che mantiene quindi il complesso delle proprie funzioni**, deve riuscire a coprire con continuità e sicurezza lo spazio fisico e culturale tra urgenza medica e complessità del paziente fragile, mentre quella chirurgica deve superare la sua attuale connotazione eccessivamente generalista in base alla quale la casistica relativa alle varie tipologie di intervento tende a disperdersi numericamente tra le chirurgie di tutti i presidi. La qualità in ambito chirurgico è notoriamente legata anche alla casistica trattata da ciascun professionista, è pertanto logico analizzare i dati relativi alla distribuzione degli interventi nelle varie strutture ospedaliere, oltre a rivedere i percorsi attuali, per promuovere strategie di "orientamento chirurgico" tali da potenziare la produzione complessiva e ridurre i tempi di attesa, la qualità complessiva, gli esiti, la fruibilità in sicurezza per gli utenti e la riduzione dei tempi di attesa. **Tale impostazione vale anche per quanto concerne le colecistectomie laparoscopiche, per le quali è necessario mantenere e migliorare gli obiettivi minimi individuati a livello regionale. Resta inteso che verrà mantenuta la pronta disponibilità della equipe chirurgica per garantire anche la possibilità di reinterventi urgenti.**

Una delle strade percorribili proprio per superare le inefficienze dell'approccio chirurgico è quella di segmentare il bisogno chirurgico garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e dei reparti di degenza, favorendo una mobilità dei professionisti all'interno dell'azienda. La logica conseguenza di questo approccio è la realizzazione di ospedali focalizzati sulle prestazioni di media e bassa complessità, con percorsi di cura caratterizzati da alti volumi ed alta standardizzazione, ove possibile, o almeno la definizione di percorsi aziendali orientati ad ottimizzare e concentrare alcune prestazioni in modo da favorire lo sviluppo delle professionalità e l'ottimizzazione dei tempi di attesa.

Questa soluzione, oltre ad aumentare l'efficienza, assicura volumi di casistica adeguati a garantire lo sviluppo professionale e quindi la qualità delle prestazioni erogate.

Se il percorso chirurgico in elezione è già sufficientemente definito, il modello prevalente nell'accesso diurno al livello ambulatoriale del sistema sanitario aziendale rimane invece impostato sulla erogazione di singole prestazioni.

Per superare questa criticità è necessario individuare dei percorsi ambulatoriali sulla base sia della prevalenza epidemiologica di alcune patologie che sulla criticità delle stesse, e predisporre delle aree ambulatoriali ad hoc in cui professionisti appartenenti ad ambiti disciplinari diversi possano in parallelo mettere a disposizione le proprie competenze su

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

cluster di pazienti selezionati. Per le attività chirurgiche si prevede anche la possibilità di attivare forme di mobilità dei professionisti tra le zone con attivazione di specifici ambulatori istituzionali per patologia. Tale percorso privilegiato dovrebbe ricondurre i tempi di attesa a valori ottimali consentendo all'equipe di prendere in carico il paziente dall'inizio del percorso di programmazione chirurgica, passando all'effettuazione dell'intervento nella sede appropriata fino ai controlli post operatori.

Per indirizzare le azioni in tale logica sono previsti:

- Tavoli di confronto con i professionisti per organizzare attività ambulatoriali e chirurgiche in ambito aziendale in linea con la vocazione chirurgica degli ospedali
- Tavoli di confronto con MMG per definire i percorsi da agevolare per indirizzare i pazienti presso la struttura appropriata ed ottimizzare i tempi di attesa
- Produzione di materiale informativo per gli utenti e comunicazione corretta agli utenti per indirizzare verso il nuovo modello organizzativo

Sulla base degli orientamenti sopra riportati, si vengono a delineare gli **Ospedali focalizzati sulla bassa e media complessità**

Applicando le indicazioni della DGRT 1235, infatti, in merito alla ridistribuzione delle attività in base a criteri di "competenza" ed ai volumi minimi definiti per alcune tipologie di prestazioni, l'Azienda deve procedere ad allineare l'Azienda agli indirizzi regionali e di area vasta riattribuendo la casistica sui parametri indicati.

