DOCUMENTO DI PROGRAMMAZIONE

2018-2019

Azienda USL Toscana nord ovest

Servizio Sanitario della Toscana

Documento di programmazione 2018-2019

Indice

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO **7**

IL LIVELLO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI **11**

LE RETI TEMPO DIPENDENTI **16**

La Rete Ictus *17*
La Rete per le emergenze cardiologiche *22*
La Rete del trauma maggiore *25*
Emergenza Territoriale 118 ..... *29*
La rete del codice rosa *31*
La rete del codice rosa *31*

LA RETE OSPEDALIERA **35**

AREA MEDICA 43
Appropriato uso dei setting assistenziali di ricovero ordinario *43*
La rete pneumologica *46*
La rete diabetologica *49*
La rete neurologica *51*
La rete nefrologica *53*
La rete dell'elettrofisiologia cardiaca *55*
AREA CHIRURGICA 57
La concentrazione della casistica nel rispetto degli standard nazionali e regionali *57*
La rete di Area Vasta per la Day Surgery e chirurgia ambulatoriale complessa *62*
Lo sviluppo di attività chirurgica di tipo mini-invasivo *64*
Lo sviluppo della chirurgia robotica in ambito ortopedico e urologico *66*
La gestione delle liste di attesa chirurgiche *68*
AREA EMERGENZA URGENZA 71
L' avvio del nuovo modello di Pronto Soccorso *71*
Il piano per il sovraffollamento al Pronto Soccorso *75*
L'Area critica *77*
MATERNO INFANTILE 79
La riorganizzazione della rete dei punti nascita *79*
La rete pediatrica ambulatoriale *85*
La continuità-ospedale territorio e le cure palliative nei pazienti pediatrici *89*
La rete dei consultori *91*
AREA ONCOLOGICA 95
Gli screening oncologici *95*
La riorganizzazione del Cord/Accoglienza aziendale: omogeneità di accesso *97*
La riorganizzazione della oncoematologia nell' ambito della nuova organizzazione aziendale *99*
Implementazione della tecnologia e abbattimento liste di attesa in Radioterapia *104*
La ricerca clinica a livello aziendale *106*

I SERVIZI DIAGNOSTICI E LE VISITE SPECIALISTICHE **108**

IL GOVERNO DELLE LISTE DI ATTESA 108
EQUITÀ DI ACCESSO E QUALITÀ DELLE PRESTAZIONI DI LABORATORIO 120

LA RIABILITAZIONE **124**

LA RETE TERRITORIALE_AREA SOCIO SANITARIA **131**
LA GESTIONE DELLA CRONICITA' 131
A) LA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE 134
Promozione della salute e del benessere per gli alunni e la comunità scolastica *134*
Promozione della salute di comunità *135*
L'attività fisica a tutte le età (AFA) *136*
B) L'APPROCCIO INTEGRATO IN BASE ALLA COMPLESSITÀ 138
Il nuovo modello di Sanità iniziativa *138*
Il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità sul territorio *141*
C) LA MAGGIORE FLESSIBILITÀ DEI MODELLI ORGANIZZATIVI 145
Avvio e monitoraggio delle funzionalità della Agenzia di continuità ospedale territorio ACOT *145*
Il consolidamento dell'assistenza territoriale nelle AFT e l'integrazione della Continuità assistenziale *146*
Lo sviluppo del modello di Day Service *148*
D) LA PIENA VALORIZZAZIONE DELLA RETE ASSISTENZIALE 149
Le cure intermedie: la rimodulazione dell'offerta e della domanda rispetto al bisogno della popolazione *149*
Il completamento dell'assetto e della funzionalità delle case della salute *153*
E) L'EMPOWERMENT ED IL SELF-CARE DEL PAZIENTE 157
Progetto IDEA- Programma Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche (Self Managemement) *157*
FINE VITA 159
La rete delle cure palliative *159*

LA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE **162**

IGIENE, SALUTE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO 162
Assicurare il raggiungimento degli obiettivi Piano Regionale Cave *162*
Piano sulla sicurezza sul lavoro nel porto di Livorno e negli stabilimenti industriali dell'area portuale *163*
Promozione alla salute nei luoghi di lavoro *165*
Screening e follow up di lavoratori ed ex lavoratori *167*
La cultura della sicurezza nelle scuole *168*
IGIENE PUBBLICA E NUTRIZIONE 169
Programma Vaccinazioni *169*
Promozione dell'adesioni dei pediatri al programma delle vaccinazioni *170*
Applicazione legge 119/2017 disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale in collaborazione con distretti, pediatri di famiglia *171*
Programma Regionale Nutrizione *172*
Sicurezza e conformità degli ambienti di vita (Requisiti di agibilità) *173*
AMBIENTE E SALUTE 174
La rete aziendale ambiente e salute *174*
Rosignano - città laboratorio di prevenzione oncologica *175*
SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE 178
La sicurezza alimentare per le fasce deboli di popolazione *178*
Le garanzie igienico sanitarie nel settore turistico recettivo *180*
La sicurezza alimentare in produzione primaria *181*
La Sicurezza in un bicchiere ovvero i MOCA (Materiali destinati al contatto con gli alimenti) *182*
Il Piano nazionale di contrasto all'antimicrobico resistenza - la sorveglianza dell'AMR in ambito veterinario – l'integrazione con la rete ospedaliera *183*
Animali in città *184*
MEDICINA DELLO SPORT 185
L'anagrafe Sanitaria degli atleti ed il Sistema Informativo Sanitario di Prevenzione Collettiva *185*
Tutela sanitaria delle attività sportive *186*
INFORMAZIONE ED ASSISTENZA 187
Teniamoci in contatto *187*
La collaborazione con gli stakeholders: Focus Group interventi efficaci in sicurezza alimentare *189*

AREA FARMACEUTICA **191**

GOVERNO DELL'APPROPRIATEZZA FARMACEUTICA 191

LE RISORSE **195**

APPENDICE **197**

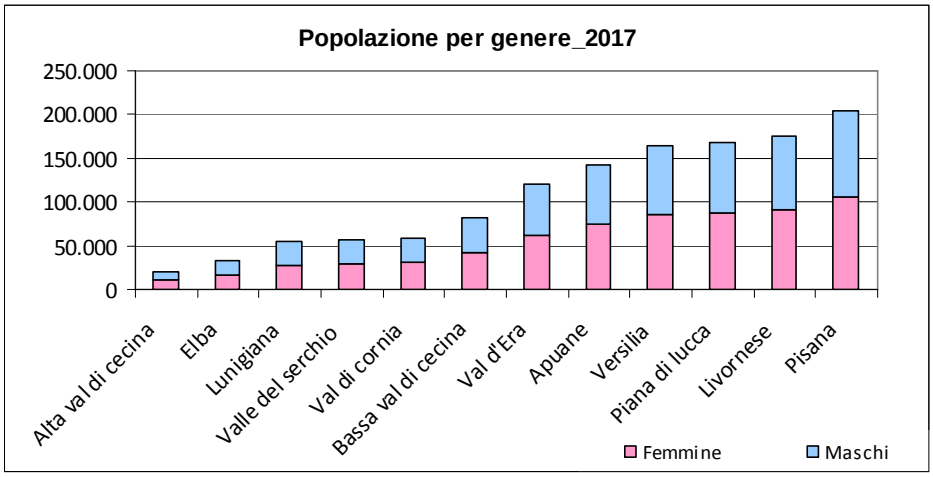
LA RETE TERRITORIALE _ INTEGRAZIONE SOCIO SANIARIA 197
AREA SALUTE MENTALE 197
I servizi psichiatrici di diagnosi e cura *197*
La rete con le associazioni di tutela *199*
La rete residenziale e semiresidenziale *200*
I programmi di inclusione sociale e i gruppi ai auto aiuto *204*
La continuità delle cure nel passaggio all'età adulta *207*
Il percorso assistenziale del minore con disturbo neuropsichiatrico e l'integrazione con gli altri servizi sanitari, socio sanitari, scolastici e centri di terzo livello *209*
AREA DIPENDENZE 211
Gli interventi di prevenzione *212*
La diffusione dei corretti stili di vita: fumo e alcool *214*
Il contrasto alle ludopatie *216*
AREA SOCIALE, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITÀ 217
Non Autosufficienza *217*
Disabilità *223*

10 ottobre 2018

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

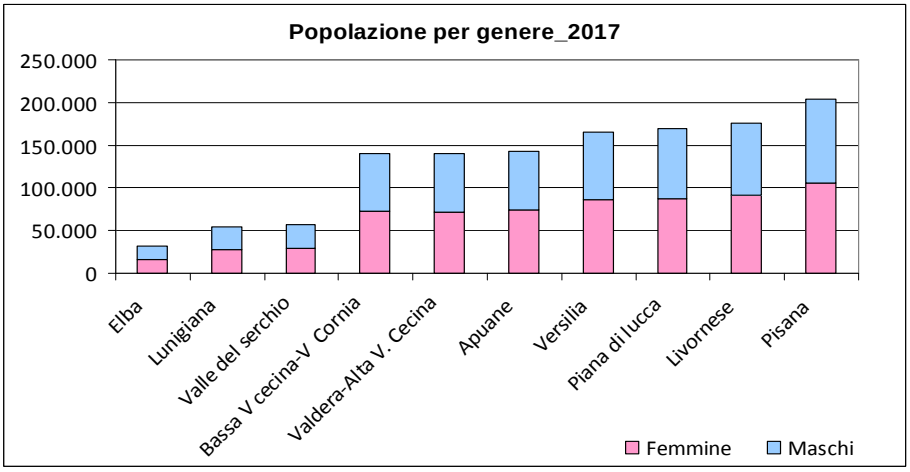
Il territorio dell'Azienda USL Toscana Nord ovest comprende 107 comuni e si estende complessivamente per 6.586 km^2. E' un territorio caratterizzato da grande variabilità fisica, contraddistinta da pianure costiere, zone collinari interne e zone montane, in cui vivono *1.278.713* abitanti. Di seguito si rappresenta la distribuzione della popolazione nelle 12 zone distretto.



Nella figura successiva si mostra invece la popolazione nelle nuove **10 zone distretto**, a seguito del processo di fusione delle seguenti zone:

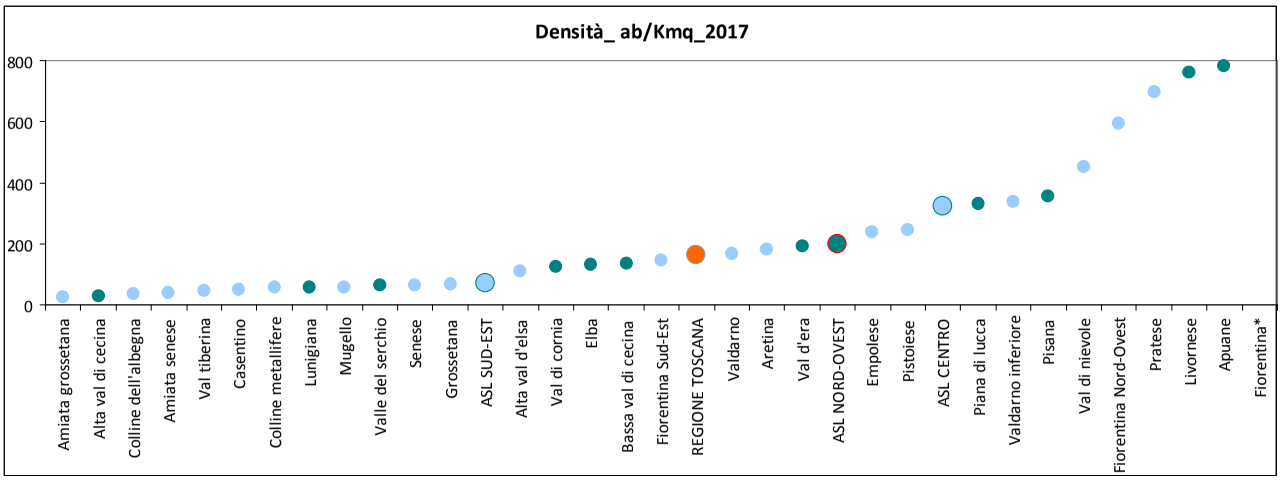
- zona Valdera e zona Alta Val di Cecina nella **nuova zona Valdera-Alta Val di Cecina**
- zona Bassa Val di Cecina e zona Val di Cornia nella **nuova zona Bassa Val di Cecina-Val di Cornia**

Con il nuovo assetto emerge che ci sono 3 zone, corrispondenti alle zone montane e insulari (Elba 32.066 ab., Lunigiana 54.356 ab., Valle del Serchio 56.537 ab.), con una popolazione inferiore a 60.000 abitanti, e le restanti 7 zone con una popolazione che varia tra 139.803 della Bassa Val di Cecina-Val di Cornia e 204.179 della zona Pisana



La popolazione presenta nelle varie Zone una diversa composizione per età ed una disomogenea densità, verosimilmente influenzata dalle possibilità occupazionali. Considerando i dati relativi al 2017 si conferma grande variabilità nel livello di densità abitativa fra le diverse zone, con 783 ab./km^2 nella zona Apuane e soltanto 28 ab./km^2 in Alta Val di Cecina.

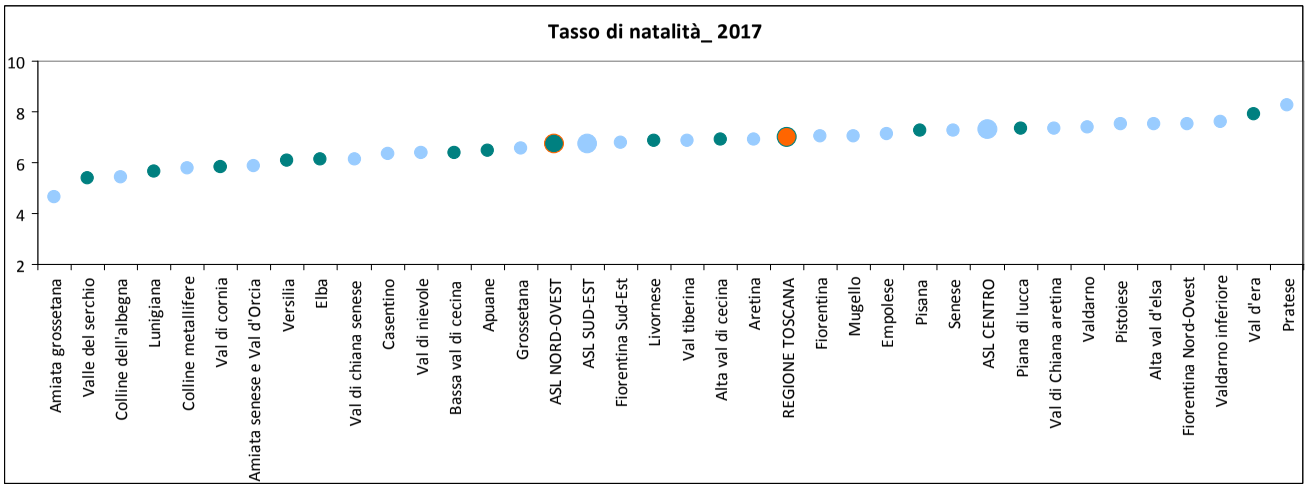
Densità_anno 2017



la zona Fiorentina ha una densità di 3735 ab. /Km^2 e non è rappresentata nel grafico

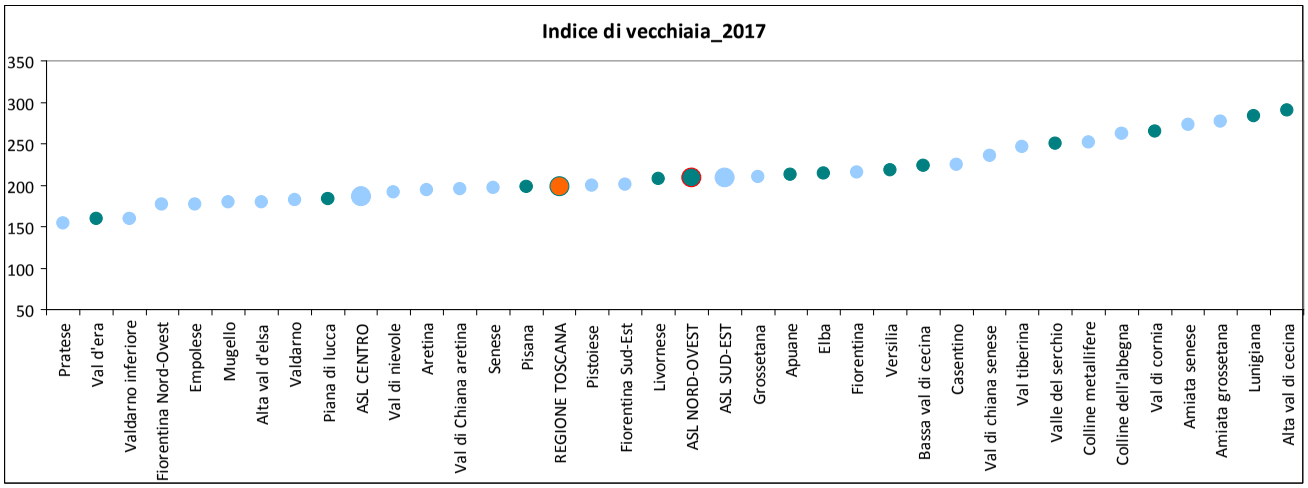
Il Tasso di natalità, nati vivi ogni 1.000 residenti, è in riduzione dal 2008 con un saldo naturale di popolazione ovunque negativo.

Tasso di natalità_anno 2017



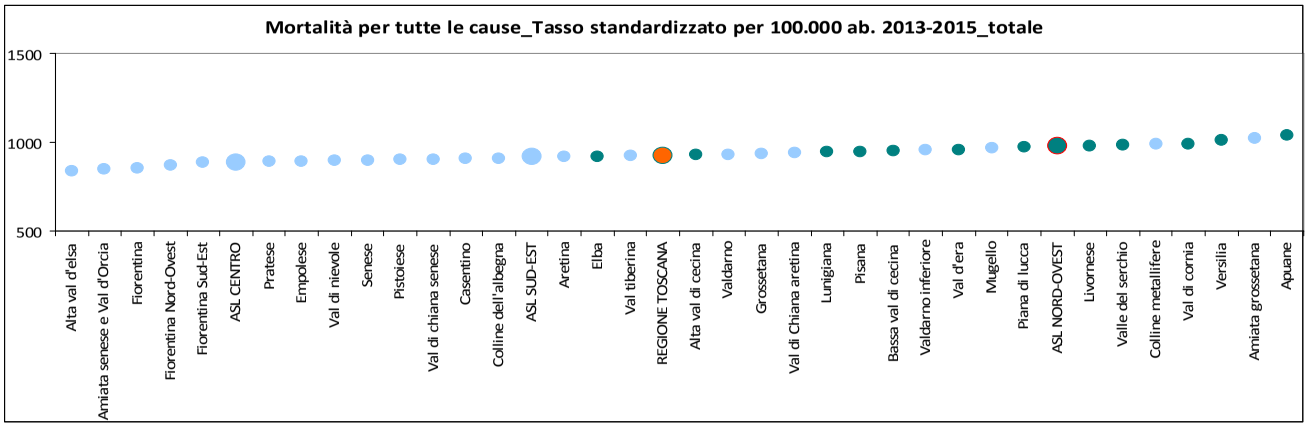
L'invecchiamento della popolazione è confermato dall' incremento nel tempo degli anziani sopra i 65 anni in rapporto a 100 giovani tra 0 e 14 anni, indice di vecchiaia.

Indice di vecchiaia_ anno 2017

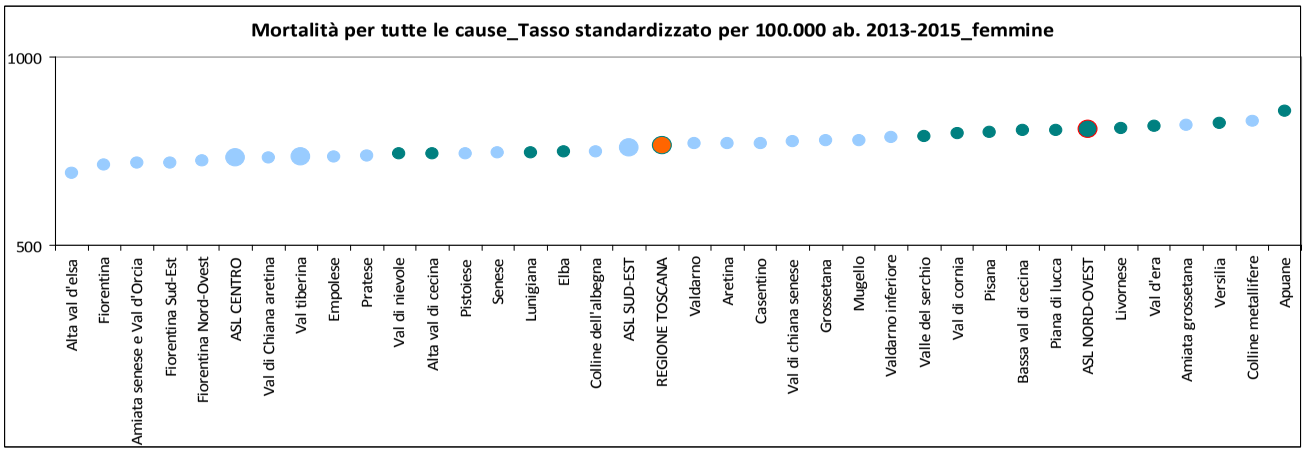


I dati mostrano che l'area vasta nord ovest presenta una popolazione nel complesso più anziana rispetto al dato regionale, sebbene si registri una variabilità interna tra le diverse zone. L'Alta val di Cecina e la Lunigiana sono le zone con il più elevato indice di vecchiaia, la Valdera d'altra parte è invece una tra le zone che mostra il dato più basso. L'analisi degli indicatori macro di salute della popolazione evidenzia per l'Area Vasta Nord Ovest la criticità di una maggiore mortalità rispetto al resto della regione. Il Tasso di Mortalità per tutte le Cause Standardizzato per età x 1000 ab. rappresenta uno dei principali indicatori utilizzati a livello internazionale per valutare in maniera sintetica lo stato di salute di una popolazione.

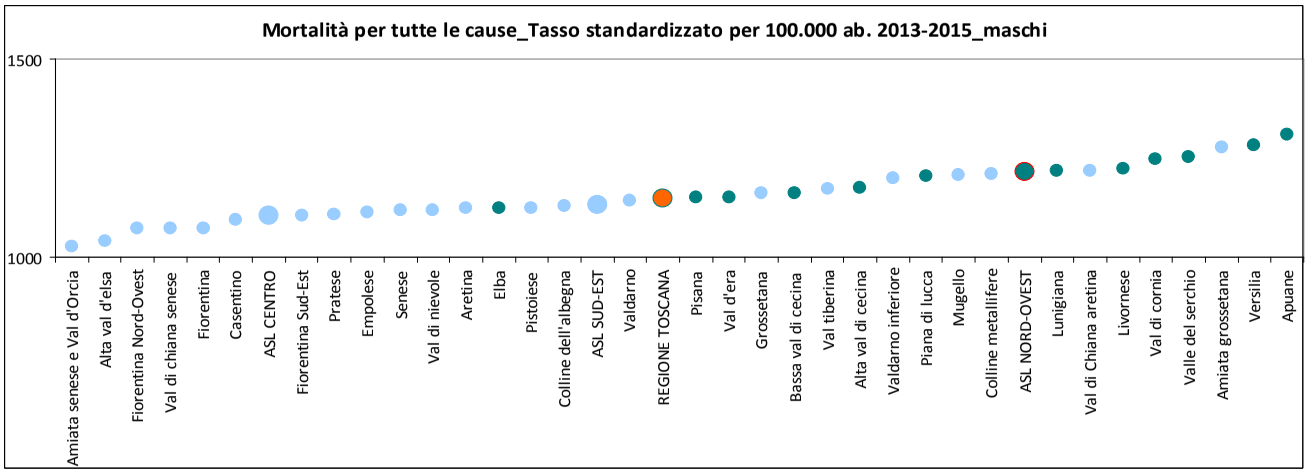
Mortalità per tutte le cause 2013-2015 Tasso Standardizzato per età x 100.000



Mortalità per tutte le cause_2013-2015_femmine_ Tasso Standardizzato per età x 100.0000



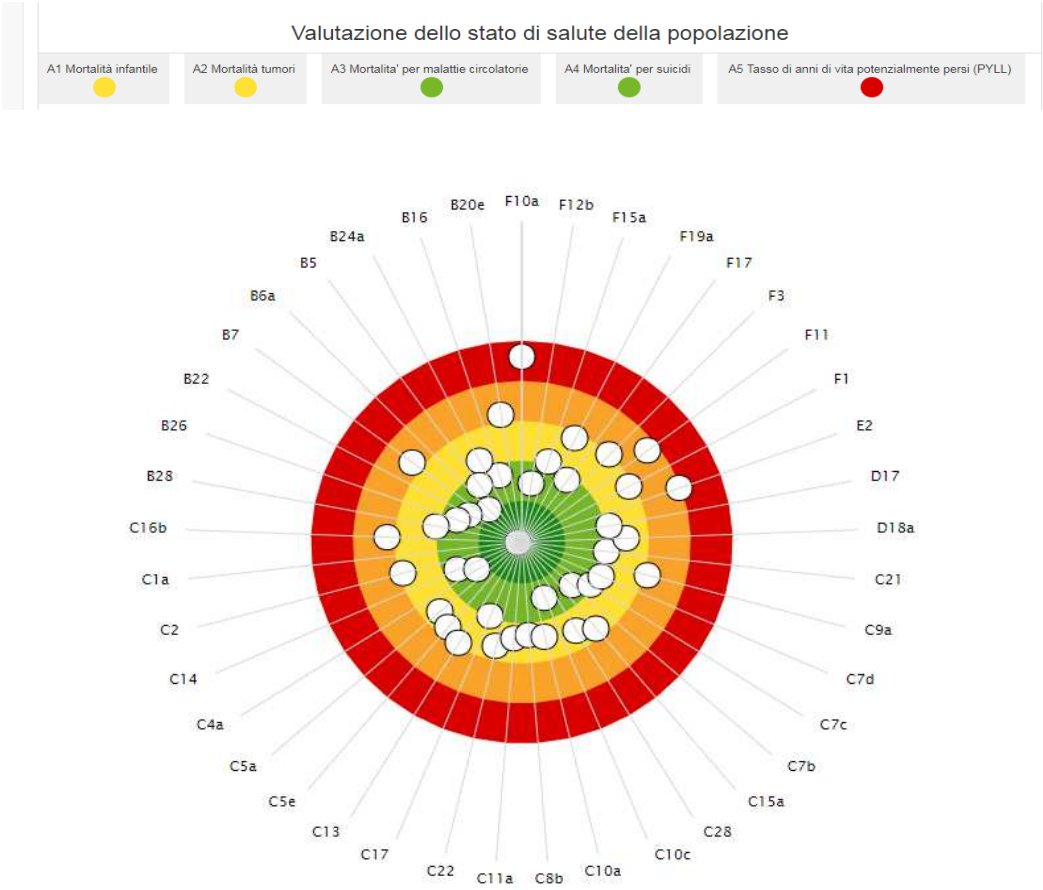
Mortalità per tutte le cause_2013-2015_maschi_ Tasso Standardizzato per età x 100.000



IL LIVELLO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI

IL LIVELLO DELLA QUALITA' DEI SERVIZI

Il monitoraggio dei risultati conseguiti permette di evidenziare gli aspetti fondamentali della performance in un sistema complesso quale quello sanitario.
La figura rappresenta il **Bersaglio 2017** della **Azienda USL Toscana nord ovest** in cui sono posizionati gli indicatori di sintesi, che mettono in evidenza i principali punti di forza e debolezza del sistema, oltre all'area dello stato di salute della popolazione



Il Bersaglio 2017 della Azienda Usl Toscana nord ovest presenta nel complesso una performance positiva, con numerosi punti di forza (indicatori posizionati nelle fasce centrali del bersaglio) e alcuni punti di debolezza (indicatori posizionati nelle fasce più esterne del bersaglio).
L'utilizzo appropriato dei setting assistenziali è confermato dai buoni risultati degli indicatori C14 (Appropriatezza medica) e C4a (Appropriatezza chirurgica). Positivi nel complesso i risultati sul percorso materno infantile, sia per erogati in ospedale (C7b) che nei consultori (C7c).
Complessivamente positiva anche la performance rispetto alla assistenza territoriale relativa ai servizi offerti dai medici di medicina generale per i pazienti cronici con il programma di Sanità di Iniziativa (B26), nonché relativamente ai corsi promossi per gli anziani di attività fisica adattata - AFA (B22). Le aree di miglioramento riguardano in primis il governo della spesa farmaceutica (F10a), seguita dalla percentuale di assenza dei dipendenti (E2).

Di seguito si riportano gli ultimi risultati disponibili, in termini di punteggi degli indicatori di sintesi presenti sul Bersaglio, classificati in aree che contengono indicatori di carattere generale o strategico, indicatori sanitari e socio-sanitari e indicatori dei percorsi assistenziali, con un focus separato su emergenza-urgenza, prevenzione collettiva ed assistenza farmaceutica.

Le aree rappresentate nella tabella seguente sono:
1. **Governo e qualità dell'offerta** che include indicatori volti a controllare il governo della domanda, l'appropriatezza e gli aspetti della qualità di esito e di processo dei servizi offerti dal sistema sanitario;

2.**Efficienza e sostenibilità** che include indicatori relativi all'utilizzo delle risorse economiche, alla struttura finanziaria delle aziende e alla gestione delle risorse umane;

3.**Strategie sanitarie regionali**, che include indicatori volti a monitorare la capacità dell'azienda di conseguire ed applicare i programmi sanitari ritenuti strategici dal livello regionale (come ad esempio la sanità di iniziativa e la copertura vaccinale);

4. **Emergenza-Urgenza** che include indicatori che misurano l'appropriatezza e tempestività nel rispondere alle richieste di soccorso da parte degli utenti in pronto
soccorso e sul territorio (118);

5. **Prevenzione collettiva e sanità pubblica** che include indicatori riferiti ai servizi di sicurezza sul lavoro, sicurezza alimentare, nutrizione e medicina dello sport;

6. **Assistenza farmaceutica** che comprende indicatori relativi al utilizzo appropriato ed efficiente dei farmaci sia in ambito territoriale che ospedaliero;

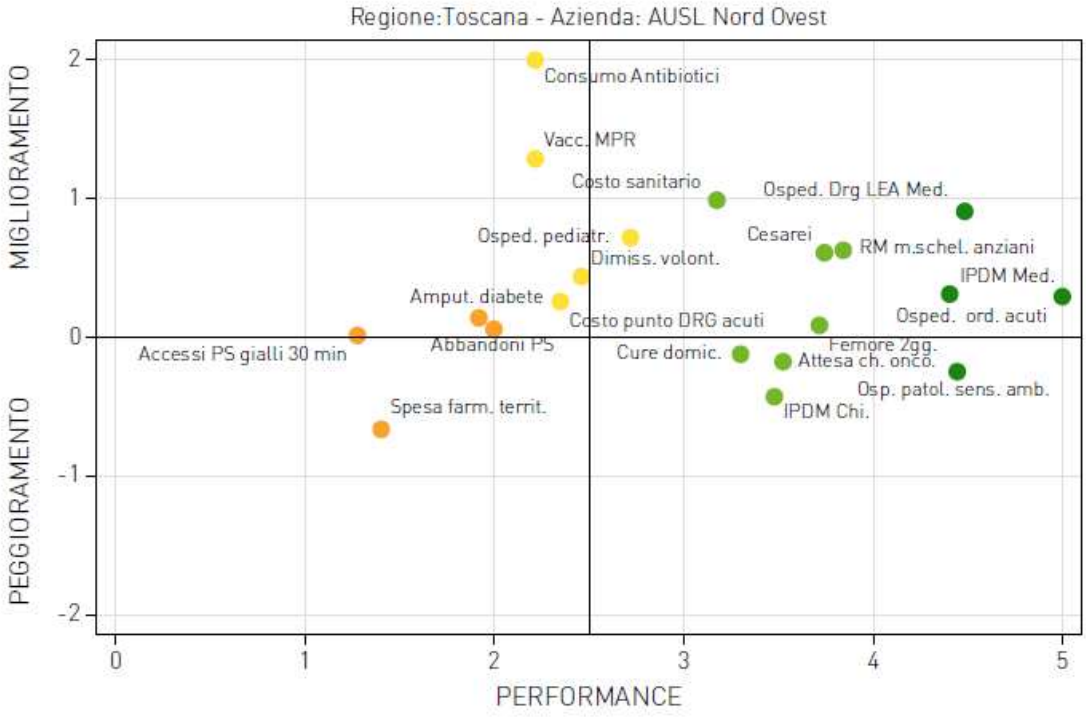
7. **Valutazione dell'utenza** che riprende gli indicatori della dimensione della valutazione esterna.

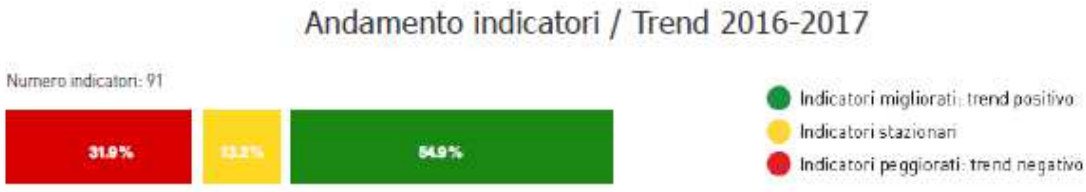
8.**Comunicazione e processi** che include indicatori volti a monitorare i processi organizzativi non sanitari che costituiscono la chiave di congiunzione fra i cittadini e l'azienda (come ad esempio la comunicazione, la Carta sanitaria elettronica ed i tempi di attesa) oppure fra i professionisti, l'azienda ed il sistema nel suo complesso (come ad esempio i sistemi informativi);

Bersaglio 2017 Azienda USL Toscana nord ovest		
Codice indicatore	**Indicatore**	**Valutazione 2017**
Governo e qualità dell'offerta		
C1a	Capacità di governo della domanda	4,91
C4a	Appropriatezza chirurgica	3,76
C10c	Tempi di attesa per la chiurgia oncologica	3,50
C7b	Materno-Infantile assistenza al parto	3,38
C14	Appropriatezza medica	3,34
C7c	Materno-Infantile assistenza territoriale	3,04
C17	Riabilitazione	3,01
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale	2,94
C7d	Pediatria	2,90
C8b	Integrazione ospedale territorio	2,67
C11a	Efficacia assistenziale territoriale	2,59
C10a	Performance Trattamenti Oncologici	2,57
C28	Cure Palliative	2,41
C5a	Qualità di processo	2,39
C22	Terapie Intensive	2,34
C5e	Ricoveri ripetuti	2,25
C15a	Salute mentale	2,20
C2	Efficienza attività di ricovero	2,07
C13	Appropriatezza Diagnostica	2,07
Efficienza e sostenibilità		
F17	Costo sanitario pro capite	3,10
F19a	Costo medio per punto Drg	2,10
F1	Equilibrio economico reddituale	2,09
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	1,96
F11	Indice di compensazione	1,22
E2	Percentuale assenza	0,99
Strategie sanitarie regionali		
B6a	Donazioni organi	3,87
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	3,58
B26	Sanità di Iniziativa	3,37
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	2,96
B7	Copertura_vaccinale	1,56
Emergenza urgenza		
C16b	Percorso Emergenza - Urgenza	1,81
Prevenzione collettiva		
F15a	Efficienza ed efficacia dei servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	2,89
Assistenza farmaceutica		
F12b	Efficienza_prescrittiva_farmaceutica	3,52
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)	2,95
C9a	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	1,87
F10a	Governo della spesa farmaceutica e dispositivi	0,37
Valutazione dell'utenza		
D17	Valutazione utenti Materno Infantile	2,86
D18a	Dimissioni volontarie	2,49
Comunicazione e processi		
B16	Comunicazione e_partecipazione del_cittadino	3,25
B24a	Sanità digitale	2,73
B20e	Tempi di attesa specialistica	1,78

E’ da segnalare inoltre che l’Azienda, nell’ambito del Sistema di Valutazione della Performance del Network delle Regioni, che mette a confronto i risultati di 12 tra Regioni e Province Autonome, mostra una **buona capacità di miglioramento**: su una selezione di indicatori rappresentativi, la mappa seguente mette in evidenza che i risultati sono posizionati per la maggior parte nel quadrante in alto a destra: presentano quindi una buona performance e sono migliorati rispetto all’anno precedente.

Mappa di performance e trend (2016-2017) – Selezione indicatori principali (Fonte Laboratorio MeS, Sisitema di Valutazione network regioni)





LE RETI
TEMPO DIPENDENTI

LE RETI TEMPO DIPENDENTI

L'infrastruttura per la gestione delle patologie tempo dipendenti: il sistema dell'emergenza urgenza

L'infrastruttura per la gestione delle patologie tempo dipendenti nell'Area Vasta Nord Ovest è costituita dal sistema C.O. 118, dagli Ospedali (presidi e stabilimenti) sede di pronto soccorso presenti in Azienda Usl Toscana Nord Ovest, dal PS di Cisanello (AOUP) e dai due Stabilimenti della Fondazione Gabriele Monasterio (per le emergenze cardiologiche).
La Rete dell'Emergenza Urgenza di Area Vasta costituisce la piattaforma operativa per l'implementazione dei percorsi diagnostici terapeutici (PDTA) di presa in carico per la risposta ai bisogni di emergenza urgenza dei pazienti con Stroke, Emergenze Cardiologiche e Politrauma. Il Sistema dell' E.U. inoltre fornisce risposta a tutte le condizioni che necessitano di un accesso immediato alle cure ospedaliere. Pertanto le Reti per la gestione delle patologie tempo dipendenti (Stroke, Emergenze Cardiologiche e Trauma Maggiore) sono integrate e fanno parte del complesso sistema della Rete dell'Emergenza Urgenza, che rappresenta la modalità di accesso più rapida, sicura ed immediata ai servizi diagnostici e specialistici forniti dalla Rete Ospedaliera.
Dal settembre 2016 nell' Area vasta nord ovest si è reso necessario attivare un coordinamento organizzativo e professionale per:

- riallineare i sistemi operativi e le procedure dei servizi presenti nei nodi della rete coinvolgendo tutta la "filiera" del processo, dall'evento acuto territoriale fino alla dimissione dall'ospedale,(CO 118-PS-Degenze)
- aggiornare insieme ai professionisti dei servizi coinvolti le linee guida e i PDTA attraverso un continuo confronto con le realtà locali
- avviare con i cittadini modalità strutturate di monitoraggio rispetto ai risultati attesi
- attivare tutte le azioni necessarie per consolidare gli strumenti operativi necessari ad una corretta gestione del paziente, con particolare riferimento alle modalità di integrazione tra la C.O. 118, il Dipartimento di Emergenza Urgenza, le funzioni operative ospedaliere che afferiscono ai PDTA (Laboratorio, Diagnostica per Immagini, Cardiologia, Neurologia, Dipartimento Chirurgico, Dipartimento Infermieristico e Tecnico)
- realizzare la piena funzionalità delle due Centrali Operative di AVNO (Alta Toscana e Pisa/Livorno), dal punto di vista strutturale, organizzativo (procedure omogenee) e tecnologico.
- implementare i sistemi RIS-PACS, di telerefertazione e telemedicina con particolare riferimento alle aree disagiate e alle isole (telestroke elba- STEMI- trauma e rete materno infantile).

A questa prima fase è seguita la progettazione di strumenti di monitoraggio e di auditing che ha permesso nel 2017 di realizzare azioni rapide di miglioramento organizzativo e di prevedere ulteriori azioni a mediolungo termine per la riduzione del ritardo evitabile, ad esempio l'introduzione della "Gestione Operativa" e del metodo lean nella gestione dei percorsi intra-ospedalieri.

La Rete Ictus

L'ictus cerebrale rappresenta la principale causa di disabilità permanente, la seconda causa di demenza e la terza causa di morte nella popolazione, con enormi costi sanitari e sociali. In Toscana i casi incidenti di ictus sono circa diecimila ogni anno, di cui l'80% hanno una natura ischemica e per i restanti emorragica, con costi diretti stimati di circa 280 milioni di euro ogni anno. In particolare il solo costo della disabilità per ictus in Toscana è stato calcolato attraverso un'indagine Censis (2012) in circa 30mila euro l'anno per ogni singolo disabile e in prevalenza è dovuto ai costi indiretti a carico delle famiglie. A partire dagli anni novanta, l'avvento della trombolisi endovenosa ha permesso di modificare in modo sostanziale la storia naturale dell'ictus ischemico.

Attualmente la fibrinolisi sistemica è la terapia di provata efficacia indicata per il trattamento dell'Ictus Ischemico, entro quattro ore e mezzo dall'esordio dei sintomi, in pazienti selezionati in accordo a specifici criteri. Tale trattamento però ha scarsa efficacia quando l'occlusione arteriosa interessa un grosso vaso intracranico che è anche il caso in cui mortalità e disabilità generalmente sono maggiori. In questi casi la neuroradiologia interventistica ha sviluppato tecniche di navigazione selettiva del circolo arterioso cerebrale che hanno reso possibile la frammentazione meccanica del trombo (trombectomia). Anche tale procedura è tanto più efficace quanto più è precoce e comunque è indicata entro 6 ore dall'esordio dei sintomi per il circolo anteriore e fino a 12 ore per l'occlusione dell'arteria basilare.

La Regione Toscana con le DGR n.1186/2014 e 1380/2016 ha definito le linee di indirizzo alle aziende per la realizzazione della rete ictus che, in linea con quanto ribadito in ambito nazionale dal Decreto Ministeriale n.70 del 2.4.15, prevede di adottare un modello organizzativo uniforme in grado di assicurare su tutto il territorio regionale gli standard clinico-assistenziali raccomandati per ridurre al minimo gli esiti permanenti della malattia. Poiché la trombolisi è la principale arma per ridurre tali esiti, la normativa vigente indica di creare sul territorio una rete tempo-dipendente che permetta di ridurre fino possibilmente ad annullare il ritardo evitabile fra esordio dei sintomi ed esecuzione del trattamento.

LA RETE ICTUS NELL'AREA VASTA NORD OVEST

Nel territorio dell' Area Vasta nord ovest (AVNO) nel corso del 2017, al fine di garantire una copertura ottimale del territorio, sono stati accreditati per il trattamento dell'ictus ischemico in acuto 9 presidi ospedalieri , 8 dell'Azienda Usl Toscana nord ovest e 1 in AOUP; il P.O. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria è accreditato anche per la procedura di disostruzione meccanica.

Gli 8 stabilimenti Ospedalieri dell'Azienda USL Toscana nord ovest rispondono ai criteri richiesti dal D.M. 70/2015 e a quanto previsto da AIFA per garantire la sicurezza del paziente sottoposto a fibrinolisi sistemica. Inoltre i nodi della rete sono collegati tra loro da un'infrastruttura informatica che permette la condivisione delle immagini radiologiche e l'implementazione di procedure di teleconsulto e telerefertazione e la conservazione delle immagini in forma digitale (RIS-PACS).

I P.P.O.O. ATNO della rete TD Ictus sono: Massa (ospedale Apuane), Lucca (S.Luca), Versilia, Pontedera, Cecina-Piombino, Livorno oltre che Portoferraio (per il quale è stato attivato un servizio di telemedicina strutturato (telestroke) fra il PO di Livorno e il PO di Portoferraio, in modo da permettere in quest'ultimo l'esecuzione della trombolisi endovenosa.

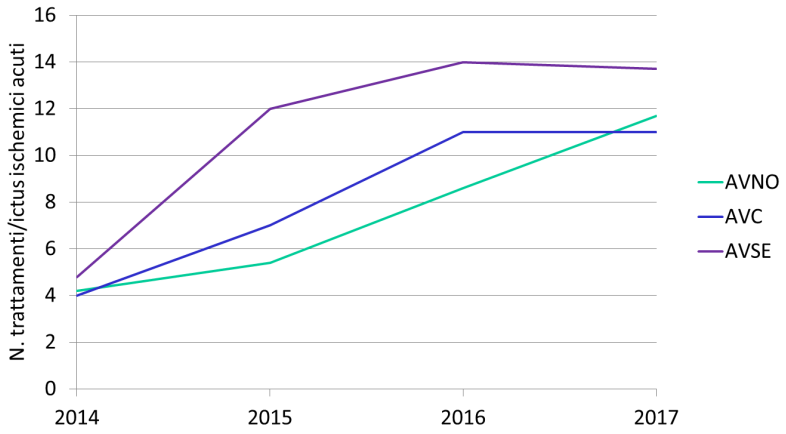
Il percorso di accreditamento dei nodi della rete ictus ha richiesto importanti interventi di adeguamento organizzativo e procedurale, oltre che la realizzazione di un percorso formativo con l'obiettivo di realizzare la necessaria integrazione funzionale tra i professionisti appartenenti alle diverse discipline e servizi che intervengono nelle gestione del percorso del

paziente (118/PS, diagnostiche, aree di degenza dedicate al paziente acuto, degenze ordinarie, riabilitazione). Nello specifico sono state realizzate le seguenti attività:

- ✓ costituzione di un organo di coordinamento interaziendale che, partendo dalla ricognizione delle risorse esistenti e dalle procedure in uso, ha riprogettato il PDTA Ictus di Area Vasta per l'aggiornamento delle procedure del 118 e di quelle interne ai presidi ospedalieri
- ✓ implementazione in tutta l'AVNO una unica procedura in urgenza che prevede l'attivazione del "codice rosso stroke" da parte della C.O. 118 con il preallertamento del PS in modo da avviare un' immediata presa in carico del paziente e l' esecuzione rapida degli accertamenti diagnostici necessari ad iniziare la procedura di fibrinolisi sistemica (laboratorio-tac/angiotac) e/o inviare il paziente in AOUP per procedere alle procedure di disostruzione meccanica
- ✓ ridefinizione delle modalità di teleconsulto tra le diagnostiche dei nodi delle rete con il pieno utilizzo della rete PACS.
- ✓ Nomina dei referenti di ogni presidio (nodo) della rete per attivare azioni di miglioramento delle codifiche e dei percorsi interni
- ✓ Costituzione degli stroke team e realizzati eventi formativi per la diffusione del PDTA interaziendale e realizzati audit organizzativi su casi clinici
- ✓ progettazione con ARS, ed in fase di implementazione, un sistema di monitoraggio di processo e di esito per la misurazione della performance della rete

Le azioni realizzate in Area Vasta hanno portato ad un notevole miglioramento sia in termini qualitativi che in termini qualitativi degli indicatori di attività di processo e di esito. L' AVNO nel 2017 ha avuto la migliore performance regionale rispetto alla percentuali di pazienti con ictus candidabili alle procedure fibrinolitiche e/o interventistiche e trattati. Il trend degli ultimi 4 anni ha visto passare i trattamenti complessivi da 135 a 375 con particolare sviluppo delle procedure interventistiche.

Ictus ischemico acuto: Trattamenti nelle 3 aree vaste



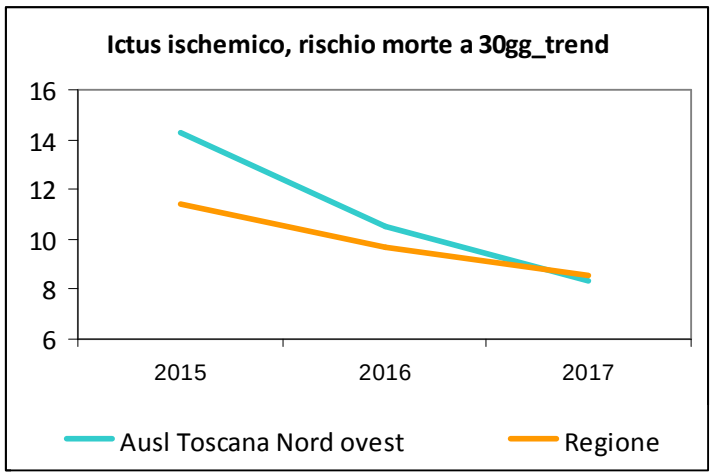
Ictus ischemico acuto: trend Trattamenti area vasta nord ovest

	2014	2015	2016	2017
Massa	**44**	**42**	**60**	**59**
Lucca	**45**	**27**	**31**	**49**
Versilia	**0**	**15**	**20**	**18**
Pontedera	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**10**
Livorno	**3**	**36**	**47**	**38**
Cecina	**0**	**0**	**12**	**17**
Piombino	**0**	**0**	**0**	**10**
Elba (Telestroke)	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**10**
Pisa AOU	**43**	**40+14 art.**	**71 + 34 art.**	**72 + 93 art.**
Trattamenti AVNO	**135**	**174**	**275**	**375**

In tabella è rappresentato il rischio di morte a 30 giorni per ictus ischemico (fonte ARS, Prose). Il dato aziendale 2017 è nel complesso allineato al risultato regionale. Anche le singole zone distretto hanno valori generalmente in linea con il livello regionale, fatta eccezione, considerando l'anno 2017, per la zona Apuane e Livornese, in cui la mortalità risulta più elevata del dato regionale e per la Piana di Lucca in cui il rischio di mortalità risulta più contenuto.

E' importante sottolineare il sensibile miglioramento conseguito sia a livello regionale che a livello aziendale tra il 2015 e il 2017, come evidenziano i dati sulla riduzione della mortalità

	Ictus ischemico, rischio morte 30g per 100		
ZONA di residenza	**2015**	**2016**	**2017**
Piana di Lucca	13,7	10,64	2,19
Alta val di Cecina	19,25	5,8	5,42
Versilia	17,22	7,05	5,79
Lunigiana	19,39	11	6,43
Pisana	10,45	10,61	6,44
Val di Cornia	14,95	15,9	6,71
Valle del Serchio	10,76	10,95	6,93
Elba	14,4	14,89	8,23
Valdera	13	8,78	9,2
Bassa val di Cecina	14,86	9,22	11,46
Livornese	15,13	13,26	13,52
Apuane	14	8,51	13,76
Ausl Toscana sud est	9,48	10,14	7,69
Ausl Toscana NO	**14,25**	**10,49**	**8,34**
Ausl Toscana Centro	10,74	9	9,16
Regione	**11,43**	**9,66**	**8,55**



AREE DI MIGLIORAMENTO

Il tavolo di coordinamento di Area Vasta ha individuato le aree seguenti aree di miglioramento :

- ✓ ancora un'alta percentuale di pazienti colpiti da ictus non utilizza il 118
- ✓ esiste un eccesso di ritardo evitabile per quanto riguarda il trasporto secondario
- ✓ devono essere implementate le procedure di ritorno del paziente nel proprio presidio di provenienza, nei casi in cui sia stato trasferito presso un altro ospedale per effettuare le procedure previste (fibrinolisi/ endovascolare)
- ✓ deve essere sviluppata la rete territoriale relativamente alla fase di prevenzione primaria e secondaria, e previsti progetti finalizzati alla riduzione delle recidive e alla presa in carico riabilitativa.

Le azioni di miglioramento sono elencate nel Piano di Rete 2018-2019

Piano di Rete Stroke 2018-2020					
Obiettivi	**Sub-obiettivo**	***Azioni***	***Risultato Atteso***	***Indicatore***	***Chi***
Implementazione Linee di Indirizzo PDTA AAVV	Applicazione dei criteri clinici e organizzativi previsti.	Site Visit per Presidio lista di verifica: strutturale-tecnologica-organizzativa (formalizzazione stroke team e stroke unit)	Completamento delle liste di verifica	N° verifiche/nodi rete 2018 almeno il 70% nodi verificati 2019 100%	Responsabili organizzativi e clinici RT e di Area Vasta
	Monitoraggio funzionamento tramite misurazione indicatori previsti dal PDTA AAVV e analisi del processo inter e intraospedaliero	Audit organizzativo	Specifiche iniziative di miglioramento percorso	Riduzione dei tempi di processo del 10% in almeno 80% dei casi con accesso diretto alla rete. Entro il 2020	Organismo di coordinamento della rete
	Raccolta casi clinici	Audit Clinico	Ottimizzazione delle procedure sul paziente.	Almeno 3 audit clinici per AV interessanti le Aziende,Territoriale e Ospedaliera per anno	Organismo di coordinamento della rete.
	Definizione Piano di Formazione con particolare riferimento alla simulazione.	Progettare un format per la simulazione e il lavoro in team	Ottimizzazione del percorso del paziente.	Almeno una simulazione per nodo della rete nel biennio (2018-2019)(40% 2018)	Responsabile clinico e organizzativo della rete e Referenti Area Vasta
	Uniformare le procedure di diagnostica radiologica	Costituzione di un GdL per la Neuroradiologia interventistica	Definizione di procedure condivise per l'esecuzione di Tac/Angiotac	Produzione di un documento di consenso. 2018	Organismo di Coordinamento Regionale
Infrastruttura ICT	Verifica sistema (RIS-PACS) per il teleconsulto	Coinvolgere ESTAR e Settore ICT	Possibilità del trasferimento immagini e teleconsulto in tutti i nodi della rete regionale.	Definizione delle procedure regionali per il teleconsulto della rete.	Comitato Strategico Regionale e Settore Regionale ICT
Completamento del percorso	Monitoraggio fase acuta del ricovero ospedaliero e di continuità di cura (riabilitazione) territoriale	Migliorare accuratezza delle codifiche nei flussi informativi.	Implementazione del sistema di indicatori per il monitoraggio degli esiti.(vedi DGR 1380/16)	Implementazione	Comitato Strategico Regionale
Informazione	Definizione Piano di educazione sanitaria e di comunicazione ai cittadini per il corretto e tempestivo utilizzo dei servizi	Coinvolgere enti associazioni, istituzioni e MMG (AFT) Prevedere un piano di comunicazione RT Attività di Prevenzione fattori di rischio e medicina di iniziativa	Miglioramento uso dei servizi e accesso corretto alla rete	% Accessi diretti al PS Ammessi 5% Un protocollo concordati con I MMG (AFT) di Prevenzione primaria e secondaria nell'ambito della medicina d'iniziativa	Settore RT e AV

La Rete per le emergenze cardiologiche

La Rete Cardiologica per l'Emergenza (REC) è un'estensione della Rete per l'infarto STEMI già presente e prevista dal D.M. n.70/2015. Il motivo dell'estensione è l'intento di rendere il complesso sistema organizzativo di Rete utilizzabile anche per le patologie cardiologiche che possono andare incontro a condizioni di emergenza clinica (aneurismi dissecanti dell'aorta toracica, alcune aritmie, alcune forme di scompenso, ecc.). Obiettivi prioritari sono fornire una risposta adeguata ed appropriata dal punto di vista clinico ed organizzativo alle emergenze cardiologiche, ottimizzare le risorse esistenti, attuare una reale e maggiore integrazione tra ospedale e territorio in un ambito di percorso clinico.

La Rete prevede una integrazione con il Sistema 118 mediante l'adozione e l'utilizzo di protocolli e procedure condivise anche per le informazioni da raccogliere e fornire alla Rete nel corso delle attività di assistenza.

Nell'Area Vasta nord ovest è operativo un Sistema integrato per l'assistenza all'emergenza cardiologica, costituito da una rete di strutture ospedaliere funzionalmente collegate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili.

La Rete Emergenze Cardiologiche rappresenta l'apparato organizzativo per la gestione dell'emergenza IMA (Infarto Miocardico Acuto), che integra i sistemi di intervento di emergenza-urgenza con il territorio e con ospedali a diversa complessità assistenziale, la cui interconnessione è assicurata da un adeguato sistema di trasporto.

La rete ha lo scopo di garantire a tutti i pazienti con infarto miocardico acuto ad ST sopraslivellato (STEMI) pari opportunità di accesso alle procedure salvavita di riperfusione coronarica, adottando strategie diagnostico-terapeutiche condivise e modulate, da un lato sul profilo di rischio del paziente e dall'altro sulle risorse strutturali e logistiche disponibili. Da ricordare che il DM 70 2015 prevede (in via transitoria) l'esecuzione per ogni struttura di almeno 250 procedure di angioplastica all'anno.