In ragione di ciò è possibile prevedere per l'ospedale di Orbetello la creazione di focus hospital **ortopedico**, relativamente agli interventi programmati su pazienti senza importanti comorbidità, per protesi dell'anca e ginocchio oltre alla patologia articolare del ginocchio da trattare prevalentemente con tecniche di artroscopia.

Nel 2012 la produzione in ASL9, per queste specifiche patologie che richiedono tali trattamenti è stata di oltre 440 interventi e Orbetello ha contribuito per circa il 22% della casistica

Tenendo conto che circa il 70% dei ricoveri sono in regime ordinario, è proponibile una progressiva concentrazione di tale patologia verso l'ospedale di Orbetello.

Considerando anche un progressivo recupero di fughe, lo scenario di produzione che si prevede a regime per lo stabilimento di Orbetello dovrebbe consentire una risposta pari a circa il 50% del totale della produzione in ASL 9 per tale tipologia di intervento (equivalente a circa 270 interventi), **con commisurato adeguamento delle risorse. In sinergia con la struttura riabilitativa di Manciano verranno definiti precisi percorsi dei pazienti in riabilitazione tra le due strutture.**

Verso Orbetello convergerà anche la domanda generata da altre zone favorendo così percorsi di cura caratterizzati da alti volumi ed alta standardizzazione, oltre che dalla rapidità della risposta.

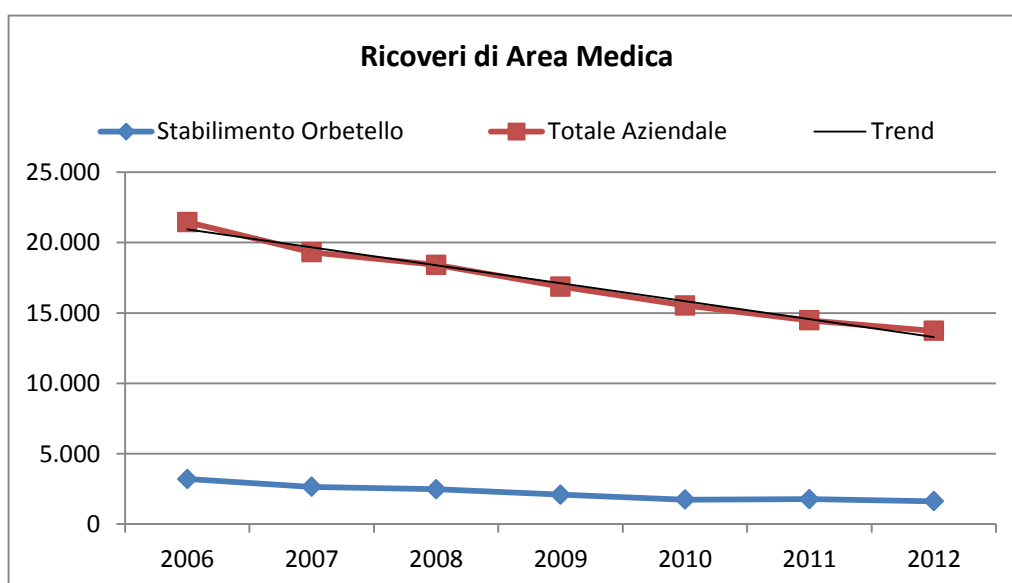
Le risorse, in termini di posti letto che di ore di sala operatoria necessarie per far fronte a tali incrementi di produzione, possono essere trovate a fronte della progressiva riduzione degli interventi sulla patologia traumatologica ortopedica (con particolare riferimento alla fratture di femore) e sulla patologia oncologica che in ambito aziendale saranno ricondotte presso il PO Misericordia.

Come si può vedere dalla tabella seguente l'attivazione del Focus Hospital sullo stabilimento di Orbetello non comporterà variazioni sulla quantità ma varierà solamente la tipologia di casistica trattata.