I NODI DELLA RETE STEMI in AVNO

Centro HUB	Copertura territoriale	bacino utenza	N PTCA 2017*
FTGM Massa	Ex Usl Massa Carrara - Versilia	361.303	818
Lucca	Ex USL Lucca	225.319	433
FTGM Pisa-AOUP	Ex Usl Pisa	344.189	323+513
Livorno	Ex Usl Livorno	347.902	577

fonte dati sito ARS (riaggregati) *FTGM Pisa e Massa sono dati 2016 (fonte PNE)

Il sistema di emergenza territoriale (118) ha un ruolo fondamentale nella gestione precoce dell'emergenza cardiologica, essendo non solo uno strumento per il trasporto del paziente ma anche un sistema in grado di ottimizzare il processo di diagnosi precoce, triage e trattamento.

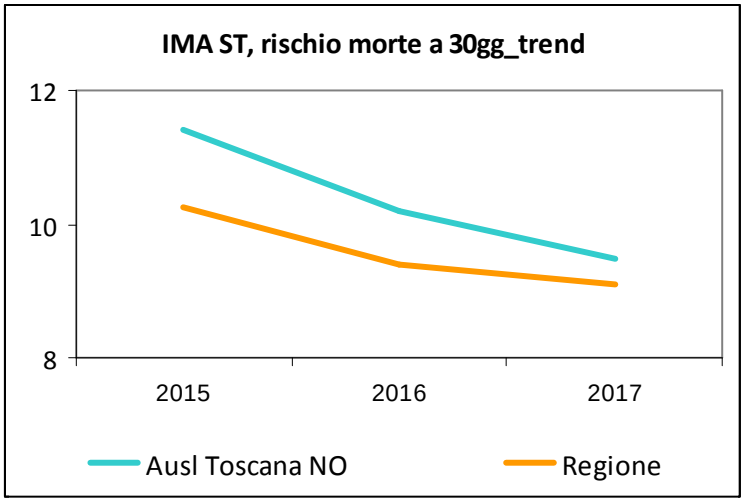
Il PDTA STEMI adottato in AVNO prevede che il paziente chiami il numero telefonico per le emergenze 118 per richiedere assistenza nel minor tempo possibile dall'insorgenza del dolore toracico. Il sistema dell'emergenza-urgenza invia un'ambulanza appropriatamente equipaggiata, con personale addestrato nell'esecuzione dell'ECG.

La diagnosi di STEMI è fondamentale per attivare la rete e spesso la trasmissione viene richiesta per conferma dal territorio all'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) di competenza territoriale. Una volta che la diagnosi di STEMI è stata fatta, viene avvertito il più vicino centro con emodinamica, indicando approssimativamente l'orario di arrivo previsto. Durante il trasferimento in ambulanza, viene allertato il personale e allestita la sala di emodinamica, permettendo così il trasferimento diretto del paziente alla sala stessa, senza passare attraverso il Pronto Soccorso. Nei casi in cui la diagnosi di STEMI viene effettuata altrove (es. in un centro

privo di emodinamica, in ambulatorio, ecc.), viene allertato il sistema dell'emergenza territoriale per il trasferimento. La diagnosi sul territorio, il triage e il trattamento iniziale in ambulanza sono associati ad un maggiore utilizzo della terapia riperfusiva, a minori ritardi nel trattamento, maggiore efficacia della terapia di supporto e migliore prognosi. La qualità dell'assistenza fornita dipende dall'aderenza a procedure e protocolli condivisi e validati nonché dall'addestramento e dall'esperienza dell'equipaggio. Al fine di mantenere l'esperienza degli operatori i centri che offrono la pPCI devono effettuare tale procedura sistematicamente 24 ore su 24, 7 giorni su 7 (24/7). Il sistema dell'emergenza territoriale trasporta i pazienti con STEMI, se il tempo tra la chiamata e l'apertura del vaso rientra nella finestra raccomandata (entro 120 minuti dalla chiamata), presso un centro in cui sia attivo il programma 24/7 . Nelle aree geografiche in cui il tempo di trasferimento al centro con pPCI atteso è superiore a quanto raccomandato, la rete STEMI prevede un rapido trattamento con fibrinolisi, preferibilmente al momento del primo contatto medico con successivo trasferimento presso il centro provvisto di emodinamica. nDi seguito si rappresentano i dati aggiornati al 2017 relativi alla mortalità a 30 giorni per IMA e IMA-ST (fonte ARS Toscana) La performance della rete per le emergenze cardiologiche dell'AVNO ha complessivamente confermato i buoni risultati raggiunti già in passato e i principali indicatori di monitoraggio sono in linea con gli standard regionali e nazionali.

	IMA_rischio morte 30gg			IMA_ST rischio morte 30gg		
ZONA di residenza	**2015**	**2016**	**2017**	**2015**	**2016**	**2017**
Lunigiana	9,31	9,88	5,95	13,8	4,63	6,29
Apuane	7,42	7,76	8,65	12,15	9,42	9,28
Piana di Lucca	6,65	9,31	7,56	8,49	12,91	9,43
Valle del Serchio	8,28	6,57	7,16	9,07	8,04	7,24
Valdera	7,81	9,65	7,71	11,4	10,47	7,69
Pisana	13,27	9,68	10,81	12,89	7,3	11,31
Alta val di Cecina	9,20	5,01	7,16	10,46	2,74	-
Livornese	7,51	7,62	6,6	9,16	8,11	7,85
Bassa val di Cecina	9,59	7,47	10,81	18,5	8,12	12,48
Val di Cornia	6,01	8,42	7,9	5,69	13,38	10,74
Elba	10,78	7,21	6,18	11,39	13,83	4,64
Versilia	6,35	9,34	7,79	10,89	12,63	10,61
Ausl Toscana sud est	8,25	6,87	7,14	-	-	-
Ausl Toscana NO	8,22	8,66	8,03	11,4	10,19	9,49
Ausl Toscana Centro	8,24	7,69	7,51	10,26	9,6	9,53
Regione	**8,06**	**7,73**	**7,62**	**9,78**	**9,08**	**9,1**

Il grafico successivo mostra la riduzione del rischio di morte a 30 giorni per IMA_ST



Aree di miglioramento

Il tavolo Aziendale ha individuato le seguenti aree di miglioramento:

- ✓ informazione ai cittadini e alle comunità locali (ancora oggi non vi è un ottimale accesso alla rete da parte dei cittadini utilizzando il 118)
- ✓ trasporto secondario (eccesso di ritardo evitabile per i trasporti secondari da PS senza emodinamica al centro hub)
- ✓ equipaggiamento delle ambulanze con il sistema life pack per la teletrasmissione agli hub del tracciato 12 derivazioni
- ✓ copertura del territorio dell'HUB di Livorno per la gestione delle procedure di angioplastica

Le azioni di miglioramento sono elencate nel Piano di Rete 2018-2019

PIANO DI RETE 2018-2020

Obiettivo	Sotto-obiettivo	Azione	Risultato atteso	Indicatore	Chi
Riduzione ritardo evitabile STEMI	Completamento rete telemedicina	Acquisizione life pack su ambulanza 2018	Accesso diretto hub/sala emodinamica 2019	% pazienti che accedono direttamente sala/pazienti totali	Responsabile rete aziendale
	Riorganizzazione rete PET	Attuazione progetto 2019	Riduzione tempi di intervento	Tempo di intervento	Responsabile DEU
	Aumento copertura territorio HUB	Progetto sala emodinamica area sud (Piombino)	Riduzione tempi di intervento	Miglioramento tempi Mortalità a 30 gg	Azienda/Regione/Responsabile rete aziendale
Monitoraggio	Misurazione tempi	Implementazione sistema TEMPRE	Misurazione tempi di processo	Tempo chiamata tempo di esecuzione procedura PTCA	Responsabile rete aziendale ICT Estar
Campagne informative	Migliore utilizzo 118	Progettazione e realizzazione campagne	Almeno 80% pazienti stemi accedono rete con 118	Pazienti stemi che accedono alla rete con 118/su stemi totali	Responsabile rete aziendale

La Rete del trauma maggiore

La rete del trauma è formata dall'insieme delle strutture della rete dell'emergenza-urgenza, dalle strutture ospedaliere e territoriali e di riabilitazione.

La Rete Trauma in AVNO prevede che gli ospedali siano differenziati, all'interno dei percorsi della emergenza-urgenza in Ospedali sede di DEA di II Livello (Centro HUB) , Ospedali sede di DEA di I Livello e di PS (Centri SPOKE) .

In questa prospettiva viene reso operativo un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere classificate e funzionalmente collegate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in:

- Presidi di pronto soccorso per traumi (PST),
- Centri traumi di zona (CTZ),
- Centri traumi di alta specializzazione (CTS).

Tale organizzazione si basa sul modello di rete integrata che prevede la concentrazione della casistica complessa e specialistica in un numero limitato di centri fortemente integrati con i centri territoriali. Gli ospedali della rete sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, localizzati in un unico Centro regionale o in centri sovraregionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Centro ECMO di riferimento per le gravi disfunzioni multiorgano, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

LA RETE TRAUMA NELL'AREA VASTA NORD OVEST

La Rete Trauma in AVNO in coerenza con il PDTA regionale DGR 1380/16 all.c, prevede l'attivazione delle seguenti fasi:

Fase dell'emergenza-urgenza preospedaliera 118

Gestione della chiamata – con Codice di priorità , Dispatching e Allertamento del Pronto Soccorso della struttura ospedaliera di destinazione

Fase ospedaliera e la rete degli Ospedali

La "Rete Trauma maggiore " si articola sui Presidi ospedalieri classificati in tre livelli

1. Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST):

Garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardiorespiratoria.

2.Centro traumi di zona (CTZ):

Garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità.

3.Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS)

Afferisce ad una struttura con Team dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST).

RETE REGIONALE DEL TRAUMA	
Area vasta NORD-OVEST Presidi Ospedalieri della Rete Trauma	
Presidio Ospedaliero	**Rete Trauma**
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana – AOUP Cisanello	Centro trauma di alta specializzazione **(CTS)**
Spedali Riuniti - Livorno	Centro trauma di zona con neurochirurgia **(CTZ-Ne)**
Ospedale Civile - Cecina	Pronto soccorso per traumi **(PST)**
Ospedale Villamarina - Piombino	Pronto soccorso per traumi **(PST)**
Ospedale Civile Elbano - Portoferraio	Pronto soccorso per traumi **(PST)**
Ospedale F. Lotti - Pontedera	Centro trauma di zona **(CTZ)**
Ospedale S. Maria Maddalena - Volterra	PS in rete
Ospedale Apuane - Massa	Centro trauma di zona **(CTZ)**
Ospedale Lunigiana S. Antonio Abate - Pontremoli	Pronto soccorso per traumi **(PST)**
Ospedale Lunigiana S. Antonio Abate - Fivizzano	PS in rete
Ospedale S. Luca - Lucca	Centro trauma di zona **(CTZ)**
Ospedale Valle del Serchio, Stab.to S. Croce - Castelnuovo	Pronto soccorso per traumi **(PST)**
Ospedale Valle del Serchio, Stab.to S. Francesco - Barga	Punto Primo Soccorso
Ospedale Unico Versilia - Viareggio	Centro trauma di zona **(CTZ)**

Le figure chiamate ad interagire nella gestione del trauma maggiore in Pronto Soccorso sono state individuate nell'ambito delle competenze professionali presenti nei nodi della rete ed ogni presidio contribuisce alla gestione del percorso del Trauma in coerenza alla classificazione sopra riportata. Il Trauma Team, nella sua **composizione di base – per paziente adulto**, comprende il medico dell'emergenza urgenza, l'anestesista rianimatore, il chirurgo generale, il radiologo, il TSRM, gli infermieri e l'OSS . Il P.O. provvede alla turnazione dei componenti del TT in modo da assicurare la partecipazione al TT dei professionisti con adeguata esperienza

Aree di miglioramento

Nell'Area vasta nord ovest l'attuazione di quanto previsto dalla delibera regionale ha richiesto un ulteriore lavoro di approfondimento e di contestualizzazione delle linee di indirizzo regionali, per definire un algoritmo di funzionamento che permettesse un più equilibrato rapporto tra i centri trauma di zona e il centro trauma di alta specializzazione. Questo lavoro comporta una riqualificazione organizzativa, tuttora in corso, delle funzioni interne al CTS di Area Vasta, anche al fine di assicurare l'implementazione delle procedure di centralizzazione primaria e la definizione delle modalità di copertura territoriale. Le CC.OO 118 hanno comunque definito correttamente le proprie procedure in continuità con i PST-CTZ e il CTS i Centri Regionali di Riferimento e gli algoritmi di centralizzazione e per il trasporto secondario.

Resta da completare la formalizzazione dei trauma team e delle procedure di Presidio. Inoltre il CTS sta definendo i percorsi interni e le procedure previste per il Trauma Center.

E' inoltre necessario prevedere un piano di formazione di area vasta per il personale dedicato alla gestione del Trauma Maggiore.

Ancora oggi gli applicativi 118/PS non sono stati adattati per la registrazione dei casi, come richiesto dalla regione, necessario per realizzare un puntuale monitoraggio finalizzato alla verifica del funzionamento e alla definizione dei piani di miglioramento.

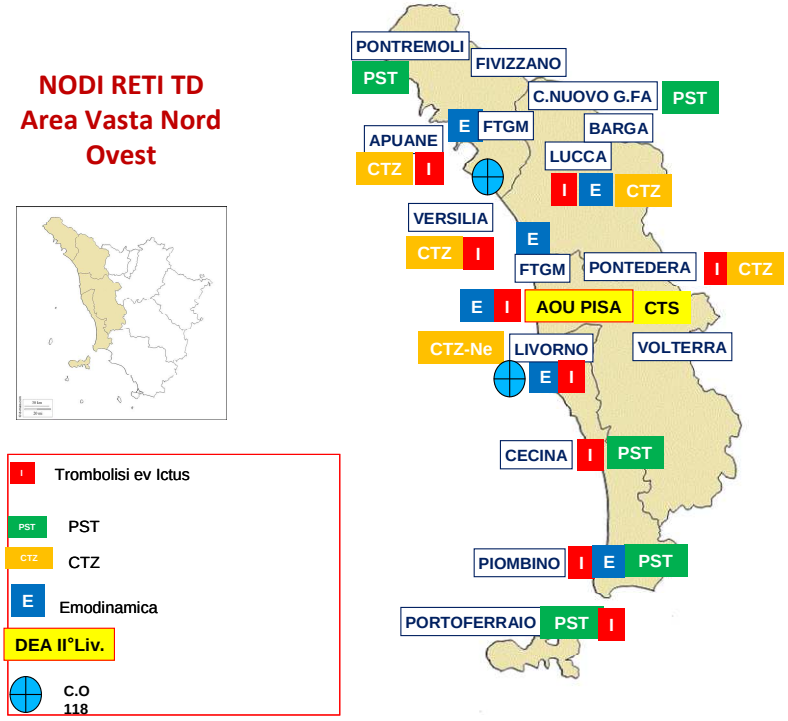
Le azioni di miglioramento sono riportate nel Piano di Rete 2018-2019

PIANO DI RETE 2018-2020

Obiettivi	Azioni	Risultati Attesi	Cronoprogramma	Indicatori	Chi
PDTA	Aggiornamento algoritmo 1380/2016 All. C	Mantenere la operatività dei centri HUB attraverso l'appropriatezza dei ricoveri. Assicurare, nei casi previsti, la piena applicazione dei percorsi di continuità assistenziale presso i centri Spoke di afferenza , maggiormente nella fase post-acuta e riabilitativa.	2018 aggiornamento 2019 implementazione 2020 piano di miglioramento		Direzione della Rete Ospedaliera DIAV Emergenza Urgenza
VERIFICA STANDARDS PST-CTZ	Site visit	Piena funzionalità dei Presidi come previsto dal Piano	Verifica 50% 2019 100% primo semestre 2020		
PROCEDURE DI PO (PST-CTZ)	Redazione delle specifiche procedure	Miglioramento dei tempi di processo	100% dei presidi entro il primo semestre 2019 misurazione tempi	Vedi indicatori monitoraggio	Coordinatore Trauma Team/ Direzioni di Presidio
CTS Trauma Center	Redazione della specifica procedura	Miglioramento dei tempi di processo			Coordinatore Trauma Center/ Direzione di Presidio
PIANO FORMAZIONE	Progettare gli specifici corsi richiesti dalle linee di indirizzo regionali	Uniformare le competenze			DIAV Emergenza Urgenza
Monitoraggio	Audit casi clinici	Uniformare le competenze			Responsabili Trauma Team
Monitoraggio	Implementazione applicativi	Monitorare l'organizzazione	Entro il 2018	Vedi DGR 1380/16 All. c	Regione Toscana/ARS

SINTESI AZIONI RETI TEMPO DIPENDENTI

Si rappresenta in figura il quadro di sintesi relativo alla programmazione delle tre reti tempo dipendenti in Area Vasta nord ovest



AZIONI REALIZZATE E PROGRAMMATE 2018-2019

AZIONI <u>REALIZZATE</u>:

1. Ricognizione delle risorse esistenti sul territorio (sistema emergenza urgenza) e identificazione dei nodi della rete (volumi/competenze-requisiti strutturali e tecnologici)
2. Analisi dei percorsi esistenti in rapporto all'area geografica

AZIONI <u>DA CONSOLIDARE:</u>

3. Piena implementazione dell'INFRASTRUTTURA di collegamento (PIATTAFORMA DI COMUNICAZIONE RIS/PACS, TELECONSULTO,TELEMEDICINA)
4. Applicazione delle linee di funzionamento generale (di rete), dei singoli erogatori (dei nodi) e modalità codificate per il cambio di setting (PDTA)

AZIONI <u>IN FASE DI ATTUAZIONE:</u>

5. Adozione di strumenti per il coordinamento, addestramento dei team (formazione/simulazione) e gestione del rischio clinico
6. Monitoraggio tramite indicatori del funzionamento della rete (processo/esito) standard di rete

AZIONI <u>DA AVVIARE 2018-2019:</u>

7. Riqualificazione dei PET territoriali per il miglioramento dei tempi di centralizzazione e dei tempi di trasporto secondario
8. Revisione percorsi intraospedalieri e miglioramento dei tempi di processo (gestione operativa)
9. Potenziamento della rete emergenze cardiologiche con l'allestimento di una sala di **emodinamica nell'area sud del territorio dell'ATNO, a Piombino** (spin off hub di Livorno)
10. Completamento del progetto telemedicina isole

Emergenza Territoriale 118

Centrali operative 118

A questo proposito è opportuno ricordare che sono state inaugurate le due Centrali Operative della Alta Toscana e di Livorno-Pisa, dopo un percorso complesso e impegnativo sia per gli aspetti strettamente tecnici e logistici, sia per tutte le problematiche relative alla riorganizzazione delle risorse umane ed alla formazione degli operatori. La Centrale Operativa Alta Toscana: ambito territoriale Viareggio-Massa Carrara-Lucca è stata inaugurata il 15.12.2015. La Centrale Operativa Livorno Pisa ha iniziato la sua attività il 16.02.2017. Le due strutture hanno iniziato la loro attività senza che si siano verificate criticità di rilievo: l'intervallo allarme target infatti, che valuta la performance del sistema 118, considerando l'intervallo di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso, ha rispettato anche nel 2017 gli standard prefissati a livello nazionale nell'ambito della griglia LEA (soglia LEA: entro 18 minuti)

- ✓ *CO Alta Toscana: 17 minuti*
- ✓ *CO Livorno Pisa: 16 minuti*

Rimodulazione emergenza territoriale 118

Quanto contenuto nella DGRT 1235/2012 e successivamente nel DM 70-2015, indica l'esigenza di rimodulare l'assetto dell'emergenza territoriale allo scopo di aumentare la capillarità della rete e omogeneizzare, nel rispetto della normativa vigente, il sistema sull'intero territorio regionale, al fine di garantire equità di accesso a tutti i cittadini, attraverso la creazione di una rete di emergenza territoriale organizzata su più livelli (ambulanze di primo soccorso, ambulanze infermieristiche, ambulanze medicalizzate ed automediche), integrati e coordinati fra di loro, che di norma siano in grado di garantire la copertura delle località con più di 1.000 abitanti entro 8 minuti.

Automediche A.L.S. con medico e infermiere a bordo: le automediche di norma partono dai presidi ospedalieri o comunque da idonee strutture aziendali, con equipaggio costituito da medico e infermiere appartenenti ai sistemi 118. Si potrà inoltre sperimentare la presenza di un autista soccorritore fornito da AA.V./C.R.I. Tale mezzo A.L.S. è in grado di gestire tutti i quadri clinici e di avviare il paziente ai percorsi diagnostico-terapeutici appropriati. Risulta inoltre essere la risorsa più flessibile all'interno della rete in quanto, sulla base del quadro clinico rilevato, l'equipaggio può accompagnare il paziente verso il D.E.A. più appropriato o ripristinare rapidamente l'operatività nel caso in cui il paziente non debba essere accompagnato dall'equipe sanitaria. L'automedica fornisce supporto avanzato a tutti i mezzi del Sistema quando richiesto ed opportuno, sia B.L.S.D. sia mezzi con Infermiere a bordo. Per quanto concerne inoltre l'attività svolta, da parte del personale sanitario dell'automedica all'interno dei Pronto Soccorsi questa è da prevedere sicuramente per i mezzi di soccorso con attività inferiore a 2.500 missioni annue.

Ambulanze di soccorso e rianimazione con infermiere a bordo: I mezzi, di norma, partono dalla Sede delle Associazioni di volontariato/C.R.I. con equipaggio costituito da infermiere, due soccorritori di livello avanzato ed autista. Tale mezzo di soccorso opera in conformità a quanto previsto dalla D.G.R. 237/2013. Il professionista potrà fornire soccorso nel sostegno delle funzioni vitali (A.L.S.), attraverso l'esecuzione di manovre salvavita e la somministrazione di farmaci, sulla base dei protocolli definiti dai Responsabili delle Centrali Operative 118.

Ambulanze di primo soccorso: si tratta di costruire una rete che preveda un mezzo di primo soccorso abilitato BLSD (ambulanze con defibrillatore semi-automatico e personale soccorritore abilitato alla defibrillazione), che arrivi sul paziente in 8 minuti nelle località con più di 1.000 abitanti, considerando anche la dislocazione dei mezzi di soccorso con professionisti sanitari. Nelle aree a bassa densità di popolazione dovranno essere garantiti, di norma, interventi di soccorso nel rispetto dei 20 minuti, come da indicazioni di livello nazionale. Questo modello organizzativo prevede soccorritori volontari adeguatamente formati ed operativi anche in attività attualmente non svolte su tutto il territorio regionale, quali ad esempio la trasmissione del tracciato elettrocardiografico in Centrale Operativa.

Elisoccorso: il servizio regionale di Elisoccorso strutturato in 3 basi operative, due delle quali operative h 24, consente di fornire soccorso avanzato e specializzato sul luogo dell'evento e durante il volo. Tale mezzo offre la possibilità di supportare tutti i mezzi della Rete oltre a consentire il soccorso primario in ambienti ostili e/o impervi. Inoltre, qualora i tempi complessivi siano competitivi con quelli via terra, rappresenta il mezzo più idoneo per la centralizzazione dei pazienti nei Centri H.U.B.

Aree di miglioramento

Con la nascita della nuova azienda (ma per quanto riguarda l'emergenza territoriale 118 si deve pensare all'Area Vasta), in molte realtà, compresa l'emergenza territoriale 118, si sono evidenziate difformità riguardo ai diversi stadi di attuazione della riforma prevista dalla DGRT 1235/2012. In questo senso è necessario, nell'immediato continuare il processo di omogeneizzazione rispetto al modello organizzativo proposto nei diversi contesti organizzativi. Questo processo, che è e deve essere dinamico, dovrà comunque essere perseguito nel tempo fino alla completa rimodulazione della organizzazione dell'emergenza territoriale secondo gli indirizzi della DGRT 1235/2012.

Le azioni realizzate

A partire dal 1 giugno è stata finalmente sanata la situazione del territorio della ex Usl 6 (provincia di Livorno) in cui non esistevano Standby (leggi: ambulanze BLSD con autista e volontari formati ALS reperibili h24): ossia non era strutturata, come nel resto del territorio, la disponibilità di ambulanze con autista e volontari per emergenza-urgenza da parte delle diverse associazioni di volontariato ad integrare quelle esistenti e funzionali alla presenza del Medico nei PET (Punti Emergenza Territoriale, leggi Ambulanze Medicalizzate). A partire dl 1 giugno sono stati istituiti 6 Standby di cui: 2 all'Isola d'Elba, uno a Piombino, uno a Cecina, uno a Rosignano ed uno a Livorno. La progressiva rimodulazione dell'assetto organizzativo renderà necessaria la strutturazione di ulteriori 8 standby nella provincia di Livorno entro l'anno.

Gli obiettivi e le azioni

- Istituzione di automedica presso il territorio di Livorno
- Istituzione di una ambulanza Infermieristica nel territorio di Livorno
- Istituzione di automedica presso il territorio di Pisa
- Istituzione di una ambulanza Infermieristica nel territorio di Pisa
- Rimodulazione del punto PET di Ponte Stazzemese (h12) con ambulanza BLSD h24.
- Spostamento a Barga del Punto PET di Castelnuovo e contemporaneo trasferimento dell'Automedica di Barga presso il P.O. di Castelnuovo Garfagnana

La rete del codice rosa

Modalità di accesso e percorsi omogenei

L'approvazione della L.R. 84/2015 ha comportato importanti modifiche organizzative nel SSR toscano e di conseguenza la necessità di rivedere ed aggiornare anche le soluzioni organizzative del Progetto Codice Rosa per poter continuare a garantire risposte adeguate ai bisogni delle persone vittime di violenze e/o abusi. In questo contesto alle Aziende Sanitarie è stato affidato il compito di garantire l'accesso della persona vittima di violenza alla rete delle strutture e dei servizi specificamente dedicati al fine di assicurare la corretta presa in carico, ridurne il grado di disagio favorendo la continuità assistenziale attraverso l'integrazione funzionale dei diversi ambiti assistenziali. Con la DGRT 1260/2016 "Approvazione costituzione della Rete Regionale Codice Rosa per gli interventi a favore di persone adulte e minori vittime di violenze e/o abusi" e la conseguente costituzione della Rete regionale Codice Rosa, si esce dalla logica del progetto e si entra in quella della risposta assistenziale strutturata del Sistema Sanitario Regionale.
La rete Codice Rosa si connota come una rete "tempo dipendente" con un percorso assistenziale integrato attraverso l'attivazione di un modello organizzativo, basato su ambiti operativi differenziati per caratteristiche degli interventi, ma in stretta sinergia tra di loro. Essa prevede l'attivazione del nucleo operativo del Pronto Soccorso e, nel Territorio, di una rete territoriale per assicurare la necessaria continuità, sulla base delle valutazione delle esigenze di tutela e protezione, mediante percorsi specifici dedicati ai diversi target.

Le disomogeneità assistenziali e organizzative rilevate in partenza:
Il percorso Codice Rosa nel 2016 era già attivo in tutto il territorio della Azienda USL Toscana nord ovest, con avvio nel 2012 della sperimentazione nelle ex Aziende sanitarie di Lucca e di Viareggio, estensione del progetto nel 2013 nelle Aziende sanitarie di Pisa e di Livorno e completamento nel 2014 con l' Azienda sanitaria di Massa Carrara. In tutti gli ambiti territoriali erano stati fatti percorsi di formazione per il personale ed erano state predisposte procedure di presa in carico nei P.S., in particolare per la violenza sessuale nella donna. Tali procedure erano però difformi così come erano differenti le modalità organizzative che si erano sviluppate nei diversi contesti. Differenti le modalità di segnalazione dei casi al Territorio. Le "stanze rosa" non erano presenti in tutti i P.S.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Nel 2017 si è proceduto al Recepimento della delibera regionale 1260/16 e alla costituzione della rete aziendale Codice Rosa (*delibera 225 del 15/03/17*). E' stata effettuata la nomina del responsabile aziendale, del Coordinatore Territoriale e dei Coordinatori Medico e Infermieristico dei PS. Sono stati poi individuati referenti medici e infermieristici per tutti i P.S. costituendo la rete clinica dei P.S. nonché referenti per tutti i Dipartimenti con la costituzione del Comitato Tecnico Aziendale Codice Rosa A livello di Comitato Tecnico è stato fatto il punto sulla situazione attuale della Rete, sono state individuate strategie condivise per la formazione e definite priorità di intervento.

Aree di miglioramento
- ✓ Mancanza di procedure omogenee a livello aziendale: in particolare da definire modalità univoche relative l'accoglienza, il percorso per esami di laboratorio, la rilevazione dei reperti, la conservazione dei campioni. Necessario definire anche procedure specifiche per alcune tipologie di vittime di violenza.

- ✓ Inadeguatezza di alcune “stanze rosa”
- ✓ Rilevazione dei dati e trasmissione segnalazioni al Territorio
- ✓ Necessità di rinnovare la formazione sia per il turn over degli Operatori che per mantenere alta l’attenzione degli Operatori formati in precedenza

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Definire modalità di intervento in PS e con il 118 tali da facilitare l’emersione e la rilevazione dei fenomeni di violenza
- ✓ Coordinare e mettere in rete le diverse istituzioni e competenze per fornire una risposta efficace già dall’arrivo della vittima al Pronto Soccorso
- ✓ Definire modalità per il trattamento diagnostico terapeutico coerenti con le linee guida nazionali relative il “percorso donna” (G.U. n. 24 del 30.01.2018)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Corsi base più corsi specifici di formazione nei vari ambiti
- ✓ Applicazione degli strumenti di rilevazione del rischio (DA5) in caso di rischio sospetto o dichiarato di re vittimizzazione
- ✓ applicazione delle modalità di codifica dei casi di violenza riportando gli specifici codici diagnosi
- ✓ adeguamento applicativo
- ✓ incontri periodici dei referenti per mappatura delle procedure in uso, individuazione e diffusione buone pratiche**,** rilevazione criticità**,** monitoraggio dei dati
- ✓ Revisione setting “stanze rosa” attraverso la specifica check-list e adeguamento delle stesse

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Definizione di procedure aziendali in base alle indicazioni regionali e nazionali
- ✓ Raggiungimento del livello standard di accoglienza e presa in carico vittime di violenza in tutti i PS
- ✓ Rilevazione corretta e completa dei dati

Lo sviluppo della Rete

La nuova organizzazione regionale della Rete Codice Rosa prevede la costituzione di Nuclei Territoriali che supportano il Nucleo operativo del PS per la presa in carico immediata territoriale, sulla base della valutazione delle esigenze di tutela e protezione delle persone vittime di violenza, successiva al momento di cura erogato nelle strutture di pronto soccorso. Per facilitare la risposta in continuità, agiscono come facilitatori dei contatti tra il pronto soccorso ed i servizi sanitari e sociali territoriali e da raccordo con i Centri Antiviolenza, gli Enti e le Associazioni del Privato Accreditato coinvolti nei percorsi di sostegno e protezione nello specifico ambito territoriale. Le indicazioni regionali così come le linee guida nazionali sul percorso donna rimarcano infatti l’importanza di garantire continuità in tutto il percorso assistenziale. Fondamentale la costituzione dei team territoriali a livello di Zona, che per quanto riguarda la violenza di genere coincidono con il centro di coordinamento zonale del Consultorio, per la valutazione del rischio e la definizione del piano di intervento.

Le disomogeneità assistenziali e organizzative rilevate in partenza:

In tutti gli ambiti territoriali erano presenti esperienze consolidate sul Territorio relative in particolare la violenza di genere e la violenza sui minori che però si erano articolate in modo differente nei vari ambiti. Diverso lo sviluppo di questa attività nei Consultori e le connessioni tra i diversi soggetti coinvolti. In tutte le ex ASL erano stati stipulati protocolli con le rispettive

Procure di riferimento e gli altri Enti nonché con le Associazioni, ma non in modo omogeneo. Differente la presenza di case-rifugio o altre strutture di accoglienza tra le varie Zone. Anche i percorsi di formazione erano stati sviluppati in modo eterogeneo.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017

Nel 2017 è stata costituita la rete dei Referenti territoriali, uno per Zona, e individuato il Coordinatore Territoriale Aziendale.

E' stato elaborato, congiuntamente all'AOUP, e inviato in Regione il progetto "Accogliere per proteggere" per garantire la continuità assistenziale nelle 72h successive la dimissione dal P.S.

Nel progetto si prevede di costituire una rete di accoglienza di Area Vasta con particolare attenzione alle tipologie di utenza più critiche.

Nel 2017 è iniziata la mappatura e l'analisi in base ai requisiti previsti dal progetto delle strutture presenti sul Territorio, completata nei primi mesi nel 2018.

Aree di miglioramento

- ✓ Sussiste eterogeneità relativamente la presa in carico territoriale
- ✓ Deve essere completata la costituzione dei team multidisciplinari
- ✓ Necessità di mantenere costante l'attività di informazione e sensibilizzazione

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Favorire il riconoscimento precoce dei casi di violenza anche attraverso il sistema delle "sentinelle".
- ✓ Dare continuità alle azioni successive al momento di cura erogato nelle strutture di Pronto Soccorso con la presa in carico territoriale successiva sulla base della valutazione delle esigenze di tutela protezione delle persone vittime di violenza mediante percorsi rispondenti alle loro esigenze di tutela e protezione.
- ✓ Realizzare una integrazione degli interventi sanitari, sociosanitari e sociali per assicurare un presa in carico globale

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Corsi specifici di formazione nei vari ambiti: livello base più livello di approfondimento
- ✓ Iniziative aziendali di Educazione alla Salute per la promozione di «stili di vita non violenti» e per la sensibilizzazione e la formazione delle *"sentinelle"* anche in collaborazione con i Centri Antiviolenza e le Associazioni del territorio
- ✓ Costituzione in tutte le Zone dei team multidisciplinari
- ✓ Raccordo costante tra i Referenti territoriali e dei PS con i Centri di Coordinamento Zonale dei Consultori
- ✓ Rafforzamento dei rapporti con la rete dei centri Antiviolenza
- ✓ Attivazione di un iter definito e condiviso per garantire l'accoglienza delle vittime di violenza nelle 72 ore successive all'arrivo in Pronto Soccorso
- ✓ Ampliamento convenzioni strutture per accoglienza h72
- ✓ Definizione di procedure per la presa in carico territoriale

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Diffusione dell'informazione a livello territoriale sulla Rete Codice Rosa
- ✓ Ridefinizione dei Protocolli con le Procure secondo le indicazioni del tavolo di lavoro congiunto Regione- Procura generale per la revisione delle procedure giuridico forensi
- ✓ Attuazione del Progetto "Accogliere per proteggere"
- ✓ Adozione di modalità condivise di presa in carico territoriale

LA RETE OSPEDALIERA

LA RETE OSPEDALIERA

Il disegno della rete ospedaliera ha tenuto conto di una serie di requisiti determinanti per l'erogazione di prestazioni di qualità:

- ✓ **l'integrazione della rete ospedaliera con la rete di emergenza-urgenza**, che richiede che nei presidi ci sia una dotazione specialistica e strumentale tale da garantire la qualità dei servizi erogati

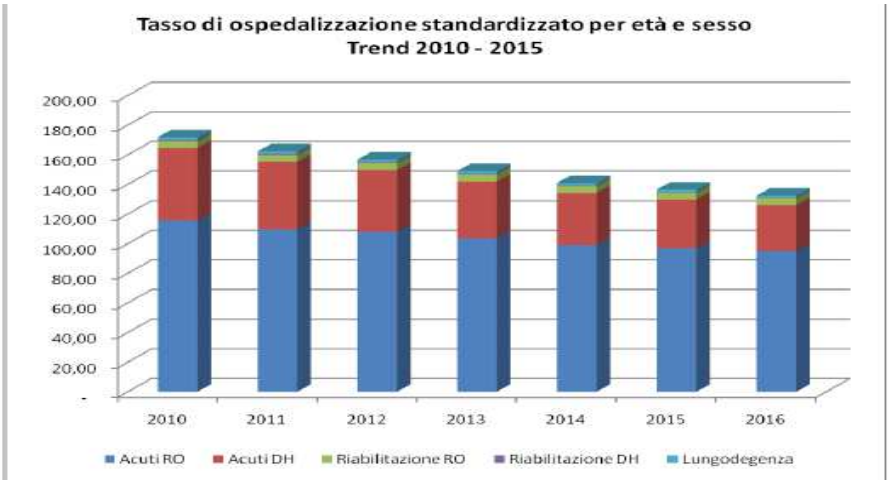
- ✓ **Le dimensioni e le caratteristiche della rete ospedaliera esistente,** determinata ad esempio dalla dotazione dei posti letto e delle funzioni presenti

- ✓ **l'integrazione della rete ospedaliera con la rete territoriale**, in particolare per la presa in carico dei pazienti cronici o con fragilità anche attraverso la realizzazione e il potenziamento di servizi domiciliari e residenziali, di cure intermedie e post acute, RSA, riabilitazione

Da evidenziare che nell'ambito dell'umanizzazione del percorso di cura e del supporto alla persona, è stata istituita la struttura organizzativa di **psicologia ospedaliera**, che garantisce sostegno psicologico presso i reparti in cui, per situazione legate alla gravità delle patologie affrontate, o alla condizione fisiologica, è più rilevante la condizione di fragilità del paziente, attivando la funzione specialistica in tutti presidi ospedalieri maggiori.
Sempre nell'ottica della centralità del paziente, nel 2016 è stato avviato un percorso di informatizzazione dei processi di cura attraverso l'introduzione di una **cartella clinica integrata** (medica ed infermieristica) ed informatizzata favorendo la continuità di cura del paziente nello stesso ricovero e tra i diversi episodi di cura afferenti alla stessa struttura ospedaliera mediante la condivisione ed il recupero di dati clinici in essa registrati. La cartella Clinica informatizzata è stata attivata nei Presidi ospedalieri di Massa nel 2015, nel 2016-2017 a Lucca e Versilia, nel 2018 a Pontedera; nell'anno in corso inizierà l'avvio sul PO di Livorno e nell'anno 2019 verrà distribuita su tutti i presidi della rete. In questi Ospedali il medico e l'infermiere in ogni istante, nel rispetto della privacy del paziente, sono in grado di conoscere tutte le informazioni cliniche di cui necessitano per gestire il caso, indipendentemente da dove i dati vengono prodotti. Infatti, in particolare, sono stati valorizzati gli aspetti di interazione medico-paziente ed infermiere-paziente, impiegando nuovi dispositivi come tablet e PC che permettono di fruire e d immettere i dati anche nel contesto della visita al letto del paziente o la somministrazione della terapia. Questa funzione di repository centralizzato delle informazioni patient-oriented, ci permetterà a regime anche la continuità sulla rete ospedaliera.
L'azienda ha perseguito nei vari presidi ospedalieri il **modello per intensità di cure**, che prevede la presenza di unità operative differenti ma assimilabili per area (medica e chirurgica) su piattaforme produttive uniche.

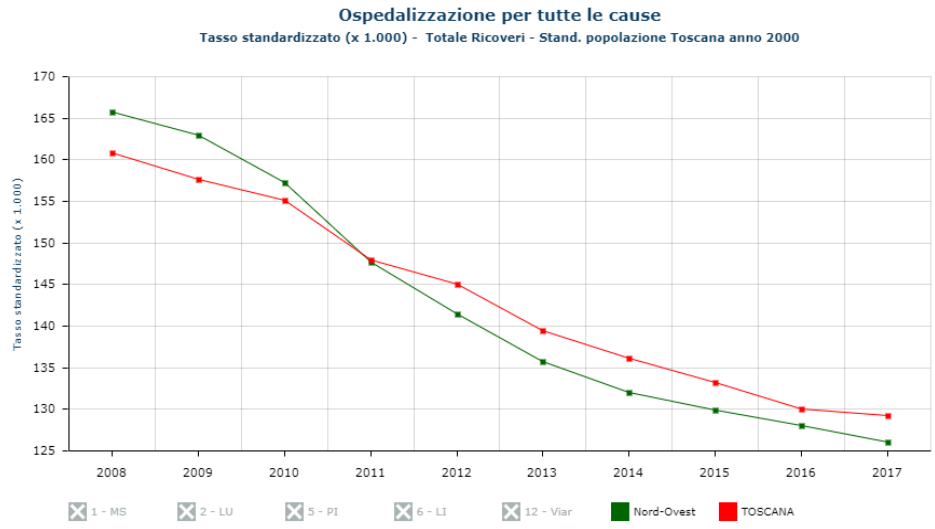
I posti letto e i principali dati di attività
Negli ultimi anni si è assistito a un rimodellamento dell'assistenza ospedaliera a livello nazionale e nelle singole regioni. Il sistema sanitario toscano è stato caratterizzato da un continuo processo di riorganizzazione per aumentare l'appropriatezza e la sicurezza delle cure. Tra tutti ricordiamo la **deospedalizzazione** che, grazie all'innovazione tecnologica e alla gestione integrata dei pazienti, ha portato **una riduzione del tasso di ospedalizzazione e conseguentemente dei posti letto ospedalieri**.

Tasso di ospedalizzazione standardizzato_Italia_trend 2010-2016
(Fonte rapporto sdo 2016-ministero dalla salute)



In seguito, il DM 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" dell'aprile 2015 ha innescato una rimodulazione del sistema ospedaliero e dei servizi territoriali con l'avvio di progetti di cambiamento. In questo quadro, sulla base dei dati contenuti nel Rapporto sdo 2016 del Ministero della Salute, **la Toscana si conferma la regione che più di ogni altra in Italia è stata in grado di coniugare appropriatezza e efficienza**.
Il tasso di ospedalizzazione conferma un andamento in calo a livello nazionale, regionale e aziendale, come mostra la figura di seguito (fonte ARS)

Tasso di ospedalizzazione standardizzato_confronto Toscana e Ausl Toscana nord ovest _trend 2008-2017 (fonte ARS)



Proprio i risultati in termini di appropriatezza e efficienza hanno reso possibile una graduale riduzione dei posti letto per acuti.
Di seguito si rappresenta il quadro dei posti letto pubblici per acuti per ciascuna zona, suddiviso per disciplina (anno 2017), per un totale di 2391. A questi si aggiungono 257 posti letto per acuti di strutture private accreditate e 330 posti letto di riabilitazione, di cui 181 pubblici e 149 privati accreditati, per un totale di 3017 pp.ll.

	Numero posti letto per Zona distretto											
specialita	Livornese	Piana di Lucca	Versilia	Apuane	Val d'Era	Lunigiana	Valle del Serchio	Alta Val di Cecina	Bassa Val di Cecina	Val di Cornia	Elba	Totale
Terapia intensiva	14	12	10	14	10	4			4	6		74
Astanteria		4										4
DEU AREA CRITICA E BLOCCO OPERATORIO	**14**	**16**	**10**	**14**	**10**	**4**			**4**	**6**		**78**
Radiologia				2								2
DIPARTIMENTO DELLA RADIODIAGNOSTICA				**2**								**2**
Cardiologia	13	19	12	11			12		7	4		78
Malattie endocrine, del ricambio e della			1	1								2
Geriatria			6									6
Malattie infettive e tropicali	19	15		12								46
Medicina generale	98	79	42	98	82	56	70	22	51	47	36	681
Nefrologia	11	14	13	5								43
Neurologia	14	16	10	16								56
Unità coronarica	8	12	8	11	8			5	4	4		60
Gastroenterologia		1	12									13
Pneumologia	14	26	10	9		1						60
Reumatologia				1								1
DIPARTIMENTO DELLE SPECIALITA' MEDICHE	**177**	**182**	**114**	**164**	**90**	**57**	**82**	**27**	**62**	**55**	**36**	**1.046**
Ostetricia e ginecologia	26	29	35	33	37		16	2	20	10	7	215
Pediatria	13	23	17	10	18		6		8	4	5	104
Neonatologia	6		8	6								20
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	**45**	**52**	**60**	**49**	**55**		**22**	**2**	**28**	**14**	**12**	**339**
Ematologia	8		10									18
Oncologia	16	18	27	18	2	2			9	6		98
Oncoematologia		1										1
DIPARTIMENTO ONCOLOGICO	**24**	**19**	**37**	**18**	**2**	**2**			**9**	**6**		**117**
Chirurgia generale	53	27	48	30	36	20	13	13	14	18	14	286
Chirurgia vascolare	5			17								22
Neurochirurgia	27											27
Oculistica	6	5	2	3	5					2		23
Odontoiatria e stomatologia		2										2
Ortopedia e traumatologia	32	34	47	26	38	16	17	13	16	17	8	264
Otorinolaringoiatria	6	8	10	5	7					5		41
Urologia	10	10	20	14	10			2		5		71
Dermatologia	2	3	2									7
DIPARTIMENTO SPECIALITA' CHIRURGICHE	**141**	**89**	**129**	**95**	**96**	**36**	**30**	**28**	**30**	**47**	**22**	**743**
Psichiatria	16	12	15	11	12							66
ZONA/DISTRETTO	**16**	**12**	**15**	**11**	**12**							**66**
TOTALE	**417**	**370**	**365**	**353**	**265**	**99**	**134**	**57**	**133**	**128**	**70**	**2.391**

La tabella mostra alcuni tra i principali indicatori delle strutture ospedaliere aziendali del 2017

	RICOVERI ORDINARI							RICOVERI DH					
STABILIMENTO	*PP.LL HSP12*	*RIC. CHIR.*	*RIC. MED.*	*RIC. TOT.*	*DEG. MEDIA*	*TASSO OCCUP*	*PESO MEDIO DRG*	*PP. LL. DH + DS*	*DH CHIR.*	*DH MED.*	*RIC. TOT.*	*TASSO OCCUP*	*PESO MEDIO DRG*
Apuane (MS)	328	5.451	9.640	15.091	6,1	77,0	0,89	28	1.869	313	2.182	31,9	0,4
Carrara (MS)	0	0	0	0	0,0	0,0		12	310	107	417	41,2	0,4
Pontremoli (MS)	49	653	1.145	1.798	7,0	70,7	1,05	4	278	29	307	31,1	0,4
Fivizzano (MS)	41	170	963	1.133	8,9	67,5	0,80	5	256	18	274	29,5	0,4
San Luca (LU)	331	4.165	8.903	13.068	7,2	78,2	0,92	59	2.144	1.143	3.287	88,3	0,5
Castelnuovo (LU)	55	1.010	1.037	2.047	7,5	76,0	1,05	13	358	135	493	39,6	0,5
Barga (LU)	71	218	1.747	1.965	8,0	60,7	0,6	7	185	6	191	10,9	0,5
F.Lotti Pontedera (PI)	255	3.459	6.135	9.594	6,3	64,5	0,87	20	1.020	339	1.359	36,5	0,4
Volterra (PI)	51	512	1.171	1.683	6,0	54,4	1,05	6	623	67	690	50,0	0,3
Riuniti Livorno (LI)	378	6.245	9.217	15.462	7,0	78,7	1,10	55	2.033	1.164	3.197	70,5	0,5
Piombino (LI)	120	1.506	2.712	4.218	6,3	60,4	0,87	16	624	420	1.044	99,4	0,4
Cecina (LI)	128	1.549	3.389	4.938	6,0	63,8	0,82	17	817	522	1.339	99,0	0,4
Portoferraio (LI)	66	357	1.865	2.222	5,9	54,4	0,69	9	253	158	411	91,5	0,4
Versilia (LU)	346	5.951	8.370	14.321	5,9	67,4	0,91	44	1.974	1.044	3.018	100,2	0,5
Totale ATNO	**2.231**	**31.247**	**56.576**	**87.823**	**6,6**	**71,0**	**0,93**	**295**	**12.744**	**5.465**	**18.209**	**70,8**	**0,5**

Ricoveri per acuti, escluso riabilitazione, fonte: sdo 2017

Di seguito si rappresentano i principali dati delle strutture, separatamente per area medica e area chirurgica

Area medica

	RICOVERI ORDINARI					RICOVERI DH			
	PP.LL HSP12	*RIC. TOT.*	*DEG. MEDIA*	*TASSO OCCUP. (REP DIM)*	*PESO MEDIO DRG*	*PP. LL. DH + DS*	*RIC. TOT.*	*TASSO OCCUP.*	*PESO MEDIO DRG*
Apuane (MS)	154	4.824	9,9	85,2	1,19	8	94	4,7	0,37
Pontremoli (MS)	26	945	8,0	79,4	0,83	0	0	0,0	
Fivizzano (MS)	29	947	10,2	91,6	0,78	2	0	0,0	
San Luca (LU)	164	6.262	9,1	95,4	1,07	18	324	42,2	0,69
Castelnuovo (LU)	29	1.051	10,0	99,6	0,90	9	141	41,6	0,70
Barga (LU)	40	1.168	11,1	88,8	0,82	4	0	0,0	
F.Lotti Pontedera (PI)	90	3.804	8,4	97,8	0,95	0	0	0,0	
Volterra (PI)	27	1.117	6,7	75,9	0,91	0	0	0,0	
Riuniti Livorno (LI)	168	6.494	8,7	92,0	1,07	9	344	78,0	0,88
Piombino (LI)	53	1.830	8,5	80,2	0,89	2	52	71,4	0,42
Cecina (LI)	61	2.165	8,2	80,0	0,86	1	127	50,8	0,53
Portoferraio (LI)	31	1.173	7,6	78,3	0,79	5	130	138,3	0,46
Versilia (LU)	108	4.236	8,9	96,2	1,09	6	395	44,5	1,27
TOTALE	**980**	**36.016**	**8,9**	**90,0**	**1,01**	**65**	**1.607**	**46,5**	**0,82**

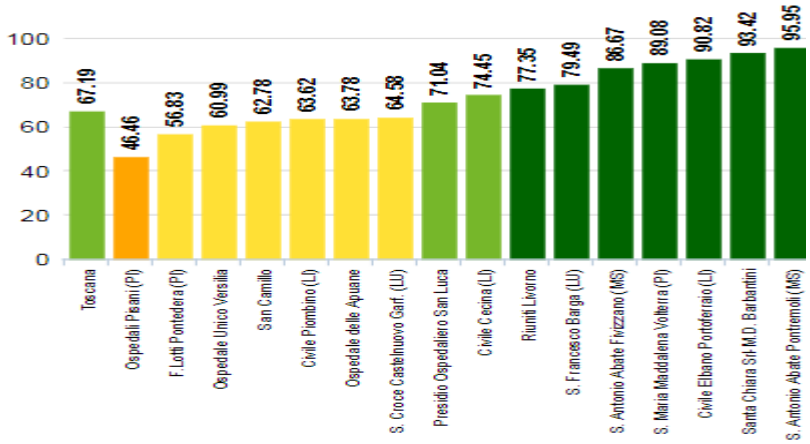
Area chirurgica

	RICOVERI ORDINARI					RICOVERI DH			
	PP.LL HSP12	*RIC. TOT.*	*DEG. MEDIA*	*TASSO OCCUP. (REP DIM)*	*PESO MEDIO DRG*	*PP. LL. DH + DS*	*RIC. TOT.*	*TASSO OCCUP.*	*PESO MEDIO DRG*
Apuane (MS)	83	4.870	4,7	76,1	1,00	11	1.329	49,1	0,43
Carrara (MS)						1	316	126,4	0,37
Pontremoli (MS)	19	805	5,7	66,7	1,17	3	305	40,7	0,42
Fivizzano (MS)	12	186	2,2	9,3	0,94	2	269	62,8	0,45
San Luca (LU)	71	3.260	6,1	77,4	1,02	18	1.711	48,3	0,44
Castelnuovo (LU)	26	996	4,7	49,6	1,20	4	352	35,2	0,38
F.Lotti Pontedera (PI)	82	3.375	5,2	58,7	1,01	14	745	21,3	0,48
Volterra (PI)	23	566	4,7	31,6	1,32	5	578	46,2	0,35
Riuniti Livorno (LI)	116	5.403	5,7	72,6	1,32	25	1.502	24,1	0,46
Piombino (LI)	41	1.572	4,8	50,9	0,95	6	530	35,3	0,41
Cecina (LI)	27	1.231	5,2	64,6	1,14	3	527	70,3	0,37
Portoferraio (LI)	20	634	4,4	38,4	0,72	2	165	33,0	0,38
Versilia (LU)	119	5.673	4,1	53,4	1,02	10	1.375	64,8	0,41
TOTALE	**639**	**28.571**	**5,0**	**61,6**	**1,08**	**104**	**9.704**	**40,3**	**0,42**

Il peso medio elevato di Volterra è determinato dagli interventi di chirurgia vertebrale

Esistono alcune aree di miglioramento per far si che le strutture operative abbiano una dotazione di posti letto in linea con le adeguate soglie di efficienza ed efficacia. Gli standard del DM 70/2015 prevedono un tasso di occupazione del 90%. A livello complessivo aziendale il tasso di occupazione osservato è al di sotto dell'atteso e si attesta sul 71% sia per il ricovero ordinario che per il DH, mostrando una eterogeneità tra le diverse strutture. Anche il tasso di occupazione dell'area chirurgica è al di sotto dell'atteso e si colloca al 61,6% per i ricoveri ordinari e 40% per ricoveri in Day surgery.
Insieme al tasso di occupazione è utile osservare anche un dato relativo alla appropriatezza chirurgica, che mostra quanto l'azienda sia in grado di utilizzare i setting assistenziali in modo adeguato. Di seguito si rappresenta l'andamento 2017 nell'ambito dell'area vasta nord ovest sulla percentuale di ricoveri in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici, cioè una selezione di DRG ad alto rischio di in appropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario: questo indicatore misura quindi la percentuale di ricoveri in Day Surgery per questi DRG.

C4.7 Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici (valore complessivo aziendale 68,2) Fonte MeS



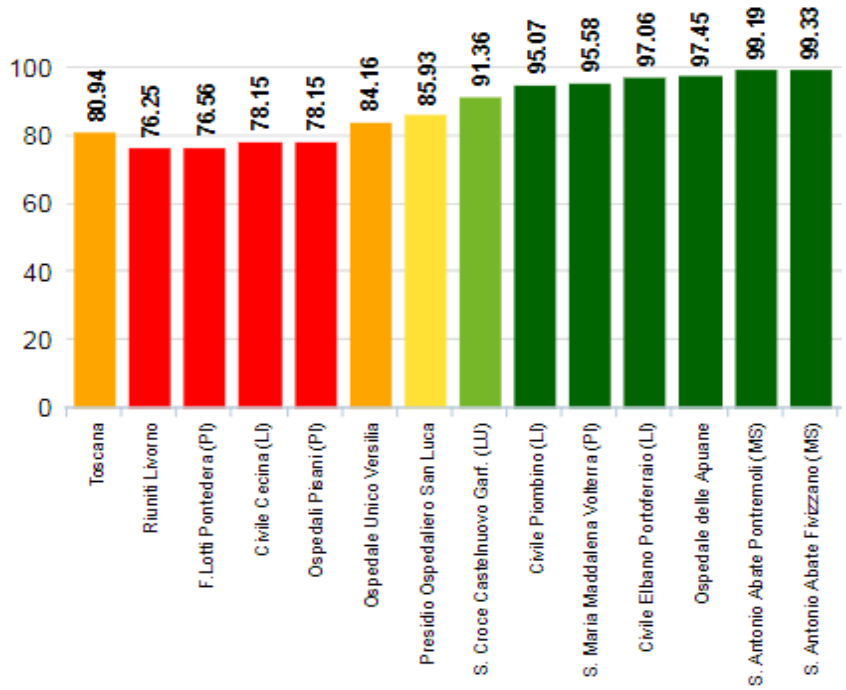
Lo sviluppo della rete ospedaliera

1) Da area chirurgica a area medica

Dai dati emerge che l'area medica mostra nel complesso tassi di occupazione dei posti letto più elevati rispetto all'area chirurgica. Il dato fa riflettere sul fatto che le nuove tecniche chirurgiche ed anestesiologiche hanno permesso lo spostamento di gran parte degli interventi dal regime di ricovero a quello di Day Surgery ed ambulatoriale. In considerazione dei tassi di occupazione di area medica e chirurgica descritti, è ipotizzabile una rimodulazione dei posti letto dell'area chirurgica a favore dell'area medica, con la finalità di migliorare l'organizzazione e renderla più coerente con il bisogno assistenziale della popolazione.