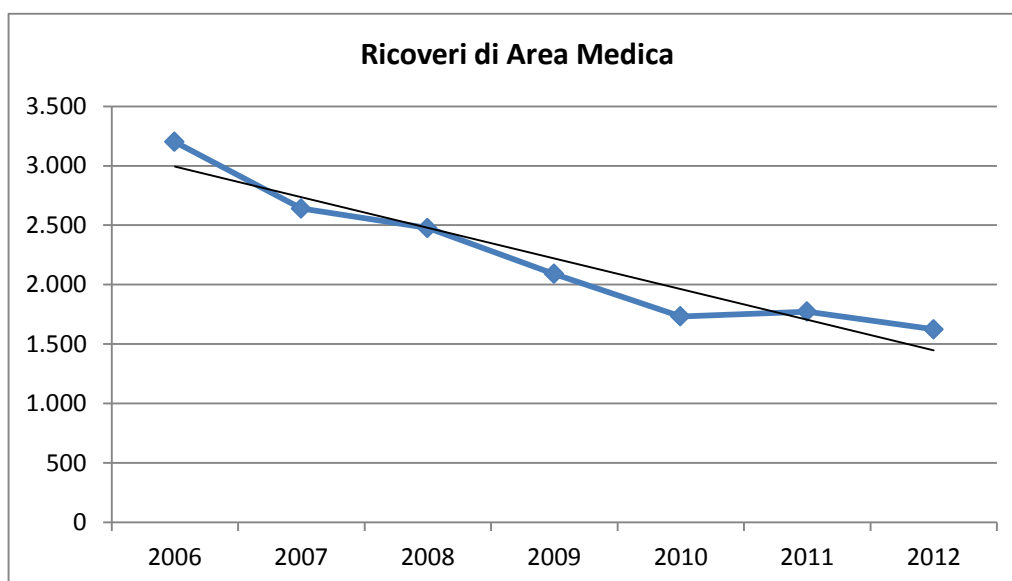
PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

Anno	2010	2011	2012	A regime	Variazioni casistica
Ricovero	1.275	1.389	1.290	1.300-1.310	+ protesi d'anca e ginocchio
Chirurgia Amb.	426	443	488	480-490	=/+ colecistectomie laparoscopiche
Totale	1.701	1.832	1.778	1.780-1.800	- traumatologia maggiore d'urgenza - patologia oncologica

Il grafico seguente mostra l'andamento dei ricoveri di area medica degli ultimi 7 anni. Il dato mostra come il trend di diminuzione di ricoveri sia costante, per tutta l'Azienda, in coerenza con gli indirizzi di appropriatezza che prevedono una maggiore deospedalizzazione a favore di una presa in carico territoriale.



Nel grafico seguente si riporta il dettaglio solo dello stabilimento di Orbetello per una migliore lettura della modificazione dei ricoveri



PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

Sulla base di questo trend si può stimare che i ricoveri di area medica del 2013 si attesteranno tra i 1.440-1.460 come mostrato in tabella.

Anno	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ricoveri stab. Orbetello	3.201	2.641	2.476	2.091	1.733	1.773	1.624	1.440-1.460
Ricoveri tot Aziendali	21.463	19.308	18.417	16.872	15.537	14.477	13.727	13.200-13.400

Previsione distribuzione posti letto per Area

TIPOLOGIA	AREA	STRUTTURE AFFERENTI	POSTI LETTO / POLTRONE	REGIME PRESA IN CARICO
RICOVERO ORDINARIO	Medica + SPDC	Cardiologia, Medicina Interna, Psichiatria	30 + 4	Ricovero ordinario
	Chirurgica	Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia	26* (incluso 5 Day Surgery)	Ricovero Ordinario
	Medico/Chirurgica	Oncologia,	8 DH Oncologico	Ricovero DH
	Terapia Intensiva	Rianimazione	4	Ricovero Ordinario
	Materno Infantile	Pediatria	2**	Osservazione Breve e/o Day Service
Sub- Totale Posti Letto			74	
Area Ambulatoriale	Medico/Chirurgica	Medicina, Cardiologia, Chirurgia Generale, Ortopedia, Oncologia,	6	Ambulatoriale e/o Day Service
	Medica	Dialisi	9	Ambulatoriale
	Emergenza/Urgenza	Pronto Soccorso	4	Osservazione Breve Intensiva
	Dei Servizi	Sez. Immuno Trasfusionale	4	Ambulatoriale
Sub – Totale Posti Letto/Poltrone			23	
CURE INTERMEDIE	Territoriale	Hospice	4	Ricovero Ordinario
	Territoriale	Ospedale di Comunità	6	Ricovero Ordinario
Sub – Totale Posti Letto			10	
Totale Generale			107	
Note:				
* Garantendo un tasso di occupazione superiore all'85%				
** Presenza del Pediatra H12 con reperibilità notturna in funzione del PS				

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

Di seguito si riportano alcuni dati, relativi all'anno 2012, di attività ambulatoriale dello stabilimento di Orbetello che non subiranno variazioni nell'attuale previsione riorganizzativa, salvo esigenze mutate dei bisogni della popolazione che valuteremo di volta in volta.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE 2012			
Specialità	Produzione	Ore / settimana*	Note
005 - Angiologia	537	4.50	Ecocolordoppler vasi periferici
008 - Cardiologia	9.554	46.00	- di cui 13,30 ore ecocardio, - di cui 2,30 ore holter cardiaco, - di cui 2,00 holter pressorio - di cui 28 ore di visita + ECG
009 - Chirurgia generale	4.010	9.00	Di cui 2 ecoaddome e 5 piccoli interventi
026 - Medicina interna	360	1,00	
029 - Nefrologia	334	2.00	
032 - Neurologia	6.128	40,50	
034 - Oculistica	3.721	34.00	
036 - Ortopedia e traumatologia	8.992	24.00	
037 - Ostetricia e ginecologia	2.393	9.50	
Odontoiatria	1879	19.00	
038 - Otorinolaringoiatria	2.631	12.00	
039 - Pediatria	748	2,00	
Pneumologia	813	2.50	
043 - Urologia	845	4,00	
052 - Dermatologia	2.994	22.00	Di cui 1 per piccoli interventi
054 - Emodialisi	3.393	38,00	
058- Gastroenterologia/endoscopia	1.070	24.00	
064 - Oncologia	3.275	5.00	
071 - Reumatologia	1.166	11.00	
505 - Diabetologia	3.746	6.00	
526 - Anestesia/ ambulatorio antalgico	867	9,50	
Totale	58643	325.00	
Note:			
* le ore settimanali indicate sono passibili di variazioni in relazione ai diversi periodi dell'anno ed alla fluttuazione dei tempi di attesa			

PRESTAZIONI RADIOLOGICHE 2012			
Tipo esame	Pronto Soccorso	Esterni	Totale
RMN		2.542	2.542
RX	11.009	8.467	19.476
TAC	1.937	2.582	4.519
ECOGRAFIE	2.276	2.576	4.852
TOTALE	15.222	16.167	31.389

Attività Ostetrico ginecologica, Consultoriale e il nuovo Percorso Nascita

L'Azienda sta attivando un Nuovo Percorso Nascita, allo scopo di:

- garantire a ogni donna un unico percorso per tutta la provincia
- controllare attivamente la gravidanza
- valutare precocemente e nel tempo il rischio della gravidanza

- introdurre nuove indagini diagnostiche nel percorso

Il percorso offre:

- attraverso il consultorio della zona distretto, la possibilità di raggiungere tutta la popolazione in gravidanza comprese le coppie degli immigrati che sempre più numerosi vengono ad abitare nel territorio provinciale;
- la diagnosi precoce delle gravidanze a rischio entro la 12° settimana attraverso il test combinato e la valutazione del rischio secondo linee guida avanzate;
- l'individuazione dell'ostetrica come professionista di riferimento per la gravidanza fisiologica;
- l'integrazione delle varie fasi del percorso tra ospedale e territorio, con il contributo di tutte le professioni interessate.

L'ostetrica del Consultorio rappresenta la figura di riferimento nel Percorso nascita a partire dal momento del concepimento, nei successivi nove mesi e durante il puerperio.