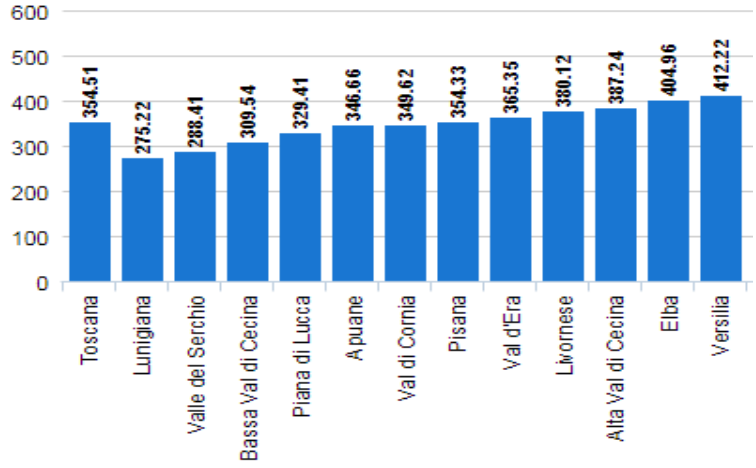
Si riporta inoltre il dato relativo all'indicatore che misura la percentuale degli accessi che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve. Poiché questo indicatore misura la tempestività con cui si è proceduto ad ammettere in reparto i pazienti per i quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, indica la necessità di ricovero, non monitora solo l'efficienza del solo Pronto Soccorso, ma permette di valutare quella del sistema ospedale nel suo complesso. La dilatazione del tempo di permanenza, infatti, può non essere responsabilità del solo Pronto Soccorso, ma dipendere anche dalla capacità di "aspirazione" del reparto, ossia di rendere disponibili posti letto con tempistiche adeguate al ritmo delle attività di Pronto Soccorso, in mancanza della quale si genera il fenomeno del "boarding" (ossia il permanere in Pronto Soccorso di pazienti inviati a ricovero), attualmente ritenuto una delle criticità determinanti il sovraffollamento ed il protrarsi dei tempi di attesa in Pronto Soccorso. **Le maggiori criticità si osservano su Livorno, Pontedera, Cecina e Viareggio. Per questi presidi è pertanto ipotizzabile una rimodulazione di posti letto dall'area chirurgica all'area medica**

C16.4 Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore (valore complessivo aziendale 86,46%)



Si riporta inoltre il tasso di accesso al Pronto Soccorso del 2017, che esprime la domanda della popolazione residente.

C8b.1 Tasso di accesso al Pronto Soccorso, standardizzato per età e sesso per 1000 residenti



2) Da specialistiche mediche a medicina interna

Nell'ambito dell'area medica inoltre si prevede una ulteriore rimodulazione tra la medicina interna e le discipline specialistiche: per gli ospedali di **Massa, Viareggio, Lucca e Livorno si propone una progressiva presa in carico della gestione della continuità assistenziale per i pazienti ricoverati in UUOO specialistiche da parte del medico internista, che quindi assume il ruolo di medico "hospitalist"**. Al tempo stesso i medici specialisti verranno progressivamente utilizzati, dove necessario, per le attività diurne in modo da garantire una presa in carico del paziente con percorsi di day service, una risposta più tempestiva al PS per consulenze specifiche, con un miglioramento dei tempi di permanenza, ed un aumento dell'offerta di prestazioni ambulatoriali, indispensabili per garantire tempi di attesa adeguati.

L'attività specialistica verrà garantita, ove necessario, durante il periodo notturno mediante l'istituto della pronta disponibilità sostitutiva.

3) Parziale riconversione di posti letto da acuti a post acuti (letti cure intermedie)

Nei piccoli ospedali, dove l'attività clinica di ricovero erogata non è sufficiente a garantire gli standard previsti dal DM 70-2015, in particolare relativamente al tasso di occupazione dei posti letto e/o degenza media, si prevede una **riconversione di alcuni posti letto di area medica** in posti letto per pazienti che si trovano in condizioni di fragilità (posti letto di cure intermedie).

Per l'ospedale di **Fivizzano,** in cui sono presenti 6 posti letto di cure intermedie, saranno riconvertiti ulteriori 2/4 posti letto di area medica, per arrivare ad una situazione finale di 8/10 posti letto territoriali

Per l'ospedale di **Barga** invece, in cui ad oggi non sono presenti letti di cure intermedie, si prevede la riconversione 14 posti letto di area medica in altrettanti posti letto territoriali

Per l'ospedale di **Volterra** invece, in cui ad oggi non sono presenti letti di cure intermedie, si prevede la riconversione 8/10 posti letto di area medica in altrettanti posti letto territoriali

Tale scelta è supportata inoltre dal dato relativo alla durata dei ricoveri, che risulta molto elevata, e fa ipotizzare che già ad oggi di fatto l'utilizzo dei posti letto vada già in questa direzione.

4) Area unica di degenza per intensità di cura

Nel caso degli ospedali di Portoferraio e Volterra invece, in cui si registra un valore della degenza media in linea con il DM 70-2015, tassi di occupazione dei posti letto piuttosto elevati in area medica e al di sotto degli standard in area chirurgica, che si traduce in sostanza nella presenza media di 25-30 pazienti, si prevede di strutturare piattaforme uniche ed integrate di ricovero, in modo da gestire con maggiore appropriatezza ed efficienza l'andamento dell'attività chirurgica nel corso dell'anno.

5) Rispetto delle soglie volume esito previste nel DM 70 2015 e negli indirizzi regionali

Altro obiettivo centrale è **il rispetto delle soglie volume esito** individuate nel DM 70 2015 per ambito chirurgico e ortopedico. La tabella di seguito mostra le soglie individuate a livello nazionale e il quadro di sintesi presente nei vari ospedali. I dati si riferiscono all'anno 2017, fonte portale ARS (Programma Osservazione Esiti, PROsE).

Le soglie minime di volume DM 70 2015 per chirurgia e ortopedia											
Procedura/Intervento e Soglia	**Livorno**	**Lucca**	**Viareggio**	**Apuane**	**Pontedera**	**Cecina**	**Piombino**	**V.del Serchio (Castelnuovo+ Barga)**	**Lunigiana (Fivizzano + Pontremoli)**	**Elba**	**Volterra**
Interventi chirurgici per Ca mammella: **150 primi interventi annui** su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa	230	171	174	175	104	5	7	1	1	4	
Colecistectomia laparoscopica: 100 interventi annui per Struttura complessa	285	242	305	194	315	96	172	93 (CS)	31+105	38	56
Intervento chirurgico per frattura di femore: **75 interventi annui** per Struttura complessa	341	383	359	272	154	187	159	100 + 1	7 + 122	46	48

Nell'ambito della **chirurgia oncologica,** I TM ricompresi nella DGR 394-2016, relativa al Riordino della Rete chirurgica oncologica toscana (pancreas, surrene, esofago e GIST) inoltre dovranno essere **centralizzati presso la AOUP**, con percorsi concordati e definiti a livello di Area vasta

6) La rete di Area Vasta per la Day Surgery e chirurgia ambulatoriale complessa

L'obiettivo generale la realizzazione di una nuova organizzazione operante nell' Area Vasta nord ovest, in maniera integrata tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana e l'Azienda Usl Toscana nord ovest, per la **gestione del flusso di Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale complessa** finalizzata alla **riduzione delle liste di attesa e alla valorizzazione dei presidi provinciali e periferici**

Area Medica

Appropriato uso dei setting assistenziali di ricovero ordinario

Lo stato dell'arte:

- Le varie UU.OO. di Medicina agiscono in contesti molto diversi da presidio a presidio pur operando tutte sul livello 2 di intensità di cure con l'eccezione di alcune U.O che possono avere pazienti ricoverati in un livello 2a (Cecina, Massa, Livorno) a comune con altre U.O (Neurologia, Cardiologia, Pneumologia).
- Alcune operano in strutture ospedaliere moderne e strutturate per zone di degenza comuni, altre in vecchi reparti a padiglione.
- Alcune insistono in strutture già organizzate per intensità di cure con degenze " a comune" con UU.OO specialistiche (Pneumologia, Nefrologia, Neurologia, Diabetologia etc.), altre ricoverano solo pazienti con SDO di medicina interna con l'eccezione della Cardiologia.
- Le strutture ospedaliere più moderne o con organizzazione per intensità di cure le troviamo nel territorio di Massa, Viareggio, Lucca e Livorno le altre in tutti gli altri presidi ospedalieri
- L' ospedalizzazione in Medicina è circa il 15-25 su 1000 abitanti in alcuni grossi ospedali dove è presente anche una multipla degenza specialistica, che a sua volta assorbe altri 15-25 abitanti su 1000 (Livorno, Massa Carrara, Lucca Viareggio) mentre è di circa 50-80 su 1000 abitanti in altri presidi ospedalieri senza degenza specialistica (ad eccezione della cardiologia), segno della tenuta del sistema dove le realtà ospedaliere assolvono al compito internistico e plurispecialistico mentre negli ospedali più grandi la suddivisione della patologia crea in modo proprio numeri minori.
- Le dotazioni organiche delle UU.OO risentono più delle realtà locali (leggi medici specialisti di settore all'interno delle medicine) che della logica dell'impiego del personale per letti di degenza.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

1. Progressiva **trasformazione organizzativo-clinica tra specialistiche mediche e Medicina Interna** con la finalità di aumentare l'offerta sanitaria specialistica diurna in termini di tutoraggio e attivita ambulatoriale
2. Percorsi clinici innovativi (**ortogeriatria**)
3. Riconversione da posti letti per acuti a posti letto per post acuti (**cure intermedie**)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Obiettivo1:

Per gli ospedali di **Massa, Viareggio, Lucca e Livorno** si propone una progressiva presa in carico della gestione della continuità assistenziale notturna per i pazienti ricoverati in UUOO specialistiche da parte del medico internista che quindi assume il ruolo di medico "hospitalist. Sarà possibile progressivamente **riconvertire una parte di medici specialisti attualmente occupati nella copertura delle guardie notturne in medici internisti, per liberare risorse degli specialisti medici per ore diurne dall'impegno della guardia a favore delle attività ambulatoriali**. Questa riconversione potrà interessare le UUOO di Nefrologia, Diabetologia, Pneumologia, Gastroenterologia e dove necessario i medici di Malattie Infettive. A queste discipline attraverso accordi interdipartimentali potranno aggiungersi anche l'oncologia e l'onco-ematologia. L'attività specialistica verrà garantita, per ogni disciplina, durante il periodo notturno da una contestuale reperibilità.

Obiettivo2:
Per gli ospedali di **Pontedera, Cecina e Piombino** con bacino di utenza 80-150 mila abitanti è possibile ipotizzare, in ragione delle mutate necessità chirurgiche e della nuova epidemiologia del paziente ortopedico (sempre più anziano e polipatologico) che con **un progressivo riequilibrio del personale medico si possa realizzare una attività assistenziale diurna (ma anche notturna) tra degenza medica ed ortopedica** (attualmente la continuità assistenziale notturna nella degenza ortopedica è garantita generalmente dalla chirurgia generale) con il fine di maggior appropriatezza di gestione del paziente fratturato operato ma anche polipatologico e politrattato.

Obiettivo3:
Per gli ospedali con bacino di utenza al di sotto di 80.000 abitanti è possibile effettuare, dove opportuno, una riconversione di una parte dei posto letto di area medica in letti di cure intermedie. Questo può essere previsto presso :

- L'ospedale di **Fivizzano**, dove l'area medica ha 29 posti letto (degenza media significativamente elevata rispetto alla media regionale e tasso di occupazione dei posti letti medio, con un peso medio di DRG basso), con la rimodulazione di circa 8⁄10 posti letto di area medica in letti di cure intermedie

- L'ospedale di **Barga** dove la UO Medicina ha complessivamente 40 posti letto (Degenza media significativamente elevata rispetto alla media regionale e tasso di occupazione dei posti letto medio con un peso medio di DRG medio basso) con la rimodulazione circa 14 posti letto di area medica in altrettanti posti di cure intermedie

- L'ospedale di **Volterra** dove la UO Medicina ha complessivamente 27 posti letto tasso di occupazione dei posti letto medio basso con la rimodulazione circa 8⁄10 posti letto di area medica in altrettanti posti di cure intermedie

	RICOVERI ORDINARI						
	PP.LL HSP12	*RIC. CHIR.*	*RIC. MED.*	*RIC. TOT.*	*DEG. MEDIA*	*TASSO OCCUP. (REP DIM)*	*PESO MEDIO DRG*
Fivizzano (MS)	29	4	943	947	10,2	91,6	0,78
Barga (LU)	40	13	1.155	1.168	11,1	88,8	0,82
Volterra (PI)	27	20	1.097	1.117	6,7	75,9	0,91

Questa potrà permettere una migliore assegnazione di pazienti al setting appropriato di cura, oltre che facilitare una condivisione attiva nel post ricovero per acuti del paziente con i MMG, che in una situazione comunque "protetta" possono gradualmente riprendere in carico completo il loro assistito.
NB: Tutte le ipotesi proposte si potranno realizzare nel rispetto dei limiti contrattuali che riguardano il numero massimo di letti oggetto di guardia notturna.
I Risultati attesi 2018-2019

Obiettivo 1:
1. Piena realizzazione del Medico Hospitalist rappresentato dall'Internista per migliorare l'utilizzo dei medici specialisti (anche non di area medica come gli ortopedici) nello svolgimento delle attività ambulatoriali, nell'ottica di una riduzione delle liste di attesa e per

migliorare l'efficienza delle perfomance assistenziali si propone quanto segue: Progressivo impiego (quindi revisione della dotazione delle UU.OO) dell'internista nel tutoraggio notturno del Paziente ricoverato

2. Aumento della attività specialistica diurna con riduzione liste attesa specialistica ambulatoriale, maggior tempo a disposizione per consulenze e tutoraggio del paziente

Obiettivo 2:

3. Realizzazione dell'attività di orto-geriatria negli ospedali di Cecina, Piombino e Pontedera presidi ospedalieri come attività pilota da estendere in futuro alle altre strutture ospedaliere

Obiettivo 3

4. Per l'ospedale di **Fivizzano** rimodulazione di ulteriori 2⁄4 posti letto di area medica, che si aggiungono ai 6 attualmente presenti per arrivare ad una situazione finale di 8⁄10 posti letto territoriali

5. Per l'ospedale di **Barga**, in cui ad oggi non sono presenti letti di cure intermedie, si prevede la riconversione 14 posti letto di area medica in altrettanti posti letto territoriali

6. Per l'ospedale di **Volterra**, in cui ad oggi non sono presenti letti di cure intermedie, si prevede la riconversione 8 posti letto di area medica in altrettanti posti letto territoriali

La rete pneumologica

Lo stato dell'arte

L'attuale offerta pneumologica è cosi caratterizzata e distribuita nelle varie zone

Zona Apuane:

Attivo il "Percorso cronicita' Ospedale Territorio (MITO-BPCO) ", con arruolamento di circa 600 pazienti e significativa riduzione dei ricoveri per BPCO; Home care del paziente con patologia neuro-muscolare tracheostomizzato e ventilatore dipendente da parte dello specialista pneumologo affiancato dal MMG ed ADI; presa in carico del paziente con disturbi respiratori nel sonno sia per la fase diagnostica che terapeutica (CPAP, ventilatore se necessario) che per il follow up; tele monitoraggio domiciliare via WEB della pulsossimetria in pazienti con insufficienza respiratoria da BPCO o malattie neuromuscolari; gestione dell'insufficienza respiratoria acuta con ventilazione meccanica non invasiva (NIV); attività formativa e produzione scientifica.

Zona Piana di Lucca

Assistenza dei pazienti nel setting di ricovero ospedaliero per acuti con NIV ed invasiva (in setting di livello 1 condiviso con UTI) nel trattamento della insufficienza respiratoria; polisonnografia in pazienti con disturbi respiratori nel sonno (3 medici formati ad hoc); attività interventistica: broncoscopia (video broncoscopi e broncoscopi diretti ed un portatile con 3 medici formati ad hoc); ecografia toracica diagnostica e per posizionamento di drenaggi pleurici tramite idoneo ecografo; centro antifumo.

Zona Livornese

Pneumologia Interventistica; PACC Disturbi Respiratori Sonno Correlati, in collaborazione con la UO Neurologia; stretta collaborazione con le UUOO di Chirurgia Toracica e di Oncologia presenti nel PO di Livorno, che garantisce un completamento del percorso diagnostico terapeutico nel paziente con problematiche respiratorie traumatiche o neoplastiche; attività formativa con organizzazione di Corsi di Pneumologia Interventistica di valenza nazionale, di Ventilazione Meccanica Non Invasiva e per MMGG su varie tematiche.

Zona Versilia

Esecuzione da svariati anni (primo centro in Toscana) di Ecoendoscopia tracheo-bronchiale (c.d. EBUS) con prelievi agoaspirativi eco guidati, metodica indispensabile per la diagnostica e la stadi azione delle neoplasie polmonari.

Lo sviluppo della rete

La peculiare expertise in alcuni specifici ambiti di cura (vedi cura delle apnee notturne piuttosto che la diagnostica endobronchiale) ha suggerito l'opportunità di individuare dei centri di riferimento in quella che oggi potremo definire **la rete pneumologica aziendale**. Di seguito le azioni che l'azienda sta realizzando:

Identificazione della pneumologia della **zona Apuane** come centro di riferimento per lo studio e **la cura delle apnee notturne**. Questo si realizza attraverso consulenza e la disponibilità ad accogliere pazienti da inserire nel percorso dei disturbi respiratori nel sonno qualora le altre strutture avessero lunghi tempi di attesa per praticare la polisonnografia . Un percorso di presa in carico già attivo.

L'expertise legata alla esperienza maturata della pneumologia della **Zona Piana di Lucca** nella gestione dei pazienti ricoverati nel setting di sub intensiva (UTIR) fa di questa pneumologia il polo di riferimento per la **gestione dei pazienti con Insufficienza Respiratoria Acuta**.

L'attività combinata della pneumologia **dell'area Livornese e della Versilia** rappresenta già oggi il polo di riferimento per il trattamento delle patologie respiratorie che richiedono un **approccio chirurgico**. Questo in ragione della presenza nel PO di Livorno di UOC di Pneumologia e di un Modulo di Chirurgia Toracica a cui si aggiunge l'expertise della pneumologia della Versilia nella diagnostica ecoendoscopia tracheo-bronchiale (c.d. EBUS). Si è quindi creato un team di diagnostica interventistica trasversale alle varie U.O. di Pneumologia che consente di dedicare le risorse necessarie al PDTA del **tumore polmonare** (intervento chirurgico per TM polmone centralizzato su Livorno), che ha come scopo primario quello di eseguire precocemente la diagnosi e il trattamento della neoplasia polmonare. L'approccio multidisciplinare alla neoplasia polmonare rende possibile l'istituzione di protocolli operativi-gestionali comuni, riducendo pertanto il rischio di eseguire allo stesso paziente esami e visite specialistiche ripetitivi che, inevitabilmente, allungano i tempi della diagnosi ed aumentano i costi. La presa in carico del paziente nella sua globalità prevede l'integrazione di più professionisti dedicati (Pneumologo, Radiologo, Patologo, Medico nucleare, Chirurgo toracico, Oncologo, Radioterapista, etc.) nel percorso diagnostico-terapeutico, dove lo Pneumologo ha un ruolo centrale nella gestione della malattia respiratoria neoplastica attraverso:
- la riduzione dell'intervallo diagnostico terapeutico evitando pericolosi ritardi che possono incidere sui risultati finali di una terapia che andrebbe affrontata il più presto possibile;
- la razionalizzazione delle risorse (umane, beni, servizi, attrezzature, struttura edilizia);

- l' equità e l' omogeneità dei percorsi in modo che tutti i pazienti abbiano garantite le stesse possibilità diagnostico-terapeutiche, indipendentemente dalla sede di residenza.

- Il coinvolgimento anche del Medico di Medicina Generale, con lo scopo di tracciare un percorso diagnostico terapeutico privilegiato e di evitare al malato di attivarsi in prima persona per eseguire esami in sedi diverse e distanti. Il progressivo incremento della attività sopra descritte unito alla più efficace organizzazione ed affinità fra le due strutture operative ci permette di prevedere importanti ricadute positive anche per altre patologie polmonari che necessitino di diagnostiche endoscopiche quali ad esempio la criobiopsia polmonare nelle malattie interstiziali del polmone .

L'obiettivo finale sarà quello di dare disponibilità di esami endoscopici polmonari e torascopia , in relazione ai tempi di attesa 0, a tutte le UO presenti nell'ambito aziendale

Aree di miglioramento

Un punto di debolezza rilevante a livello aziendale è rappresentato dall'elevato **rischio di mortalità a 30 giorni per BPCO,** superiore al livello regionale, che mette in evidenza la necessità di mettere in atto tutte le azioni necessarie al fine di ridurre questo dato.

Una delle strategie fondamentali da sviluppare per migliorare la presa in carico il paziente con BPCO, evitando il più possibile ricadute e riacutizzazioni del paziente, è quella di istituire percorsi condivisi, anche tramite **la diffusione del modello del Day Service** (vedere paragrafo della gestione del paziente cronico per maggiori dettagli). Il Day Service è un modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale programmata che comporta l'attivazione di interventi coordinati e interdisciplinari e si sviluppa in ambito ospedaliero e/o all'interno di una struttura ambulatoriale territoriale. A livello aziendale esiste ad oggi una grande eterogeneità rispetto alla diffusione di questo modello, che non è diffuso in tutte le realtà e non si realizza con modalità omogenee.

Le azioni

Sarà esteso il modello del Day service con l' attivazione i seguenti **PACC** (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) omogenei e condivisi

1. Gestione per paziente con Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva
2. Diagnostica e terapia del Versamento pleurico
3. Diagnosi nodulo polmonare
4. Diagnosi interstiziopatie polmonari
5. Diagnosi e cura delle apnee notturne

La rete diabetologica

Lo stato dell'arte:

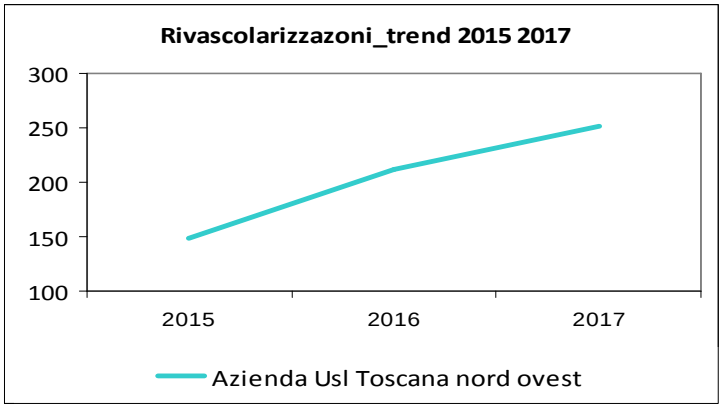
Al momento della costituzione della nuova azienda, esistevano alcuni punti di debolezza

- Team diabetologici (medico, infermieri dedicati, dietista, podologo) parzialmente completi.
- Bacini territoriali importanti come la Valdera e la Val di Cornia con offerta assistenziale per il diabete non adeguata alle funzioni e al bacino territoriale di utenza
- Mancanza di una rete diabetologica strutturata
- Maggior tasso di amputazione per piede diabetico a livello regionale e minor tasso di rivascolarizzazione periferica.
- Fuga di pazienti presso altre ASL della regione e fuori regione
- Nuove tecnologie per il DM1 poco sviluppate con pazienti che fanno riferimento all'AOUP
- PDTA e offerta assistenziale difforme

Azioni intraprese 2017

- Costituzione della ***rete diabetologica aziendale***
- Uniformità dell'offerta assistenziale con creazione di agende CUP per prime visite e visite di controllo

Piede diabetico: In accordo con quanto previsto dalla Delibera Regionale 698 del 2016, è stata avviata la costituzione del PDTA per il piede diabetico, articolato secondo tre livelli di assistenza, individuando a Carrara, Lucca e Livorno tre sedi di 3 livello (foot clinic), cui afferiscono i casi più complessi che necessitano delle procedure di rivascolarizzazione periferica. Il percorso ha trovato integrazione anche con le strutture assistenziali per il piede diabetico dell'AOUP, in ottica di percorso interaziendale di area vasta. L'integrazione con l'AOUP si è concretizzata anche nella realizzazione di un corso di formazione per operatori finalizzato alla prevenzione primaria del piede diabetico. Sono state svolte 12 sessioni di aggiornamento teorico con training pratico presso le diabetologie per 500 partecipanti. L'insieme delle azioni intraprese ha permesso di registrare una sensibile riduzione delle amputazioni maggiori per la popolazione residente, che da 48 nel 2016 sono scese a 43 nel 2017. Considerevole è stato l'incremento delle **rivascolarizzazioni periferiche**, come emerge dalla tabella seguente



STABILIMENTO	2015	2016	2017
Apuane	91	136	104
Ospedale San Luca	47	56	58
Riuniti Livorno	10	20	89
TOTALE ATNO	**148**	**212**	**251**

Nuove tecnologie: Progressivo potenziamento di quest'attività, storicamente poco presente nell' ambito dei servizi territoriali dell'ASL, essendo demandata per lungo tempo alla sola AOUP. I centri di Livorno, Lucca e Carrara hanno potenziato la loro capacità di offerta assistenziale per l'utilizzo di microinfusori insulinici e sistemi di monitoraggio in continuo del glucosio.
I centri di Livorno e Lucca sono stati selezionati per la sperimentazione regionale finalizzata all'utilizzo del sensore impiantabile "Eversense".

Diabete Gestazionale. Definizione della Procedura aziendale per il controllo del diabete in gravidanza

Obiettivi Specifici 2018-19

1) Potenziamento della Rete Diabetologica e Definzione PDTA Unico con AFT-Medicina d'iniziativa

L'integrazione tra i due livelli di cura è condizione indispensabile per un'assistenza diabetologica qualificata. I servizi di diabetologia collocati all'interno dei PP.OO devono poter garantire un riferimento costante per il primo livello di cura, in modo da essere capaci di accettare i pazienti neo diagnosticati e/o in cattivo controllo metabolico o con complicanze ingravescenti. Tale attività viene garantita attraverso la rete diabetologica, che trova al suo interno una articolazione a seconda della complessità assistenziale e del bacino di utenza. Pertanto le attività di secondo livello avanzato e terzo livello delle zone di Cecina, Piombino e Portoferraio troveranno riferimento nella struttura della UOC di Diabetologia di Livorno mentre, quelle di Fivizzano, Castelnuovo Garfagnana e Volterra rispettivamente nelle diabetologie di Massa Carrara, Lucca e Pontedera.
Il collegamento tra i due livelli di cura deve essere formalizzato da un unico PDTA da sottoscrivere con il Dipartimento della medicina Generale
Necessario lo sviluppo **di day service diabetologico** per collegamenti organici con altre UU.OO quali cardiologia, oculistica e nefrologia, finalizzati alla prevenzione e monitoraggio delle complicanze croniche

2) Attività di terzo Livello (Livorno, Lucca, Massa Carrara).

Il PDTA regionale identifica come attività di terzo livello le seguenti attività:

a) piede diabetico-casi complessi che necessitano di rivascolarizzazione
b) utilizzo di nuove tecnologie per il diabete tipo 1
c) gestione metabolica del diabete pre-gestazionale
d) trattamento dei casi di obesità grave

Tutte queste attività devono potersi sviluppare presso i servizi di Livorno, Massa Carrara, e Lucca. Tali servizi dovranno rappresentare un punto di collegamento con le altre strutture della rete diabetologica aziendale.
La rete per l'obesità, soprattutto per quanto riguarda il trattamento chirurgico, dovrà necessariamente integrarsi con l'AOUP.