Le tappe del Nuovo percorso si possono riassumere :

- consegna del Libretto da parte dell'ostetrica, che informa la donna sul percorso e la prenota per le tappe successive;
- alla 12° settimana è prevista la prima ecografia ostetrica, il 1° prelievo ematico, il counseling e la valutazione del rischio della gravidanza nella sede centralizzata di Grosseto;
- Se la gravidanza sarà valutata a basso rischio, sarà seguita dal personale ostetrico del consultorio, circa una volta al mese come da protocolli
- Rivalutazione del rischio: le successive Visite ed Ecografie del 2° e 3° trimestre (a 19/22 e 32/34 settimane), avverranno nella sede del consultorio.

Il personale ostetrico sarà sempre in contatto con lo specialista e, nel caso in cui sia necessario un ulteriore controllo, provvederà a prenotare un appuntamento col medico entro la settimana.

L'accesso dello specialista del percorso nascita, per le visite e le ecografie ostetriche sarà settimanale presso il consultorio di Orbetello e mensile per le ecografie ostetriche e ginecologiche a Pitigliano.

L'attività Specialistica sarà comunque garantita nei vari comuni mantenendo gli attuali livelli prestazionali per quanto attiene le visite, le ecografie ginecologiche, gli accessi consultoriali del medico e del personale ostetrico.

Organizzazione notturna degli ospedali.

L'organizzazione notturna dell'ospedale resta invariata, prevedendo la presenza medica dei medici del pronto soccorso.

Nello stabilimento di Orbetello è inoltre presente il medico della terapia intensiva in guardia attiva.

Emodialisi

Non sono previste variazioni sui posti letto tecnici attualmente attivi. Di seguito si riporta la situazione attuale:

- 5 PL tecnici a Pitigliano su un turno giornaliero
- 9 PL tecnici a Orbetello su un turno giornaliero

Laboratorio analisi

La riorganizzazione della rete dei laboratori analisi è un progetto avviato da alcuni anni che ha già portato alla centralizzazione verso i poli di Area Vasta di alcune attività specialistiche e verso i presidi provinciali la centralizzazione di tutti quegli esami ad alto volume e ad alta automazione che sono state individuate da specifiche delibere regionali. In zona restano le urgenze esterne ed interne, da PS e dai reparti, che verranno garantite dal personale del laboratorio a Pitigliano nelle 6 ore diurne feriali, a Orbetello nelle 12 ore diurne feriali. Nelle altre fasce orarie e nei festivi verrà favorito l'utilizzo del POCT, collocandone uno al P. Soccorso e l'altro in area di degenza a Pitigliano, ed uno al P. Soccorso e l'altro in Rianimazione a Orbetello.

Tale riorganizzazione è in fase avanzata di definizione e le azioni che restano da perseguire sono orientate verso:

- Miglioramento appropriatezza
- Ottimizzazione utilizzo POCT
- Razionalizzazione della rete
- Ottimizzazione rete territoriale punti prelievo

Sono già istituiti tavoli di lavoro aziendali plurispecialistici per aggiornare protocolli di richiesta esami di laboratorio allo scopo di ricondurre in appropriatezza l'utilizzo di definiti pannelli di esami per patologia anche in logica sequenziale, su scala aziendale.

La revisione dei punti prelievo avverrà in applicazione degli indirizzi e dei parametri regionali in fase di definizione, e sulla base di tali determinazioni, verrà riorganizzata la nuova rete dei trasporti.

Di seguito si riporta l'attività 2012 dei laboratori analisi di Orbetello e Pitigliano evidenziando che nel prossimo futuro l'attività per esterni verrà progressivamente centralizzata sul laboratorio di Grosseto.

PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANNO 2012				
Sede	Esterni	Interni	In urgenza	Totale
Stabilimento Orbetello	31.943	28.524	226.281	286.748
Stabilimento Pitigliano	3.604	17.966	39.264	60.834

Medicina trasfusionale

In linea con il progetto regionale di riorganizzazione del sistema Trasfusionale toscano, le azioni previste sono relative a:

- trasferimento dell'officina di lavorazione in area vasta (Siena)
- il mantenimento in zona e nel presidio delle funzioni di raccolta e di buon uso del sangue, per garantire la tempestiva disponibilità del sangue e degli emocomponenti attraverso la dotazione di 11 poltrone (4 Orbetello, 3 Pitigliano e 4 Manciano), 10 bilance (3+1 di Back up Orbetello, 3 Pitigliano e 3 Manciano) e 2 separatori cellulari a Orbetello.
- l'ottimizzazione della rete dei trasporti