La rete neurologica

Lo stato dell'arte:
Molto ampio è lo spettro delle patologie neurologiche, che gravano notevolmente sui costi sociali regionali e nazionali. Le malattie neurodegenerative sicuramente rappresentano il maggior problema socio-sanitario della popolazione anziana, e di questo gruppo fanno parte la ***Malattia di Parkinson ed i parkinsonismi***, che presentano una stima di prevalenza di 7000 pazienti di pertinenza della Azienda USL Toscana Nord Ovest e con una incidenza di 80-260 nuovi casi per anno. In questo gruppo vanno annoverate anche la ***Malattia di Alzheimer/ altre demenze degenerative o secondarie*.** Si stima che nella AVNO siano presenti 30000 pazienti affetti da demenza (con 3000 casi incidenti/anno). Tutti i Reparti di Neurologia hanno un ambulatorio dedicato ed uniformità nei trattamenti farmacologici.
Gruppo più ristretto è rappresentato dalle ***Malattie neuromuscolari*** (tasso di prevalenza 100/100.000 abitanti, incidenza 8-10/100.000) e ***Malattie neurologiche rare*** per le quali la AOUP rappresenta il polo di riferimento Dai registri attivi presso la AOUP sono presenti al momento 140 casi di Sclerosi Laterale amiotrofica, 250 casi di neuropatie periferiche (sia infiammatorie che eredo-degenerative –es CMT), 250 casi di distrofia muscolare, 150 casi di patologia mitocondriale e 580 casi di miastenia gravis.
In Toscana ci sono stati circa 7731 eventi di ricovero per **ictus (**Ars dati 2017), dei quali circa 2000 facenti capo alla area vasta nord ovest. In questo ambito la criticità è costituita dal passaggio tra la gestione ospedaliera e territoriale soprattutto per l'inserimento nel percorso riabilitativo.
Cefalea, epilessia e disturbi del sonno rappresentano patologie neurologiche molto diffuse nella popolazione generale. Esse interessano diverse fasce di età. I pazienti attesi in AVNO per l'epilessia sono circa 6.500-13.000, di cui 300-700 rappresentano una nuova diagnosi. I pazienti attesi in AVNO per la sindrome delle apnee ostruttive nel sonno sono circa 36000-70000.
Attualmente, per quanto riguarda cefalea ed epilessia, l'AOUP e ATNO hanno ambulatori specifici; in AOUP è presente il Centro di Riferimento Regionale per i Disturbi del Sonno e un ambulatorio specifico per i disturbi del sonno anche nella ex ASL 6.
Malattie infiammatorie del SNC (Sclerosi multipla ed altre malattie demielinizzanti)
Basandosi sul dato epidemiologico di prevalenza di malattia di 187.9 casi/100.000 abitanti si stima che nel territorio Area Vasta nord ovest siano presenti 2.420 casi. Considerando una media di due visite/anno per paziente, il carico assistenziale stimato all'interno dell' area vasta, è quindi di circa 5000 visite/anno (con circa 200 prime visite). Allo stato attuale esiste un PDTA condiviso a livello regionale (Del. Regione Toscana N. 626, 25 maggio 2015).

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
L'obiettivo ultimo del progetto è fornire adeguati e omogenei livelli di assistenza ai cittadini con patologie neurologiche croniche in qualsiasi parte del territorio dell'area vasta. Questo obiettivo finale si consegue necessariamente attraverso i seguenti obiettivi intermedi: *identificazione del bisogno*, *corretto inquadramento diagnostico*; *corrette indicazioni terapeutiche*.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
È opportuno individuare all'interno della ATNO un polo di riferimento per ogni patologia neurologica cronica ove sia disponibile qualsiasi trattamento per tale patologia, indirizzando verso la AOUP solo quei casi estremamente selezionati, candidabili per trattamenti chirurgici (DBS per la M. di Parkinson, Stimolazione vagale per l'epilessia). Devono essere infine

individuati percorsi specifici per quelle metodiche terapeutiche non disponibili presso la AVNO (es. procedure chirurgiche dell'epilessia farmaco resistente, DBS in età pediatrica) e che richiedono la collaborazione con specialisti di AVSE/centro. A tal fine si prevede la costituzione di una rete per la gestione delle principali patologie neurologiche, la quale, pur garantendo in tutte le UUOO di Neurologia aziendali possibilità di offrire le prestazioni di base, prevede l'identificazione di *Centri di riferimento* (centri hub):

- Rappresenteranno Centro di riferimento per casi di **Sclerosi Multipla** particolarmente complessi **Lucca** e **Livorno**
- Le **patologie extrapiramidali** di particolare impegno verranno inviate presso l'Ospedale **Versilia**
- **Pontedera**, sia per competenza che per strumentazione disponibile, potrà rappresentare il polo hub per le **sindromi epilettiche complesse**
- **Massa** sarà il centro di riferimento per quei pazienti con **encefalopatia vascolare ischemica cronica** (o "cronicizzata") di particolare impegno (es ictus giovanili, vasculi).
- La AOUP rappresenta infine l'Hub per tutte le patologie neurologiche croniche, da coinvolgere quando in ATNO non sia possibile offrire una risposta completa al paziente (es. Malattia di Parkinson con indicazione alla chirurgia, valutazione prechirurgica di epilessie farmaco resistenti, gestione di pazienti con epilessia farmaco resistente non suscettibile a terapia chirurgica che possa giovarsi dell'impianto di Stimolatore Vagale, caratterizzazione metabolica e genetica delle demenze, inquadramento corretto clinico, genetico e metabolico delle malattie neurologiche rare) oltre a rappresentare il Centro promotore di una ricerca clinica che coinvolga le UUOO di neurologia della ATNO.

A tal fine dovranno essere realizzate specifiche azioni atte a:

- Sensibilizzazione della popolazione generale e dei Medici di Medicina Generale
- Elaborazione di specifici PDTA condivisi tra ATNO/AOUP
- Condivisione di cartelle elettroniche per una più facile centralizzazione dei pazienti (ambulatorio territoriale → ambulatorio hub di ATNO → AOUP)

I Risultati attesi 2018-2019

Risultato 1: Omogeneizzazione del territorio con capillare presa in carico del paziente in ogni sede territoriale della ATNO

Risultato 2: Riduzione delle liste di attesa per esami strumentali specialistici. Una gestione coordinata dovrebbe infatti ridurre la richiesta di esami inappropriati garantendo un più rapido percorso diagnostico al paziente.

Risultato 3: Riduzione numero di accessi nei reparti di PS o in regime di ricovero di pazienti con malattia neurologica cronica. Una omogenea e capillare presa in carico del paziente dovrebbe determinare una migliore gestione e risoluzione dei bisogni, spesso non corrisposti e non indagati, dei pazienti con malattie neurologiche croniche. Un trattamento più adeguato ad ogni livello assistenziale (ambulatorio territoriale, "centro *hub"* ATNO, AOUP) dovrebbe infine ridurre il rischio di uno scompenso della sintomatologia neurologica.

Risultato 4: Riduzione del fenomeno "fuga" verso altre aziende (sia AOUP che extra AVNO). I pazienti complessi dovrebbero infatti seguire un percorso centripeto con presa in carico sul territorio e successivo riferimento al centro hub od altra azienda solo in caso di reale pertinenza. Ciò dovrebbe determinare tra l'altro anche una facilitazione del percorso senza intasamenti al centro hub per richieste non pertinenti.

La rete nefrologica

Lo stato dell'arte al momento della costituzione della Ausl Toscana nord ovest e le azioni intraprese nel 2016-2017

L'attività nefrologica e dialitica per i pazienti cronici già risulta diffusa capillarmente su tutto il territorio. Nessun paziente deve effettuare il trattamento dialitico fuori dell'area di residenza o tanto meno fuori regione. E' infatti esistente una rete organizzativa che permette di allocare il paziente al centro più vicino al domicilio. Tutti i centri dell'Area Vasta sono in grado di fornire tutte le più moderne ed avanzate tecniche di emodialisi e dialisi peritoneale, garantendo ovunque lo stesso livello di prestazione. Al novembre 2016 è inoltre già presente un bassissimo numero di fughe verso l'AOUP o fuori regione.

E' in atto in tutti i PO aziendali dove è presente la nefrologia un contenimento del numero dei pazienti in emodialisi ospedaliera grazie al buon funzionamento degli ambulatori della malattia renale cronica avanzata. La rete prevede accesso CUP per le prime visite su tutte le zone con tempi di attesa medi inferiori a quelli attesi a livello regionale. Inoltre sono istituiti su tutti presidi ambulatori nefrologici specifici di presa in carico del paziente nefropatico.

Tutti i centri sono inoltre in grado di offrire assistenza nefrologica e dialitica per i pazienti critici (politrauma, sepsi, reti delle emergenze post-chirurgiche) in collaborazione con il Dipartimento dell'emergenza-urgenza.

Esiste un sistema di rete per il confezionamento degli accessi vascolari per emodialisi. Un accesso vascolare ben funzionante è un requisito fondamentale per il buon esito del trattamento dialitico. Tutti i centri dell'area vasta sono autonomi nel confezionamento degli accessi vascolari di primo livello e nel posizionamento dei CVC tunnellizzati. **Il centro dell'Ospedale Versilia funge storicamente da centro di secondo livello per gli accessi vascolari "difficili" o protesici per le unità operative dell'area vasta, dell'intera regione e talvolta anche da fuori regione, con oltre 200 interventi l'anno.**

Tutti i centri dell'area vasta provvedono alla messa in lista di trapianto renale e garantiscono il follow-up del paziente trapiantato una volta che viene rinviato dal centro trapianti.

Le biopsie renali dal 2017 vengono eseguite nei singoli centri ed il pezzo anatomico inviato al centro di riferimento dell'ospedale di Livorno dove viene processato e refertato dalla Anatomia Patologica in collaborazione con i nefrologi dell'Ospedale Versilia e di Livorno. Vengono così refertate le biopsie renali provenienti da Lucca, Livorno, Versilia, Pistoia ed Arezzo.

Nel corso del 2017 è stata inoltre uniformata l'organizzazione del progetto regionale di "Dialisi Vacanza"

Aree di miglioramento

Nell'ambito della rete nefrologica di area vasta non si evidenziano particolari criticità, sebbene emerge l'opportunità di strutturare maggiormente il percorso del paziente nefropatico tra le strutture di Nefrologia della Azienda USL Toscana nord ovest ed il centro trapianti della Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana. A questo proposito potrà essere discusso con il centro trapianti della AOUP un nuovo modus operandi che veda la proposta delle candidature discussa direttamente dai centri nefrologici propositori della ATNO con il centro trapianti attraverso incontri periodici dove stabilire l' eleggibilità dei pazienti al trapianto. Il coinvolgimento diretto delle strutture nefrologiche proponenti, che porta in dote una precisa conoscenza dello stato clinico del paziente con una possibile velocizzazione dello screening diagnostico e dell'immissione in lista, potrà tradursi in uno stimolo continuo alla proposizione di nuovi candidati, portare ad un miglior rapporto con il centro trapianti e sicuramente vedrebbe aumentare nel tempo il numero di candidati.

Un altro ambito di miglioramento riguarda la centralizzazione di alcune tecniche complesse, che richiedono il raggiungimento di determinati volumi di attività per garantire l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni e ridurre quindi l'inappropriatezza dovuta ai ricoveri ospedalieri evitabili.
Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione infine è legato al fatto che il trattamento dialitico è continuo e spesso il cittadino in trattamento è legato al luogo di residenza abituale per le sedute che si svolgono nel corso della settimana. Diventa quindi difficile per la persona in dialisi potersi spostare in luoghi diversi per vacanza e per altre necessità, se prima non viene fatta una programmazione del viaggio con la rete del vari Centri dialisi.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
1) Consolidamento della rete interaziendale in ambito di area vasta, per promuovere una programmazione coordinata in tema di trapianto renale.
Azioni:
- ✓ Avviare attraverso la direzione del DIAV un rapporto fra Nefrologie ASLNO e Centro Trapianti AOUP
- ✓ Istituire e avviare l'ambulatorio trapianti renali interaziendale per favorire un percorso in rete in ambito di area vasta
- ✓ Realizzazione della rete di referenti nefrologici per il centro trapianti della AOUP
- ✓ Realizzazione di PACC aziendale per screening di ingresso lista attesa e follow up del trapianto renale

2) Centralizzazione di alcune procedure, che richiedono tecniche di alta complessità o maggiore esperienza degli operatori
Azioni:
- ✓ **Centralizzare** il posizionamento di catetere per **dialisi peritoneale** presso il presidio ospedaliero di **Livorno**, cha rappresenta il punto di riferimento per tutta l'azienda per questa procedura.
- ✓ Realizzazione di un percorso diagnostico con AOUP per la diagnosi elettronica della biopsia renale

3)Valorizzazione e implementazione dell'offerta dei servizi di **dialisi** per rispondere in modo efficace ai bisogno dei pazienti, in particolare in alcune zone e nei periodi di maggiore afflusso turistico
Azioni:
- ✓ Incremento dell'offerta del programma della **Dialisi in Vacanza**, con un coordinamento (call center) aziendale, che consente ai pazienti nefropatici cronici di trovare il servizio di dialisi nelle località di villeggiatura toscane quando sono in vacanza

4) Estensione PTDA per il paziente nefropatico diabetico
Azioni:
- ✓ Entro 2018 estensione a tutto il territorio dell'USL del PDTA in atto presso la zona di Livorno

I risultati attesi
1. Ambulatorio trapianti interaziendale attivo entro Marzo 2019
2. Aumento del numero dei pazienti ASLNO in lista trapianto presso Centro trapianti Pisa (valutazione fine 2019)
3. Incremento dei casi di impianto del catetere per dialisi peritoneale presso il PO Livorno

La rete dell'elettrofisiologia cardiaca

Lo stato dell'arte

Le singole Cardiologie dell'Azienda Toscana Nord Ovest fino allo scorso anno agivano indipendentemente espletando le proprie attività di pertinenza nell'ambito dell'aritmologia. Grazie alla costituzione della nuova azienda, nella seconda metà del 2017 è stato possibile istituire la rete aziendale dell'elettrostimolazione cardiaca e individuare il ruolo di responsabile aziendale. Inoltre per ogni ambito locale, in accordo con il Dipartimento Medico, sono stati individuati singoli Professionisti, chiamati ad intervenire nei processi programmatici e decisionali. E' stato creato un Gruppo Operativo Multidisciplinare costituito dalle seguenti discipline: Cardiologie, Farmaceutica Ospedaliera, Controllo di Gestione. Questo ha consentito una visione globale e complessiva delle attività, attivando un costante e sistematico monitoraggio dei costi sostenuti e delle strumentazioni utilizzate tramite un report specifico, in cui vengono monitorati gli impiantabili attivi sia nella loro globalità sia negli utilizzi in ambito locale, permettendo anche di acquisire una chiara visione di insieme sulla quale costruire anche in futuro ulteriori processi riorganizzativi e valutazioni più articolate, finalizzate eventualmente anche alla proposta di riassetti organizzativi specifici. La tecnologia da tempo ha messo a disposizione la possibilità di monitoraggio a distanza dei devices impiantabili come attività complementare al controllo ambulatoriale. Sebbene sia ormai dimostrata l'efficacia dell'Home Monitoring tuttavia la sua applicazione non è uniforme in ambito aziendale. Nell'ambito della elettrofisiologia si rende necessario stabilire l'organizzazione e le risorse della rete aritmologica in termini di erogazione di studi elettrofisiologici, ablazioni di aritmie semplici e di aritmie complesse nonché di procedure di etrazione degli elettrocateteri impiantati allo scopo di definire i percorsi per il trattamento dei pazienti della ATNO. La griglia mostra le attività attualmente svolte in ambito aritmologico nelle cardiologie della ATNO:

	Massa	Versilia	Lucca	Valle del Serchio	Pontedera	Livorno	Cecina	Piombino
Pacemaker	x	X	x	x	x	x	x	
Defibrillatori	x	X	x	x	x	x	x	
Resincronizzazione Cardiaca	x	X	x	$	x	x	#	
Cardioversioni	x	X	X	X	X	X	X	x
Studi elettrofisioogici endocavitari	x	x	x			x		
Ablazioni con elettrofisiologia convenzionale	x		@			x		
Ablazioni con sistemi di mappaggio (specificare)	x (CARTO)							
Crioablazioni	x							
Estrazione cateteri	x							
Studi elettrofisiologici transesofagei	x		x			x		
Test aimalina	x	X	x		x	x	#	
Tilt Test	x	X			x	x	#	
Controllo ambulatoriale devices	X	x	x	x	X	x	X	
Controllo a distanza (Home Monitoring) devices	x		x					

attività svolte in passato (sino al 2014); da ripristinare previa verifica delll'attuale funzionamento e l'idoneità dlla strumentazione presente, inutilizzata da anni

@work in progress $ per questo tipo di attività i pazienti vengono trattati a Lucca

Gli obiettivi specifici

- ✓ Riattivazione autonoma dell'attività di aritmologia nel presidio di Cecina
- ✓ Omogeneizzazione degli approcci operativi nelle attività di aritmologia a livello aziendale
- ✓ Definizione di adeguate "regole di ingaggio" nell'utilizzo delle tecnologie a disposizione mettendo in atto processi valutativi incentrati su analisi farmaco-economiche
- ✓ Proporre il modello costruito per la gestione dell'accordo quadro riguardante i devices cardiaci impiantabili anche per la gestione di accordi quadro riguardanti altro materiale sanitario
- ✓ Uniformità nella gestione del monitoraggio a distanza dei devices nella ATNO
- ✓ Sviluppo delle competenze crescenti nel settore con una futura specializzazione dei Centri ATNO interessati in specifiche sotto branche dell'aritmologia, creando per l'Utenza una offerta clinica di alto livello e mirata ad incrementare l'attrattività Aziendale
- ✓ Integrazione della rete aritmologica della ATNO in una possibile rete aritmologica di Area Vasta che veda coinvolti anche l'AOUP e la FTGM, stabilendo un modello organizzativo condiviso allo scopo di rispondere nella maniera più uniforme possibile alle esigenze sanitarie dell'utenza in ambito aritmologico.

Le azioni:

- ✓ Definire modalità di acquisizione e linee di indirizzo sull'utilizzazione dei devices impiantabili non inseriti nell'accordo quadro (es. pacemaker leadless, loop recorders)
- ✓ Formalizzare un contratto di Area Vasta con le diverse Aziende di devices per la gestione del monitoraggio a distanza e uniformarne le modalità di utilizzo
- ✓ Elaborare proposte di sviluppo di competenze locali nelle branche della elettrofisiologia e percorsi predefiniti per il trattamento interventistico delle patologie di competenza aritmologica nell'ambito delle risorse tecniche e professionali delle varie sedi della ATNO.

I Risultati attesi

Omogeneo utilizzo dei materiali farmaceutici messi a disposizione dalla gara regionale (accordo quadro) nonché non inseriti in essa nel rispetto degli indirizzi Aziendali.

Valorizzazione delle competenze e miglioramento della qualità delle prestazioni offerte all'Utenza.

Area Chirurgica

La concentrazione della casistica nel rispetto degli standard nazionali e regionali

Lo stato dell'arte:

E' ormai consolidato che esistono procedure chirurgiche per le quali è evidente un rapporto volume-esito, cioè per le quali i risultati in termini di salute migliorano all'aumentare della numerosità della casistica trattata.

Si sottolinea pertanto la necessità di diminuire la dispersione della casistica in modo da aumentare la clinical competence e migliorare la sicurezza e la qualità delle cure, secondo le indicazioni nazionali (DM 70 2015) e regionali (DGRT 394/2016, 272/2014, etc).

Ne consegue pertanto che le patologie, che non raggiungono complessivamente nell'area ATNO i volumi soglia definiti dalle normative vigenti, troveranno un percorso tracciato di assistenza e cura presso L'AOUP. Il riferimento nello specifico sarà per i TM della DGR 394 2016 (Pancreas surrene esogago GIST)

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

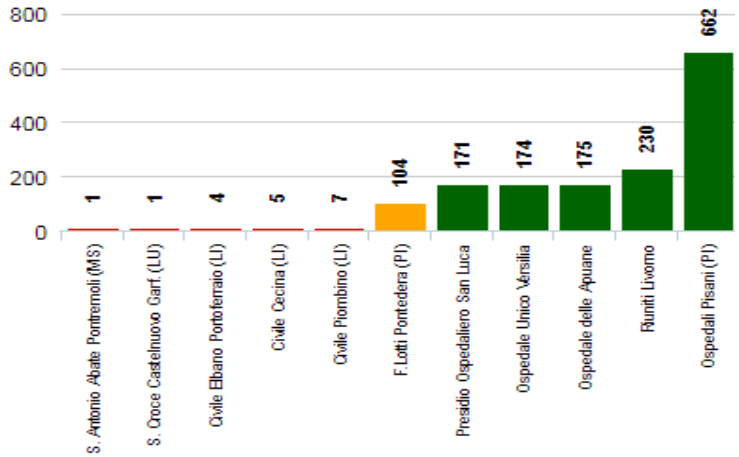
Obiettivo 1: Concentrazione di alcune procedure di casistica di **Chirurgia oncologica**, individuati dal DM 70 -2015 e dalle DRG 272-2014 e 394 2016, presso presidi ospedalieri individuati

Obiettivo 2: Rispetto delle soglie nelle **procedure chirurgiche** individuate nel DM 70 2015 (**Frattura femore e colecistectomia laparoscopica**

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019:

Obiettivo 1: CHIRURGIA ONCOLOGICA

Azione 1: TM mammella (soglia 150 interventi per struttura complessa). Dati 2017 (fonte MeS)

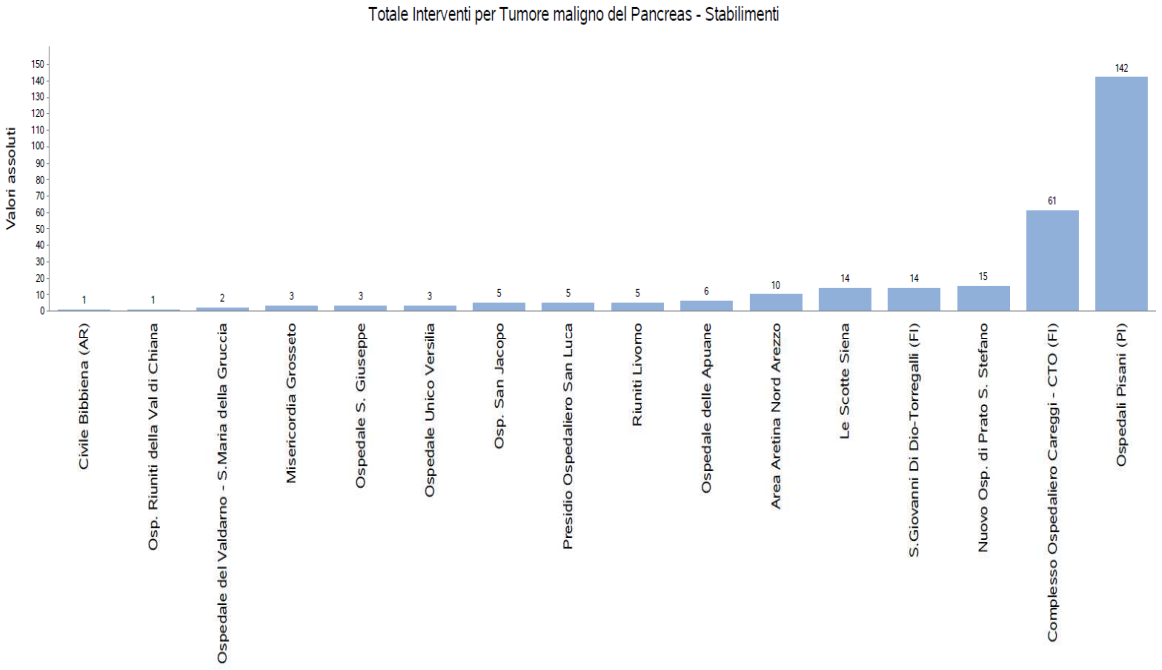


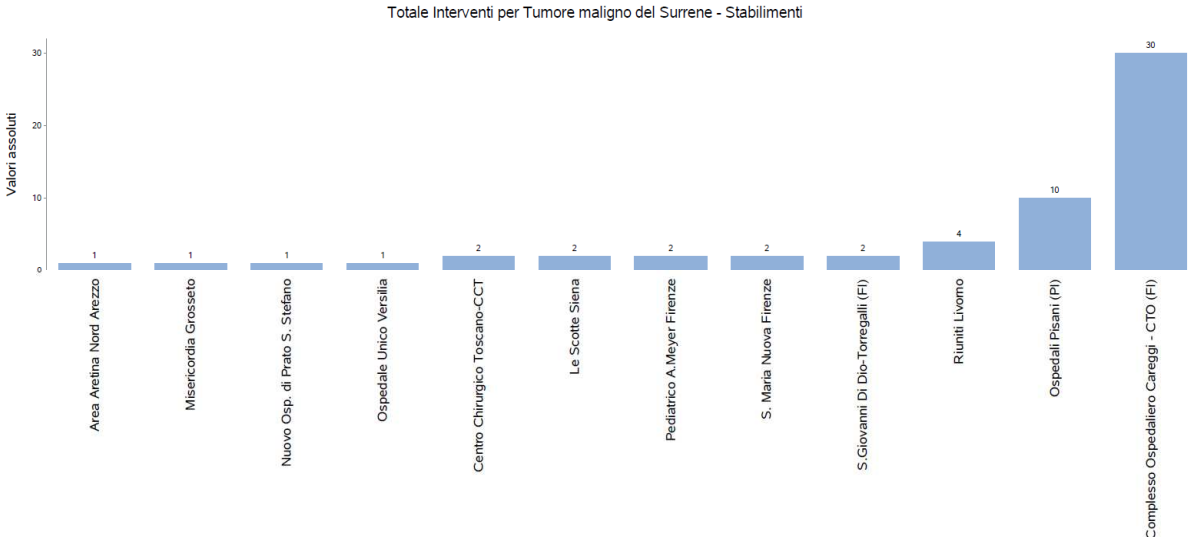
Dai dati emerge già nel 2017 una sostanziale concentrazione della casistica, che sarà completata entro il 2018, ad eccezione dell'ospedale di Pontedera per il quale dovrà essere valutata una soluzione organizzativa che consenta entro il 2019 il rispetto delle soglie del DM 70 2015.

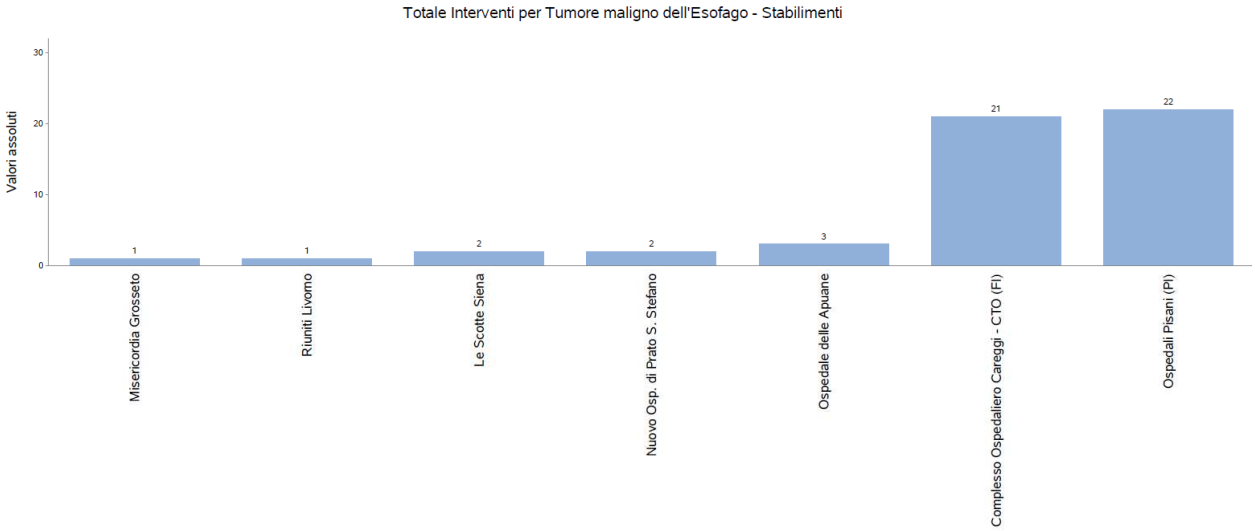
Focus sulla senologia nell'ospedale di Cecina: in linea con i contenuti condivisi nell'ambito della Breast Unit prevista a Livorno e con quanto descritto nel progetto "La riorganizzazione dei servizi sanitari delle Valli Etrusche" si conferma che, ad eccezione del primo trattamento

chirurgico delle neoplasie maligne della mammella, che deve necessariamente essere effettuato a Livorno, dove insistono attività complementari indispensabili (anatomia patologica, medicina nucleare, radioterapia), la chirurgia mammaria benigna e la parte plastico-ricostruttiva possa essere eseguita anche presso l'ospedale di Cecina. Nell'ospedale di Cecina infatti è prevista una area dedicata alla gestione della salute della donna, denominata "Area Donna", in modo da poter effettuare prevenzione, diagnosi e cura delle patologie femminili.

Azione 2: Tumori rari e complessi DGR 394-2016 (**pancreas, surrene, esofago e GIST**) Dati 2017 (fonte MeS)







I TM ricompresi nella DGR 394-2016 (pancreas, surrene, esofago e GIST) dovranno essere centralizzati presso la AOUP, con percorsi concordati e definiti a livello di Area vasta

Azione 3: centralizzazione del TM **Polmone presso l'Ospedale di Livorno**, che presenta la casistica più numerosa, come mostra la tabella di seguito, oltre a dati di esito positivi

		2016	2017
COD	*PRESIDIO*	*RICOVERI*	*RICOVERI*
09060203	SS. Giacomo e Cristoforo Massa	0	2
09061301	Riuniti Livorno	54	64
09064001	Ospedale Unico "Versilia"	0	2
09090101	Ospedali Pisani (PI)	253	292

Obiettivo 2: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA E FRATTURA DI FEMORE

Dall'analisi dei dati relativi alla produzione 2016-2017 emerge che permangono ancora situazioni in cui non si raggiungono i volumi stabiliti dalla normativa rispetto alla sede di erogazione, sebbene si sottolinea che a livello di struttura complessa il criterio è di norma soddisfatto sulla base del nuovo livello organizzativo, in quanto le strutture complesse di chirurgia generale e ortopedia sono trasversali rispetto agli stabilimenti ed ai Presidi. Ciò nonostante, là dove possibile è opportuno raggiungere gli standard anche a livello di stabilimento per risolvere possibili contestazioni a livello ministeriale. Analoghe considerazioni sul rispetto della soglie previste valgono per i privati accreditati Unica eccezione è il presidio elbano, per il quale non si ritiene possibile un aumento della casistica trattata per cui il rispetto del DM 70 2015 viene garantito dall'equipe unica con Piombino.

Azione 4: colecistectomia laparoscopica

Colecistectomia laparoscopica: almeno 100 interventi per struttura complessa

Soglia DM 70/2015: 100 interventi annui per struttura complessa

		2016	2017	AC - AP	
COD	*PRESIDIO*	*RICOVERI*	*RICOVERI*	*VOLUMI*	*%*
09020201	San Camillo	54	37	-17	*-31,48%*
09020401	M.D. Barbantini	22	30	8	*36,36%*
09023301	San Rossore	25	26	1	*4,00%*
09023401	Villa Tirrena	12	4	-8	*-66,67%*
09060101	S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	25	31	6	*24,00%*
09060102	S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	98	105	7	*7,14%*
09060203	SS. Giacomo e Cristoforo Massa	187	194	7	*3,74%*
09060301	S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	76	93	17	*22,37%*
09060302	S. Francesco Barga (LU)	1	0	-1	*-100,00%*
09060401	Ospedale San Luca	270	242	-28	*-10,37%*
09060901	S. Maria Maddalena Volterra (PI)	56	56	0	*0,00%*
09061001	F.Lotti Pontedera (PI)	226	315	89	*39,38%*
09061201	Civile Cecina (LI)	111	96	-15	*-13,51%*
09061301	Riuniti Livorno	306	285	-21	*-6,86%*
09061401	Civile Piombino (LI)	132	172	40	*30,30%*
09061501	Civile Elbano Portoferraio (LI)	24	38	14	*58,33%*
09064001	Ospedale Unico "Versilia"	261	305	44	*16,86%*
09090101	Ospedali Pisani (PI)	749	780	31	*4,14%*

Riguardo all'intervento di **colecistectomia laparoscopica** (soglia DM 70 2015 almeno 100 interventi per struttura complessa) si prevede il raggiungimento delle soglie, oltre che per gli ospedali che già ad oggi le superano, anche per gli ospedali di Pontremoli, Castelnuovo Garfagnana, Volterra. In quest'ottica gli interventi svolti nell'ospedale di Fivizzano, che non raggiunge le soglie e nel 2017 ha realizzato 31 interventi, saranno effettuati prevalentemente all'ospedale di Pontremoli. Nella struttura di Fivizzano verrà invece potenziata e rafforzata la chirurgia ambulatoriale complessa, secondo gli indirizzi regionali (DGR 932-2017). Fa eccezione il presidio Elbano, per il quale non si ritiene possibile un aumento della casistica trattata per cui il rispetto del DM 70 2015 viene garantito dall'equipe unica con Piombino.

Azione 5: Frattura di femore

Frattura di femore: soglia almeno 75 interventi per struttura complessa

Soglia DM 70/2015: 75 interventi annui per struttura complessa

		2016	2017	AC - AP	
COD	PRESIDIO	RICOVERI	RICOVERI	VOLUMI	%
09020201	San Camillo	9	5	-4	-44,44%
09020401	M.D. Barbantini	0	2	2	
09020501	Santa Zita	6	0	-6	-100,00%
09023301	San Rossore	3	2	-1	-33,33%
09023401	Villa Tirrena	19	9	-10	-52,63%
09024101	Centro S. Maria alla Pineta - F. Don Gnocchi	10	12	2	20,00%
09060101	S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	7	7	0	0,00%
09060102	S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	125	122	-3	-2,40%
09060203	SS. Giacomo e Cristoforo Massa	224	272	48	21,43%
09060301	S. Croce Castelnuovo Garf. (LU)	82	100	18	21,95%
09060302	S. Francesco Barga (LU)	0	1	1	
09060401	Ospedale San Luca	318	383	65	20,44%
09060901	S. Maria Maddalena Volterra (PI)	45	48	3	6,67%
09061001	F.Lotti Pontedera (PI)	130	154	24	18,46%
09061201	Civile Cecina (LI)	205	187	-18	-8,78%
09061301	Riuniti Livorno	405	341	-64	-15,80%
09061401	Civile Piombino (LI)	146	159	13	8,90%
09061501	Civile Elbano Portoferraio (LI)	51	46	-5	-9,80%
09064001	Ospedale Unico "Versilia"	304	359	55	18,09%
09090101	Ospedali Pisani (PI)	517	496	-21	-4,06%

Anche In questo caso gli interventi di Fivizzano saranno centralizzati su Pontremoli. D'altra parte presso l'ospedale di Fivizzano si prevede un rafforzamento della chirurgia ambulatoriale complessa, come specificato meglio successivamente

I Risultati attesi 2018-2019. Pieno rispetto delle soglie individuate a livello nazionale e regionale per mammella, pancreas, surrene, esofago, gist, colecistectomia e frattura femore **(eccetto Elba).**

La rete di Area Vasta per la Day Surgery e chirurgia ambulatoriale complessa

La **day surgery** è un modello organizzativo-assistenziale ben distinto dalla chirurgia ambulatoriale: le due attività si differenziano non solo in base alla durata della permanenza del paziente nella struttura, ma anche in base alla natura degli atti chirurgici da ricomprendervi ed alle sedi di erogazione. La chirurgia ambulatoriale include due tipologie di attività a crescente complessità strutturale, tecnologica e organizzativa: la "**chirurgia ambulatoriale semplice**" e la "**chirurgia ambulatoriale complessa**". La "chirurgia ambulatoriale semplice" consente l'effettuazione di determinati interventi che per la loro modesta complessità possono essere effettuati in regime ambulatoriale e non necessitano, in linea di massima, di esami di laboratorio o strumentali né dell'assistenza dell'anestesista.

La chirurgia ambulatoriale complessa si differenzia da quella semplice in quanto è organizzata per erogare prestazioni chirurgiche che non richiedono il ricovero e che possono comportare la somministrazione, oltre che dell'anestesia loco e/o loco regionale, anche di vari gradi di sedazione, prevedendo il coinvolgimento diretto o la presenza nella struttura dello specialista in anestesia.

Successivamente, l'evolversi delle tecniche e delle metodologie diagnostiche e cliniche ha permesso che interventi chirurgici un tempo effettuati prevalentemente in regime di ricovero diurno potessero essere eseguiti anche in regime ambulatoriale, pur mantenendo i necessari livelli di sicurezza e di qualità dell'erogazione dell'assistenza. Contestualmente sono cresciute le connesse esigenze di garantire per questa tipologia di trattamenti, uniformi ed omogenei criteri di sicurezza e qualità in campo nazionale. Il DM 70 2015 riporta specifiche indicazioni in materia di Chirurgia ambulatoriale (complessa), definendo tale attività come "la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e semi-invasive praticabili senza ricovero in anestesia topica, locale, loco-regionale e/o analgesia (fino al II grado della scala di sedazione), su pazienti accuratamente selezionati". A livello regionale sono state riviste le prestazioni chirurgiche finora eseguite solo o in gran parte in regime di ricovero diurno per le quali è ormai largamente dimostrata la possibilità di effettuazione in regime ambulatoriale, aumentando l'appropriatezza organizzativa ed evitando ricoveri inutili, secondo criteri di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché di appropriatezza clinica.

Purtroppo è noto che i tempi di attesa per gli interventi chirurgici sono spesso più lunghi di quelli previsti dalle classi di priorità e aumentano nei presidi a più alto volume di attività complessa. Se da un lato negli ospedali più grandi, con volumi di attività di urgenza e di chirurgia di medio alta complessità, l'attività a ciclo diurno presenta maggiori difficoltà di programmazione, dall'altro ci sono presidi ospedalieri minori in cui non si raggiungono valori soglia per le patologie maggiori. Questi ultimi possono divenire centro di riferimento interzonale (almeno uno per provincia) per tutte quelle prestazioni che trovano difficoltà di risposta nelle strutture a più alta intensità di cura, creando le condizioni per la strutturazione di una rete in grado di organizzare e gestire le attività laddove esistono spazi disponibili, riducendo le liste di attesa senza modificare la qualità del servizio.

La strategia aziendale è quella di strutturare un modello organizzativo unico per la Day surgery e la chirurgia ambulatoriale complessa in tutti i presidi ospedalieri di Area Vasta, con percorsi di ammissione, gestione, trattamento, dimissione e follow up analoghi, consentendo a pazienti ed operatori di " sentirsi a casa" anche in un presidio diverso da quello di riferimento. Inoltre la rete consentirà di accedere attraverso la stessa organizzazione ad attività specialistiche di esclusiva pertinenza di alcuni presidi (rad.interv, neurochirurg,chirug demat etc).

In linea con i recenti indirizzi regionali che introducono la funzione della "**Gestione Operativa**" (DGR 476-750 2018), la programmazione chirurgica sarà affidata ad un team di programmazione e prevede la declinazione in tre livelli (strategico, tattico e operativo).

Gli obiettivi

L'obiettivo generale è pertanto in **sintesi la realizzazione di una nuova organizzazione operante nell' Area Vasta Nord Ovest, in maniera integrata tra l'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana e l'Azienda Usl Toscana Nord Ovest, per la gestione del flusso di Day Surgery e Chirurgia Ambulatoriale complessa finalizzata alla riduzione delle liste di attesa, alla valorizzazione dei presidi provinciali e periferici** e alla conseguente liberazione di risorse da dedicare ai casi di patologia maggiore. Il nuovo modello gestionale pone al centro il medico chirurgo, la sua capacità di attrazione nei diversi territori, garantendo allo stesso un'organizzazione in grado di sollevare l'U.O. di afferenza dagli aspetti amministrativi, gestionali e logistici legati all'erogazione della prestazione.

Attraverso la segmentazione dei flussi, l'analisi della domanda e il bilanciamento tra domanda e offerta verrà garantita al paziente l'erogazione della prestazione chirurgica entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa, nella sede prescelta.

Gli obiettivi specifici

- ✓ Strutturazione di una unica lista di attesa di area vasta, per specialità
- ✓ Individuazione di sale operatorie dedicate con layout omogeneo
- ✓ Individuazione di un team di risorse anestesiologiche e infermieristiche dedicate e di un team di programmazione centralizzato.
- ✓ presa in carico del paziente da parte del team di programmazione nell'organizzazione di tutte le fasi del percorso chirurgico, nella gestione delle comunicazioni e degli appuntamenti relativi alla preospedalizzazione, eventuali consulenze, data di intervento e visite di follow-up.
- ✓ effettuazione degli esami di pre-ospedalizzazione, tendenzialmente da svolgere nell'arco di una unica giornata, nella sede e nella data concordata con il team di programmazione.
- ✓ Prenotazione delle visite di follow- direttamente alla dimissione

Le azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Dimensionamento dei volumi da erogare per i pazienti afferenti all'ATNO e AOUP
- ✓ Individuazione delle disponibilità di sedute operatorie e del relativo fabbisogno di risorse umane
- ✓ Coinvolgimento dei professionisti
- ✓ Omogeneizzazione del sistema di tracciabilità per il percorso di chirurgia ambulatoriale
- ✓ Sperimentazione del modello nei Presidi aziendali del Polo Nord e progressiva estensione

I Risultati attesi 2018-2019

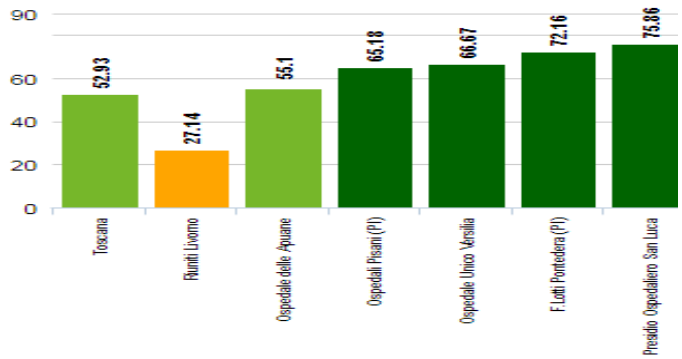
- ✓ Abbattimento delle liste di attesa
- ✓ Erogazione dell'intervento chirurgico di day surgery e chirurgia ambulatoriale complessa entro 30 giorni dall'inserimento in lista di attesa

Lo sviluppo di attività chirurgica di tipo mini-invasivo

La grande sfida della tecnologia in ambito chirurgico prevede in futuro di riuscire a portare la precisione e la tecnica oltre i "limiti dettati dalle possibilità della mano dell'uomo".
La chirurgia laparoscopica deve essere implementata ed effettuata, oltre secondo criteri di qualità, anche secondo criteri di economicità, quindi, una volta che ulteriori studi dimostreranno effettivamente la superiorità di questa tecnica, sia in termini di recupero di salute che in termini economici, la chirurgia laparoscopica potrà essere utilizzata come indicatore di efficienza del sistema. La tecnologia mini-invasiva è ormai strumento imprescindibile del chirurgo non più solo per interventi "minori", tipo colecistectomia e appendicectomia, ma anche per interventi chirurgici di oncologia maggiore, quali resezioni di colon, retto, fegato, pancreas, stomaco e intestino tenue, e asportazioni di milza, reni, surreni, ovaie, utero.
Questa metodica è di grande utilità anche per interventi chirurgici d'urgenza, quali perforazioni gastro-duodenali o intestinali, occlusioni intestinali, splenectomie come anche per interventi esplorativi con massima efficacia e minimo trauma. L'ultimo Piano Oncologico Nazionale 2011-13 specificatamente dichiara: "è auspicabile un rafforzamento dei programmi di chirurgia laparoscopica specie nei settori con evidenze scientifiche ormai accettate, come nel cancro colo-rettale, con adeguate campagne di sensibilizzazione presso gli ospedali" e continua: "sulla base di evidenze scientifiche certe si è infatti concluso che i benefici sulla qualità della vita siano tali da far ritenere la chirurgia laparoscopica colo-rettale una procedura 'cost-effective' per la quale debba essere previsto un uso di risorse del SSN con la premessa indispensabile che essa venga almeno inizialmente limitata ai chirurghi con documentata esperienza nella procedura". I maggiori costi dettati dall'utilizzo di apparecchiatura laparoscopica possono ridursi soltanto aumentando la produttività per Unità Operativa.

Aree di miglioramento
Attualmente a livello aziendale l'utilizzo della tecnologia mini-invasiva laparoscopica non è uniforme e omogeneo tra i vari Presidi Ospedalieri, per cui si registra un utilizzo maggiormente diffuso della procedura, come nell'ospedale Lucca, Pontedera e Versilia, e un utilizzo estremamente ridotto in altri, risultando un'ampia disparità di trattamento per i pazienti. Il grafico rappresenta la percentuale di interventi programmati al colon eseguiti in laparoscopia nel 2017 (fonte: Laboratorio MeS)

C5.10 Percentuale di interventi programmati al colon in laparoscopia, anno 2017



Costituire una rete, anche per la chirurgia laparoscopica può essere quindi una soluzione per ridurre la durata dell'intervento, l'insorgere delle complicanze e quindi anche la degenza.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

L'obiettivo è raggiungere nell'arco di un anno un incremento della metodica laparoscopica maggiore del 50% in particolare per la patologia colo-rettale e gastrica.

Si propone pertanto di uniformare l'applicazione della tecnologia mini-invasiva in Chirurgia Generale, utilizzando la disponibilità dei chirurghi con maggiore esperienza in questo campo a fungere da tutor presso i Centri con minor esperienza, **facendo dell'ospedale di Lucca il centro propulsore di questa metodologia**. Il tutoraggio, oltre a favorire l'equità dei trattamenti, avrà anche lo scopo di formazione dei chirurghi più giovani.

La costituzione di un équipe specializzata di chirurghi con un'esperienza di almeno cinque anni nell'utilizzo di tecniche mininvasive sarà inoltre destinata a favorire percorsi formativi per far emergere chirurghi specializzati in procedure laparoscopiche in grado di aumentare la diffusione di questa pratica clinica nell'ambito dell'ATNO, ma anche di creare percorsi virtuosi per ottimizzare risorse e risultati.

In prospettiva l'implementazione della chirurgia laparoscopica avrà anche l'effetto di estendere la metodica anche su patologie differenti da quelle colo-rettali come attualmente accade in alcuni presidi, che hanno adottato in maniera routinaria la procedura laparoscopica per buona parte della patologia addominale. Gli obiettivi sono pertanto in sintesi:

- ✓ Implementazione attività mini-invasiva presso ospedale di Livorno e Apuane, portandoli almeno al 50% per la patologia colo-rettale e gastrica
- ✓ Distribuzione della tipologia di chirurgia mini-invasiva per caratteristiche dei presidi
- ✓ Introduzione di nuova tecnologia

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Costituzione di equipe specialistica (2018)
- ✓ Differenziazione di equipe per tipologia interventi (2018)
- ✓ Aggiornamento costante attraverso corsi specifici (2018)
- ✓ Omogenizzazione DRG per la classificazione degli interventi (2018)

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ percentuale di chirurgia laparoscopica del colon-retto > 70%
- ✓ diffusione omogenea per i vari presidi
- ✓ incremento del numero di chirurghi espertizzati

Lo sviluppo della chirurgia robotica in ambito ortopedico e urologico

1)La tecnologia robotica per la protesizzazione, mono-compartimentale del ginocchio, e dell'anca

La tecnologia Mako-Plasty rappresenta probabilmente la principale innovazione tecnologica in ortopedia nell'ultimo decennio. Questa tecnologia proviene dall'esperienza statunitense dove la tecnica chirurgica con il sistema robotico Rio è stata studiata e messa a punto dal 2006. Sono stati installati 64 sistemi negli USA con un numero di interventi pari a 5.869 di cui 3.485 solamente nel 2010 con 324 chirurghi abilitati. I risultati sono molto incoraggianti: l'impianto di protesi tramite il sistema robotico è infatti tre volte più accurato rispetto alla tecnica manuale e permette un risparmio di sostanza ossea che si traduce in una duttilità maggiore della protesi stessa. Questo strumento offre al chirurgo la soluzione per il trattamento di pazienti per i quali un tempo non vi erano cure adeguate. Si riducono i tempi di recupero post-operatorio e i tempi di ricovero (2/3 giorni di ospedalizzazione complessivi). Attualmente il robot permette al chirurgo di inserire solamente protesi monocompartimentali, ovvero la sostituzione del solo compartimento malato del ginocchio (femoro-tibiale o femoro-rotuleo), ma è allo studio anche la possibilità di impianto di una protesi totale. Il robot RIO, fatta salva la necessaria esperienza e capacità individuale, permette al chirurgo di lavorare con maggiore precisione e in modo meno invasivo, garantendo al paziente migliori risultati in termini di ripresa della mobilità e controllo del dolore. In mano a un chirurgo esperto sono evidenti i vantaggi che questa attrezzatura può offrire poiché si fornisce al medico uno strumento dalla precisione straordinaria. Inoltre l'auspicata riduzione dei margini di insuccesso allarga la fascia d'età di pazienti a cui proporre una soluzione di tipo protesico. Percorso del paziente che effettuerà chirurgia protesica robotica aziendale:

- visita e inserimento in lista operatoria dedicata secondo le priorità aziendali
- preospedalizzazione nel presidio dove e' stata effettuata la vista ortopedica
- organizzazione e pianificazione degli interventi da parte dei professionisti sopra elencati
- intervento e degenza in ospedale San Luca o trasferimento almeno dopo 2-3 giorni in presidio di partenza, dimissione concordata e post operatorio con attivazione della fkt aziendale.

E' stato individuato in modo condiviso tra le Aziende AOUP e Azienda Toscana nord ovest l'Ospedale San Luca di Lucca come IL PRIMO CENTRO DI CHIRURGIA PROTESICA ORTOPEDICA ROBOTICA dell'Area vasta nord ovest.

Afferiscono a tale centro tutti i Chirurghi Ortopedici della ATNO e della AOUP, previo inserimento dei nominiativi in Ormaweb, piattaforma informatica per la gestione della sala operatoria e nell'apposito Registro Operatorio per ROBOTICA .

Obiettivi

Potranno essere effettuati interventi di **protesi d'anca e di ginocchio** da ogni equipe chirurgica che presenti come primo operatore un professionista medico ortopedico formato a tale metodica con relativo attestato. E'in fase di completamento la formazione dei chirurghi

Nella equipe chirurgica possono essere presenti medici di altri Presidi della Azienda, purché concordati tra i Direttori U.O e gli altri componenti.

Tipologia di Interventi:

PROTESI MONO-BI-COMPARTIMENTALE DI GINOCCHIO

PROTESI DI ANCA via posterolaterale, Via anteriore

PROTESI TOTALE DI GINOCCHIO in programmazione

Previsione annua concordata:
80 Protesi anca
40 Monocompartimentali Ginocchio
30 Protesi totali ginocchio

2)Gestione e sviluppo attività robotica urologica e chirurgia generale presso AOUP

Lo stato dell'arte:
L'attività di chirurgia robotica presso il centro di robotica multidisciplinare della AOUP viene svolta solo per quanto riguarda la specialistica urologica (Versilia-Lucca) da ormai oltre 5 anni con un incremento progressivo del numero di interventi che ormai supera i 100 annuali.
Pur con le limitazioni correlate agli spazi operatori ed ai letti di degenza, tale attività può essere ampliata alle altre UUOO urologiche (principalmente area Livorno essendo quella di Massa contigua alla Versilia). In questo modo praticamente l'Urologia sarebbe coperta su tutto il territorio della ASL Nordovest.
L'urologia è la branca specialistica che presenta le maggiori indicazioni ma la chirurgia robotica trova spazio in quasi tutte le specialità (chirurgia, ORL, ginecologia).
La UO Chirurgia Generale dell'Ospedale Versilia ha manifestato interesse ad iniziare tale attività per la correzione dei difetti di parete addominale. In questo modo inizierebbe una esperienza analoga all'urologia per la chirurgia generale con possibilità di ulteriori sviluppi ed inserimento di altre UU.OO e/o concentrazione della casistica.
Anche la Ginecologia la U.O. Ginecologia di Lucca è interessata ad iniziare l'attività robotica per la chirurgia oncologica e riparativa dopo adeguato training. L'auspicabile incremento dell'attività precedentemente descritta comporterà la valutazione di alcune problematiche:
- gestione degli spazi operatori e letti di degenza (con reperibilità nel caso di necessità per i pazienti ricoverati presso AOUP)
- inserimento dei pazienti in lista di attesa direttamente in AOUP (già in atto dall'Ospedale Versilia tramite VPN)
- valutazione dei costi del personale (chirurghi attualmente e in futuro possibilità per le strumentiste) da compensare nel DRG attualmente a favore dell'AOUP
- corretto flusso dei dati che attualmente comporta un aumento della casistica per l'AOUP anche per gli interventi eseguiti dal personale della ATNO

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ inserimento attività robotica urologica Ospedale Livorno
- ✓ inizio attività robotica Chirurgia Generale Versilia
- ✓ inizio attività robotica Ginecologia Lucca

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ affiancamento personale Urologia Livorno (in attesa di concorso Dirigente II Livello)
- ✓ training chirurgia generale Versilia (dicembre 2018)
- ✓ training ginecologia Lucca (dicembre 2018)
- ✓ definizione DRG (dicembre 2018)
- ✓ controllo flusso dati da AOUP per la casistica (dicembre 2018)

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ copertura pressoché completa dell'a ATNO per l'urologia
- ✓ inizio attività chirurgia generale Versilia ed eventuali ulteriori UU.OO
- ✓ inizio attività Ginecologia Lucca ed eventuali ulteriori UU.OO

La gestione delle liste di attesa chirurgiche

Il progetto è stato sviluppato su tutte le specialità chirurgiche per ciascun stabilimento Ospedaliero, al fine di individuare quelle aree a particolare complessità sulle quali, stante la situazione attuale, risulta necessario attivare percorsi e progettualità aziendali per la gestione e riduzione dei tempi di attesa.
Grazie all'implementazione della funzione di **Gestione Operativa** così come previsto dalla DGRT 476/2018, sarà possibile nella **seconda fase** del progetto, attuare ulteriori azioni in ottica di **efficientamento dell'intero sistema**.
Sulla base dei dati dell'analisi effettuata, sono state individuate:
1. Le specialità chirurgiche per le quali non si ritiene di dove attivare progetti incentivanti per la riduzione dei tempi di attesa: vi rientrano la Chirurgia Generale, la Chirurgia Senologica, la Chirurgia Vascolare, la Ginecologia, l'Otorinolaringoiatria, la Neurochirurgia e l'Urologia. Per queste specialistiche sono definite le azioni in corso legate ad una migliore tracciabilità e gestione delle liste di attesa stessa (processo di Recall) e ad un miglior utilizzo delle risorse disponibili.
2. Le specialità chirurgiche per le quali si ritiene di dover attivare progetti incentivanti per la riduzione dei tempi di attesa: vi rientrano l'**Oculistica** e l'**Ortopedia**.
Per queste sono state definite due fasi:
Fase 1: Abbattimento della numerosità della lista di attesa da mettere in atto al massimo in un arco temporale di 6 mesi;
Fase 2: Incremento della produzione al fine di ottenere il bilanciamento di flusso (offerta coincidente con domanda) da attivare al termine della prima fase.
Per quanto riguarda l'**Oculistica** risulta necessario attivare progettualità sia per l'attività ambulatoriale (interventi di cataratta) sia per quella ordinaria e di day surgery.
In particolare:

OCULISTICA AMBULATORIALE									
	FASE 1: Abbattimento liste di attesa	**Periodo temporale**	**N° interventi in aggiuntiva**	**Valutazione economica**	**FASE 2: Incremento produzione**	**Periodo temporale**	**N° interventi in aggiuntiva**	**Valutazione economica**	**TOTALE**
EX ASL 5									
PONTEDERA	Attivazione 1 seduta in istituzionale Attivazione 1 seduta aggiuntiva a settimana	6 mesi dal 01/11/2018	415	€ 373.500	\	\	\	\	€ 373.500
EX ASL 6									
CECINA	non necessario				Attivazione 2 sedute aggiuntive a settimana	Dal 01/01/2019	170	€ 153.000	€ 153.000
PIOMBINO	Attivazione 1 seduta aggiuntiva	6 mesi dal 01/11/2018	210	€ 189.000					€ 189.000
PORTOFERRAIO	Attivazione 1 seduta aggiuntiva	6 mesi dal 01/11/2018	210	€ 189.000					€ 189.000
TOTALE ASLTNO	4 sedute aggiuntive a settimana	6 mesi dal 01/11/2018	835	€ 751.500	2 sedute aggiuntive a settimana	Dal 01/01/2019	170	€ 153.000	€ 904.500

OCULISTICA ORDINARIO-DAY SURGERY									
	FASE 1: Abbattimento liste di attesa	Periodo temporale	N° interventi in aggiuntiva	Valutazione economica	FASE 2: Incremento produzione	Periodo temporale	N° interventi in aggiuntiva	Valutazione economica	TOTALE
EX ASL 6									
LIVORNO	Attivazione 1 seduta aggiuntiva a settimana	3 mesi- dal 01/11/2018	circa 60	€ 76.320					€ 76.320
TOTALE ASLTNO	1 seduta aggiuntiva a settimana	3 mesi-dal 01/11/2018	circa 60	€ 76.320					**€ 76.320**

Per quanto riguarda **l'area Ortopedica**, questa risulta essere quella che incide maggiormente sulle liste di attesa (36% sul totale delle liste di AUSLTNO) nonché quella per la quale si ha un delta significativo tra i pazienti inseriti in lista di attesa in un anno e quelli operati (30%).
Infatti:

- Su Pontedera e Livorno il delta Offerta - Domanda è pari a circa il 40% dei pazienti inseriti in lista in un anno, con la conseguenza del netto accumulo di pazienti in lista di attesa;
- Su Cecina il delta Offerta - Domanda è pari a circa il 30% dei pazienti inseriti in lista in un anno, con la conseguenza del netto accumulo di pazienti in lista di attesa;

Oltre all'azione sul processo di Recall è possibile su Pontedera e Piombino rimodulare l'attribuzione degli slot di sedute operatorie in funzione dell'entità delle liste di attesa e del delta Offerta e Domanda.