Percorso di cura intraospedaliero

Nel percorso di cura la singola persona attraversa una serie di compartimenti produttivi quali pronto soccorso, aree di degenza, sale operatorie, aree di diagnostica, ambulatori, all'interno di ciascuno dei quali ad oggi si è lavorato per rendere efficiente il percorso non tenendo però conto del processo nella sua globalità e involontariamente generando criticità negli altri settori. È pertanto necessario agire su una governance complessiva del percorso attraverso strumenti gestionali innovativi in grado di supportare le scelte decisionali del management e favorire il governo del percorso di cura.

Il Day Service

Anche per gli aspetti relativi ai percorsi ambulatoriali si sta sempre più sviluppando la costituzione dei Day Service aziendali per le patologie di maggior impatto prescrittivo e per la diagnostica pesante. Questo consente di ridurre i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni e ottimizzare i tempi e le modalità di erogazione delle prestazioni stesse che vengono così accorpate in logica sequenziale.

Il monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva

Avverrà secondo le linee di indirizzo regionali, sarà mensilmente monitorato dalle strutture farmaceutiche per rilevare criticità da risolvere sia con gli specialisti interni sia con MMG e PDF.

E' in definizione a livello aziendale lo specifico accordo con la medicina generale in coerenza con le linee di indirizzo regionale.

I beni farmaceutici

Prosegue la definizione aziendale delle strategie di farmaco utilizzo coerenti con le indicazioni regionali sia per la farmaceutica convenzionata sia per i consumi interni (la prima parte delle strategie di farmaco utilizzo sono già state varate e sono pubblicate sul sito intranet aziendale).

La somministrazione di tali strategie a tutti i Medici specialisti dipendenti e convenzionati nonché il monitoraggio della loro applicazione ed efficacia è stata già pianificata con 16 incontri attuati nel I° semestre 2013 e ulteriori 16 incontri attuati nel II° semestre 2013 in coordinamento con i responsabili dei diversi PP.OO.

La somministrazione di tali strategie a tutti i Medici di Medicina Generale nonché il monitoraggio della loro applicazione ed efficacia è stata già pianificata con 17 incontri attuati nel I° semestre 2013 e ulteriori 17 incontri attuati nel II° semestre 2013 in coordinamento con i responsabili delle Zone Distretto e le UU.FF. delle cure primarie.

Il controllo dei consumi interni dei beni farmaceutici verrà gestita tramite tetti di spesa programmati. Sono già stati definiti a livello aziendale i tetti di spesa dei beni farmaceutici per ciascun centro di costo aziendale in coerenza con i riassetti organizzativi delle strutture.

Erogazione diretta Farmaci

Prsegue lo sviluppo dell'erogazione diretta dei farmaci con particolare riguardo alla presa in carico dei soggetti critici/fragili.

Assistenza integrativa

E' in corso la revisione dei percorsi assistenziali con obiettivo di una applicazione corretta dei livelli di assistenza nonché di una appropriata gestione dell'erogazione di dispositivi, ausili, prodotti dietetici.

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

Appropriatezza prescrittiva prestazioni di diagnostica per immagini

Previsto aggiornamento ed implementazione del protocollo aziendale sull'appropriatezza della diagnostica, condiviso con i professionisti nel 2011.

In Azienda è già stato adottato quanto previsto dal Decreto 2735, cioè le prenotazioni per criteri di priorità, precisamente ad ottobre 2012 per la TAC e a febbraio 2013 per l'ecocolordoppler.

Emergenza urgenza

La rete dell'emergenza urgenza in ambito aziendale è resa particolarmente complessa per l'estensione territoriale e per la rete stradale spesso non ottimale. Da tempo è allo studio un processo di ottimizzazione del servizio di emergenza urgenza che consenta di coprire il territorio provinciale in modo efficace ma con recupero di efficienza e sostenibilità delle risorse impiegate. Scopo primario è quello di non incidere sulla qualità del servizio erogato pur rimodulando le modalità di risposta nelle diverse situazioni di urgenza.

In tale ottica, al fine di poter ridurre i mezzi di soccorso medicalizzati, si procederà ad una graduale implementazione dell'ambulanza infermierizzata e dell'auto medica, favorendo l'utilizzo integrato di quest'ultima e promuovendo la modulabilità della risposta in base alle richieste di soccorso avanzate dagli utenti.

Si prevedono pertanto le seguenti azioni, che verranno implementate secondo gli indirizzi regionali e gli accordi di area vasta:

- Riqualificazione della rete del volontariato
- Riconversione delle postazioni medicalizzate in postazioni infermierizzate
- Implementazione dell'auto medica come risposta territoriale in grado di vicariare più punti PET

Le tabelle seguenti riassumono il quadro della situazione attuale e lo scenario futuro alla quale si tende.

ATTUALE				
Continuità assistenziale	Elisuperfici	PET	PET Infermiere	Auto soccorso avanzato
	Orbetello	Orbetello		
Albinia		Albinia (h12)		
Capalbio (sab-dom)			Capalbio	
Manciano		Manciano		
	Pitigliano	Pitigliano		
Porto S. Stefano			Porto S. Stefano	
Giglio	Giglio	Giglio (stag.)		
Sorano				
Magliano				
	Giannutri			

PREVISTO				
Continuità assistenziale	Elisuperfici	PET	PET Infermiere	Auto soccorso avanzato
La continuità assistenziale sarà rivista in relazione alla costituzione della AFT secondo la delibera 1235/2012. Finché non saranno attive le AFT la situazione della continuità assistenziale rimarrà invariata	Orbetello			Orbetello
			Albinia (h12)	
			Capalbio	
	Manciano		Manciano	
	Pitigliano			Pitigliano
	Porto S. Stefano		Porto S. Stefano	
	Giglio	Giglio (stag.)		
	Giannutri			

La riorganizzazione sarà graduale e procederà di pari passo con l'implementazione delle elisuperfici in particolare su Manciano.

PATTO TERRITORIALE COLLINE DELL'ALBEGNA

La Asl si impegna comunque ad una ulteriore valutazione tecnica congiunta sui tempi di risposta del servizio e comunque ad un periodo di sperimentazione di sei mesi prima dell'avvio della nuova organizzazione. La PET resterà medica fino ad implementazione dell'elisoccorso.

Investimenti

Nella tabella seguente si riportano gli investimenti previsti per la zona delle Colline dell'Albegna

descrizione intervento	Flussi 2013	Flussi 2014	Flussi 2015
Interventi di riorganizzazione funzionale PO di Pitigliano e PO Orbetello (Protocollo Colline dell'Albegna)	X		
Realizzazione elisuperfici per volo diurno e notturno sul territorio: Manciano e Porto Santo Stefano		X	
Interventi programmati per le reti e TLC e adeguamento sistemi informatici	X	X	X
Rinnovo tecnologie sanitarie presidi sanitari dell'azienda: RMN osteoarticolare per lo stabilimento di Pitigliano previa verifica con programmazione Regionale		X	

Piano di alienazione immobili

Comune	Immobile	Impegno comunale	Note
Orbetello	Poliambulatori - via Donatori del Sangue	Cambio destinazione d'uso	laddove si realizzi Casa della Salute c/o adiacenza Ospedale

Firme

Sindaco Capalbio

(Luigi Bellumori)_____

Sindaco Isola del Giglio

(Sergio Ortelli)_____

Sindaco Magliano in Toscana

(Giampiero Tofanelli)_____

Sindaco Manciano

(Marco Galli)_____

Sindaco Monte Argentario

(Arturo Cerulli)_____

Sindaco Orbetello

(Monica Paffetti)_____

Sindaco Pitigliano

(Pier Luigi Camilli)_____

Sindaco Sorano

(Pierandrea Vanni)_____

Direttore Generale AUSL9 Grosseto

(Fausto Mariotti)_____

Assessore al Diritto alla Salute Regione Toscana

(Luigi Marroni)_____