Analisi più dettagliate sulle tipologie di intervento, hanno consentito di individuare i seguenti parametri in merito all'**attività protesica**, in quanto risultante quella più impattante all'interno dell'Ortopedia:

	ORTOPEDIA-PROTESICA								
	D	O	T EROG OP	DELTA (O-D)	PZ IN LISTA	T ATTESA LISTA	VALORE SOGLIA LISTA	LISTA OK	VALORE SOGLIA DELTA (10%)
EX ASL 2	299	304	180	5	184	94	74,75	NO	2%
LUCCA	79	79	132	0	75	68	19,75	NO	0%
CASTELNUOVO	220	225	228	5	109	120	55	NO	2%
EX ASL 5	397	189	229	-208	253	189	99,25	NO	-52%
PONTEDERA	397	189	229	-208	253	189	99,25	NO	-52%
EX ASL 6	671	346	194	-325	678	231	167,75	NO	-48%
LIVORNO	420	187	238	-233	528	333	105	NO	-55%
CECINA	251	159	149	-92	150	128	62,75	NO	-37%
EX ASL 12	352	281	217	-71	293	144	88	NO	-20%
VERSILIA	352	281	217	-71	293	144	88	NO	-20%
TOTALE	**1719**	**1120**	\	**-599**	**1408**	\	**429,75**	**NO**	**-35%**

Di seguito si riassumono schematicamente le attività proposte che si ritiene utili attivare urgentemente entro il corrente anno, in attesa comunque della messa in atto di soluzioni organizzative su alcuni Presidi Ospedalieri, tra le quali l'apertura della 4° sala operatoria nel Presidio Ospedaliero di Cecina e la rimodulazione del budget per il privato accreditato:

ORTOPEDIA PROTESICA						
PRESIDIO	**ATTIVITA' ISTITUZIONALE**	**PROGETTO INCENTIVANTE**	**FASE ABBATTIMENTO LISTA PROTESI OBIETTIVO**	**START-UP**	**TOT INCREMENTO STIMATO INTERVENTI**	**VALUTAZIONE ECONOMICA**
PONTEDERA - VOLTERRA	Rimodulazione degli attuali slot di seduta operatoria di Pontedera con assegnazione alla UO Ortopedia di 2 sedute pomeridiane (martedì e giovedì). Spostamento dell'attività di minor complessità di Urologia, Otorino e Ortopedia su Volterra, in analogia a quanto già effettuato dalla Chirurgia Generale.	1 seduta operatoria mattutina sabato	100% abbattimento lista di attesa	1 novembre 2018	7-8 interventi a settimana con prevalenza protesica TOT 170-200 INTERVENTI	€ 1.866.200
LIVORNO	Rimodulazione del case mix degli interventi effettuati ampliando l'offerta protesica rispetto ad interventi di minor complessità.	1 seduta operatoria mattutina sabato	50% abbattimento lista di attesa	1 novembre 2018	7-8 interventi a settimana con prevalenza protesica TOT 170-200 INTERVENTI	€ 1.866.200
CECINA	Spostamento dell'attività a minor complessità all'Ospedale di Piombino (2 sedute)	2 sedute operatorie, 1 infrasettimanale pomeridiana e 1 mattutina sabato	100% abbattimento lista di attesa	1 novembre 2018	4-5 interventi a settimana con prevalenza protesica TOT 96-120 INTERVENTI	€ 1.119.720
VERSILIA	\	1 seduta operatoria mattutina sabato	50% abbattimento lista di attesa	1 novembre 2018	2-3 interventi a settimana con prevalenza protesica TOT 52 - 78 INTERVENTI	€ 727.818
TOTALE		**5 sedute a settimana**		**01-nov-18**	**circa 600 interventi**	**€ 5.579.938**

Si prevede dunque di attivare un totale di 5 sedute incentivanti, per un periodo di 6 mesi con start-up il 1 novembre 2018.

Seconda fase del progetto

L'attivazione della **Funzione di Gestione Operativa** come previsto dalla DGRT 476 del 02/05/2018 comporterà una pianificazione più strutturata degli asset perseguendo **l'ottimizzazione dell'utilizzo delle piattaforme produttive** mediante il monitoraggio costante dell'efficienza operativa, nonché una attenzione specifica alla gestione della lista di attesa attraverso interventi di recall al fine di manutenere il più possibile tali liste (anche attraverso incroci tra più stabilimenti).

Area Emergenza Urgenza

L' avvio del nuovo modello di Pronto Soccorso

Stato attuale

Il Pronto Soccorso è per sua natura una delle aree a maggiore complessità all'interno di una struttura ospedaliera. Negli ultimi anni il numero degli accessi in Pronto Soccorso (PS) è rimasto stabile o in leggero aumento, con una crescente prevalenza della popolazione anziana e, conseguentemente, della complessità della casistica. L'accesso al PS attualmente è gestito mediante criteri di priorità che regolamentano di fatto il tempo di attesa. La presenza di ampie fette di popolazione "fragile" (anziani, disabili, bambini, etc.) condiziona spesso le priorità di accesso, interferendo con le motivazioni puramente cliniche. La necessità di ricercare nuove soluzioni per affrontare le problematiche delle attese e di assicurare maggiore attenzione alle persone con fragilità richiede un ripensamento dell'organizzazione del PS, a partire dalla funzione di triage che deve essere attualizzata, in modo da orientare i pazienti verso percorsi interni al PS differenziati in base alla complessità clinica ed assistenziale. E'emersa sempre di più, dalle esperienze dei professionisti e dall'analisi della letteratura, la necessità di garantire una modalità di presa in carico che definisca fin dal primo contatto il percorso più idoneo per ciascun paziente, in modo tale da assicurare una gestione efficace dell'intero spettro di casistica che accede al PS, migliorare il flusso interno ed il livello di soddisfazione dell'utenza.

Nel nuovo modello organizzativo per percorsi omogenei, così come indicato nelle linee di indirizzo regionali (DGR 806/2017) il processo decisionale in ingresso integra valutazioni di priorità clinica e di complessità assistenziale per indirizzare il paziente al percorso idoneo fin dal triage e facilitare lo scorrimento dei flussi dei pazienti all'interno del PS. La maggior parte dei percorsi clinico-assistenziali può essere ricondotta a tre linee di attività a complessità crescente. A queste si aggiungono percorsi specifici per pazienti con bisogni particolari. Le tre linee di attività sono la "sede virtuale" di erogazione dei percorsi omogenei:

Diversamente dal PS organizzato per codice di priorità, nel nuovo modello, mostrato in figura, il paziente viene accolto in base al suo **bisogno clinico ed alla complessità assistenziale richiesta**:

Tab. 1 Tipologia di percorso e linea di attività

	Complessità clinico-assistenziale		
Tipologia di percorso	**Percorsi ad alta complessità**	**Percorsi a complessità intermedia**	**Percorsi a bassa complessità**
Condizioni cliniche e rischio evolutivo	Assenza/rapido deterioramento di una funzione vitale o con necessità di supporto meccanico / farmacologico ad almeno una funzione vitale	Pazienti con necessità di rapido intervento diagnostico-terapeutico	Pazienti deambulanti e/o con ridotte necessità assistenziali che non richiedono un rapido intervento diagnostico-terapeutico
Risorse	Massima e immediata disponibilità di più risorse di tipo 1	Massima disponibilità di più risorse di tipo 1 con tempistiche diverse	Fino ad un massimo di due risorse di tipo 1
Bisogni	Massima	Elevata	Bassa complessità assistenziale
Linea di attività	**Alta complessità**	**Complessità intermedia**	**Bassa complessità**

- ✓ Le risorse vengono suddivise in due tipologie delle quali solo quelle di tipo 1 entrano nella valutazione per l'identificazione del percorso. Le "risorse di tipo 1" comprendono gli esami strumentali, radiologici e di laboratorio, le consulenze specialistiche e tutte le altre prestazioni correlate ad un livello più alto di complessità e che richiedono un aumento del tempo di permanenza del paziente in PS.
- ✓ Sono invece considerate "risorse di tipo 2" tutte le attività a minore complessità o eseguite routinariamente in PS, che non determinano una variabilità organizzativa in termini di allungamento significativo del tempo di permanenza in PS.

In linea con il cambiamento del modello organizzativo è emersa l'esigenza di aggiornare anche la metodologia del triage, in modo da poter attivare direttamente direttamente i percorsi interni al PS. La nuova rappresentazione dei codici di triage prevede una numerazione crescente al decrescere della priorità. A ciascun codice di priorità corrisponde una denominazione, una definizione ed un tempo massimo di attesa raccomandato per l'avvio del percorso:

Tab. 3 Triage – Codifica di priorità e tempi massimi di attesa

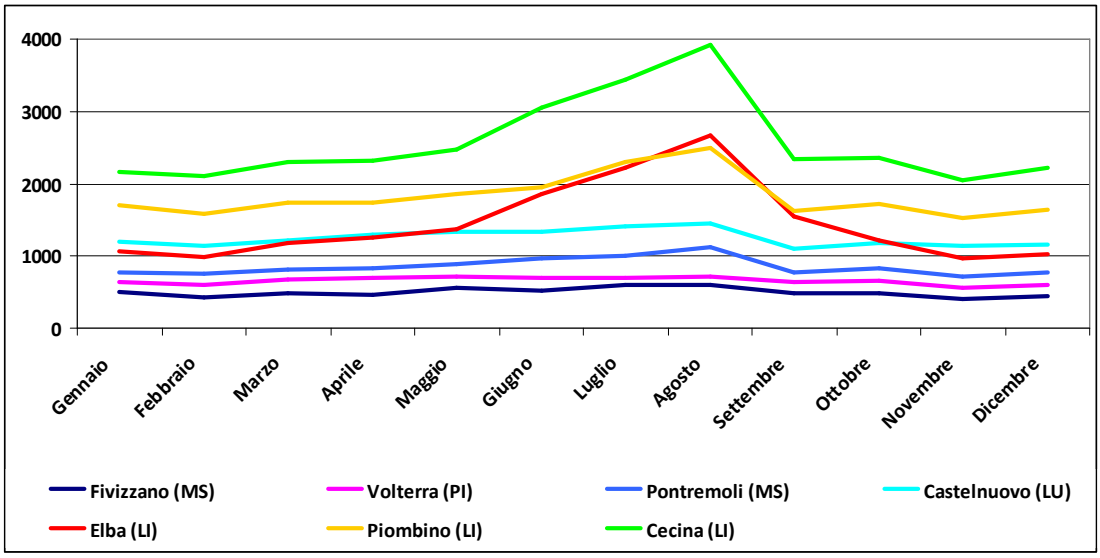
Codice di priorità	Descrizione	Definizione dettagliata	Tempo massimo di attesa
1	EMERGENZA	Assenza o rapido deterioramento di una o più funzioni vitali	Immediato
2	URGENZA INDIFFERIBILE	a) Rischio di compromissione delle funzioni vitali	Entro 15 minuti
		b) Condizione stabile con rischio evolutivo	
3	URGENZA DIFFERIBILE	Condizione stabile senza rischio evolutivo con sofferenza e ricaduta sullo stato generale che solitamente richiede più di due risorse*	Entro 60 minuti
4	URGENZA MINORE	Condizione stabile senza rischio evolutivo che solitamente richiede fino a due risorse	Entro 120 minuti
5	NON URGENZA	Condizione stabile senza rischio evolutivo, non urgente o di minima rilevanza clinica, che solitamente non richiede risorse	Entro 240 minuti

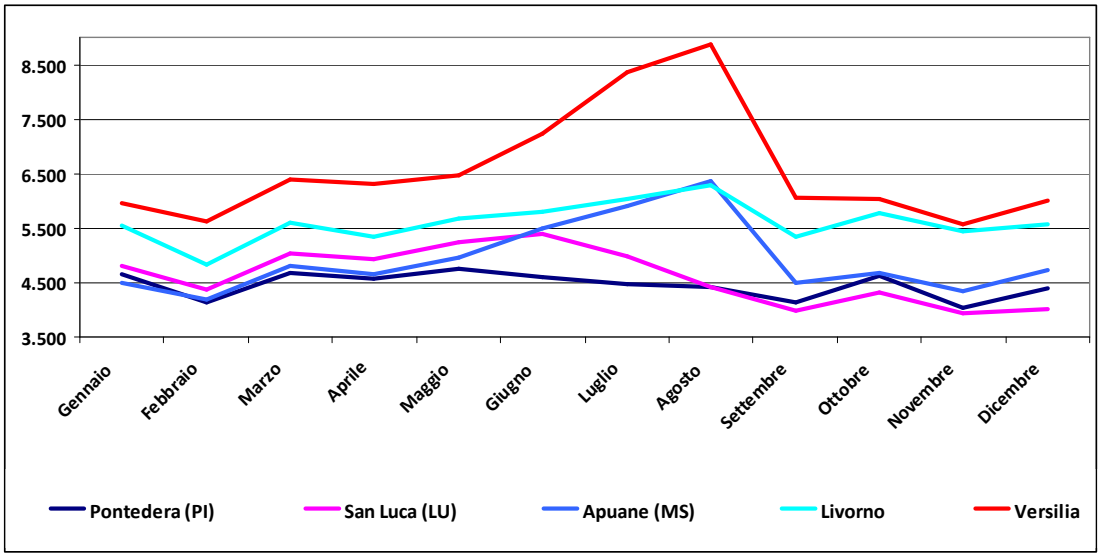
Le linee guida regionali hanno suggerito inoltre modifiche organizzative e strutturali all'interno dei PS riassumibili in:

- ✓ conferma del Triage (infermieristico: 2 unità in ospedali con accessi annui maggiori di 40.000), ma con compiti di assegnazione dei pazienti ai percorsi di assistenza, di see and treat (percorsi a gestione infermieristica)e di fast-track (percorsi dedicati ad esempio ortopedico, ginecologico etc.);
- ✓ costituzione di tre aree di intensità diversa di cura (alta, media, bassa; coadiuvate da team medico-infermieristico dedicato per ogni area: 2+2+2 unità medico ed infermiere);
- ✓ una zona di valutazione primaria rapida (costituita da un team medico-infermieristico con compiti di accelerazione del percorso sia in senso di gravità maggiore o minore);
- ✓ una zona dedicata alla presa in carico da parte del personale infermieristico che per monopatologia di bassa gravità provvederà a risolvere il caso indipendentemente da esami aggiunti e opera medica;
- ✓ vari percorsi di fast-track verso le specialistiche che avranno dedicate ore-ambulatorio e relativa diagnostica;
- ✓ istituzione di aree di attesa pre visita (età pediatrica, età avanzata e disabilità, psicosi, vittime di abusi) e di attesa post visita dedicate.
- ✓ link con strutture e servizi dedicati alla presa in carico della continuità assistenziale.
- ✓ aree di osservazione per "fine-vita" e "codice rosa"

Nella Asl Toscana nordovest insistono 12 PS (5 dei quali con accessi superiori a 50.000 pazienti all'anno) con una sostanziale variabilità di accessi dovuta alla stagione turistica. Di seguito si rappresenta la situazione degli accessi mensili e complessivi dell'anno 2017. Il dettaglio degli accessi mensili è rappresentato nei grafici successivi, suddivisi per PS con > o < 50.000 accessi

	Accessi mensili PS anno 2017												
PS	**Gennaio**	**Febbraio**	**Marzo**	**Aprile**	**Maggio**	**Giugno**	**Luglio**	**Agosto**	**Settembre**	**Ottobre**	**Novembre**	**Dicembre**	**Totale**
Fivizzano (MS)	508	429	483	458	558	523	592	608	479	474	406	453	**5.971**
Volterra (PI)	640	591	671	695	719	699	705	722	631	655	565	603	**7.896**
Pontremoli (MS)	767	763	808	831	895	959	1.003	1.114	765	836	710	774	**10.225**
Castelnuovo (LU)	1.199	1.141	1.211	1.299	1.329	1.326	1.415	1.458	1.103	1.173	1.136	1.157	**14.947**
Elba (LI)	1.070	991	1.182	1.262	1.381	1.846	2.228	2.660	1.541	1.224	960	1.018	**17.363**
Piombino (LI)	1.706	1.583	1.745	1.734	1.852	1.952	2.309	2.497	1.615	1.715	1.518	1.650	**21.876**
Cecina (LI)	2.158	2.100	2.295	2.318	2.473	3.061	3.440	3.922	2.340	2.359	2.044	2.217	**30.727**
Pontedera (PI)	4.662	4.132	4.672	4.574	4.751	4.600	4.477	4.431	4.145	4.615	4.038	4.394	**53.491**
San Luca (LU)	4.793	4.377	5.025	4.939	5.239	5.387	4.987	4.432	3.991	4.330	3.945	4.012	**55.457**
Apuane (MS)	4.507	4.178	4.792	4.663	4.970	5.504	5.912	6.357	4.497	4.669	4.334	4.736	**59.119**
Livorno	5.534	4.839	5.585	5.347	5.669	5.791	6.044	6.284	5.347	5.789	5.446	5.581	**67.256**
Versilia	5.967	5.613	6.402	6.307	6.471	7.246	8.364	8.864	6.058	6.033	5.570	5.999	**78.894**
Azienda	**33.511**	**30.737**	**34.871**	**34.427**	**36.307**	**38.894**	**41.476**	**43.349**	**32.512**	**33.872**	**30.672**	**32.594**	**423.222**





L'architettura dei PS ed il numero di accessi hanno condizionato nel tempo l'organizzazione tantoché in precedenza solo alcuni prevedevano aree di cura differenziate.
Con la delibera regionale si intende omogeneizzare i percorsi per aree di intensità almeno negli ospedali "maggiori" (così come descritto sopra) ed eventualmente riformulare i percorsi solo negli ospedali minori (zone di cura alta e medio bassa intensità in ospedali con accessi tra 40-60.000 mila e solo un'area di cura in quelli con accessi minori di 20.000 all'anno). Il triage

differenziato in accessi per autopresentazione deambulanti e ammessi con mezzo di soccorso per gli ospedali con accessi maggiori di 40.000 pazienti all'anno.
I percorsi di formazione per il personale sono in via di omogeneizzazione. Sono state predisposte procedure di presa in carico dei pazienti nei PS, in particolare per il paziente in età pediatrica, il paziente oggetto di violenza sessuale. Tali procedure erano però difformi così come erano differenti le modalità organizzative che si erano sviluppate nei diversi contesti. Differenti le modalità di segnalazione dei casi al Territorio. Le "stanze rosa" non erano presenti in tutti i P.S.

Aree di miglioramento

- ✓ Omogeneizzare le procedure esistenti: in particolare definire modalità univoche per l'accoglienza, il percorso degli esami di laboratorio, la rilevazione dei reperti, la conservazione dei campioni. Necessario definire anche procedure specifiche per alcune tipologie di vittime di violenza.
- ✓ Migliorare l'accoglienza per il Codice Rosa in alcune sedi in cui la struttura logistica non è ottimale.
- ✓ Rilevazione dei dati e trasmissione segnalazioni al Territorio
- ✓ Necessità di rinnovare la formazione sia per il turn over degli Operatori che per mantenere alta l'attenzione degli Operatori formati in precedenza
- ✓ Definizione standard di dotazione p.l. di livello 1 (subintensivi) per la Medicina d'urgenza, già presenti dei PP.OO. di Lucca e Livorno.

Gli obiettivi

- ✓ Definire modalità di triage e assegnazione dei pazienti alle aree di cura o fast-track
- ✓ Individuare aree di intensità di cura, valutazione rapida, see and treat ed aree di attesa per bisogni specifici
- ✓ promuovere la diffusione del fast-track
- ✓ provvedere ad adeguamento architettonico di minima o di massima quando possibile
- ✓ adeguare il piano formativo alle nuove linee di indirizzo
- ✓ allineamento dei Presidi con >60.000 accessi riguardo alla dotazione di P.L. sub intensivi: 4 posti letto a Viareggio e 4 a Massa.

Risultati attesi

- ✓ Attivazione aree di intensità cure
- ✓ Attivazione dei fast-track (giornalieri negli ospedali maggiori; secondo orari congrui alle presentazioni, negli ospedali minori)
- ✓ Valutazione della completezza dei referti e codici assegnati
- ✓ Rispetto dei tempi di attesa individuati a livello regionale

Il piano per il sovraffollamento al Pronto Soccorso

La Regione Toscana con DGRT 974 del 2017 ha inteso dettare le Linee di indirizzo alle Aziende Toscane per la gestione del fenomeno del sovraffollamento del Pronto Soccorso.
La letteratura scientifica relativa al sovraffollamento del PS rileva che in Europa "l'andamento della domanda è spesso prevedibile nell'arco dei diversi periodi dell'anno e della stessa giornata in base all'epidemiologia stagionale e della distribuzione circadiana degli accessi ed il fenomeno dell'iperafflusso di pazienti in Pronto Soccorso, caratterizzato da un eccessivo sovraffollamento, è pertanto un evento noto e prevedibile che, se non viene correttamente gestito, può assumere connotazioni critiche in particolare nei periodi di epidemia influenzale".
I due fenomeni che costituiscono i determinanti maggiori del sovraffollamento sono il "crowding" e il "boarding" Il crowding, è l'afflusso, inteso sia come affluenza che come permanenza dei pazienti all'interno per attività di PS. In pratica con crowding si intende il livello di occupazione dei PS generato dai pazienti che accedono e da quelli presenti che stanno effettuando l'iter diagnostico terapeutico e il "Boarding", è l'accumulo in PS dei pazienti che hanno già completato il percorso assistenziale di PS ma, per vari motivi non vengono dimessi dal PS. Causa principale del boarding è l'attesa del posto letto, prevalentemente riservata ai pazienti che aspettano un letto in area medica ma anche per i pazienti destinati al ricovero in altre aree di degenza. Il "Boarding evitabile" con strategie organizzative è stimabile fra il 30 e il 40% del volume complessivo del fenomeno
L'azienda USL Toscana Nord Ovest considerando prioritaria la risposta ai pazienti che si presentano in Pronto soccorso in situazione critica ha recepito pertanto la DGRT 974/2017 e ha predisposto un protocollo aziendale per la gestione del sovraffollamento allo scopo di definire le linee di indirizzo agli Ospedali della Rete per la gestione del sovraffollamento in PS.

Gli obiettivi

1. **Indirizzi generali agli Ospedali della Rete per la prevenzione del sovraffollamento :**

- Organizzare la funzione di bed management non limitata alle esigenze del Pronto Soccorso ma estesa a tutto il Presidio al fine di gestire anche i ricoveri non provenienti dal PS e facilitare anche le dimissioni ospedaliere.
- Fornire indicazioni alle strutture di degenza di procedere con le dimissioni anche nei giorni festivi, prefestivi e durante i ponti lunghi quando l'assenza dei MMG e PLS contribuisce all'accesso del PS;
- Implementare nei servizi territoriali modalità di accettazione dei pazienti nelle strutture extraospedaliere anche nei suddetti giorni festivi e ponti;
- Predisporre letti buffer.

2. **Azioni Preliminari sull'organizzazione ospedaliera da individuare prima del prevedibile incremento della domanda:**

In particolare:

- modulazione degli organici ed adeguata programmazione dei periodi di assenza del personale, sia in ospedale che sul territorio, che tenga conto dei possibili picchi;
- predisposizione, mediante percorsi amministrativi già perfezionati (Deliberazione aziendale), delle soluzioni organizzative necessarie ad assicurare risorse aggiuntive di personale da attivare in caso di superamento delle soglie definite: progetto approvato di attività aggiuntiva dedicata per personale medico, infermieristico e OSS :
    - Un monte ore massimo predefinito; progetto approvato di pronta disponibilità;

- eventuale assunzione 'a tempo' da graduatorie esistenti o, in caso di indisponibilità delle stesse, tramite società di lavoro interinale per il personale del comparto ecc.;

- incremento 'straordinario' di risposte di continuità ospedale territorio per le dimissioni complesse, negoziato con gli erogatori e formalizzato, da attivare solo in caso di superamento delle soglie predefinite per lo stabilimento/presidio, anche prevedendo la possibilità di accesso ai percorsi di cure intermedie da PS per specifiche situazioni cliniche;
- incremento 'straordinario' di prestazioni diagnostiche predefinite, negoziato con gli erogatori e formalizzato, da attivare in caso di superamento delle soglie predefinite;
- contratti di «noleggio temporaneo» di tecnologie sanitarie da attivare al bisogno;
- incremento straordinario di trasporti sanitari secondari programmati e urgenti differibili.
- Soluzioni organizzative ritenute idonee dalle Direzioni di Presidio nelle diverse realtà.

3. Azioni proattive sui flussi - livello ospedaliero

Comprendono interventi da predisporre in anticipo rispetto a periodi di prevedibile incremento della domanda sanitaria in urgenza

- Attivazione di percorsi straordinari o potenziamento dei percorsi esistenti di Fast Track da triage per patologie specifiche;
- Attivazione di percorsi straordinari o potenziamento dei percorsi esistenti per le urgenze con accesso diretto agli specialisti su invio del MMG per casi concordati con gli specialisti
- Attivazione di percorsi straordinari o potenziamento dei percorsi esistenti per le urgenze dedicati a specifiche patologie/gruppi di pazienti concordati con gli specialisti

4. Azioni straordinarie in presenza di situazioni critiche e risposte – Livello ospedaliero

Da attivare quando è presente almeno uno dei seguenti criteri e modulate in base al superamento di soglie specifiche per ogni stabilimento/presidio che definiscono i livelli di sovraffollamento o grave sovraffollamento :

N° di pazienti in PS/DEU in attesa di ricovero e tempi di attesa per il ricovero (N° di giorni consecutivi 4) in cui il 20-30% degli accessi giornalieri con esito ricovero in Area Medica (inclusi i pazienti in Osservazione /attesa), supera la soglia delle 16 ore di permanenza in PS.

a. Interventi a risposta **rapida** (1-3 h) possibili

1.Attivazione di postazioni aggiuntive e di personale in regime straordinario/pronta disponibilità PS/DEA

2. attivazione letti 'buffer' (identificati rispetto a soglie quantitative ed ubicazione) nei reparti di degenza non debba superare il 10% dei Posti Letto totali a disposizione del medesimo

3. Attivazione personale in regime straordinario/pronta disponibilità nei servizi/degenze coinvolte.

b. a risposta **intermedia** (1-2 gg) possibili

1. attivazione di aree ulteriori di degenza temporanea

3. ricovero in altro ospedale della Rete, previo contatto con l'ospedale e il reparto accettante per la comunicazione del caso e la verifica della reale disponibilità del posto letto

4. indirizzo alternativo dei trasporti in ambulanza (da riservare a situazioni di estrema gravità)

4. attivazione di risorse aggiuntive in PS/DEA (postazioni, personale)

5. attivazione di risorse aggiuntive nei servizi/degenze coinvolte

L'Area critica

Non esistono standard chiari che definiscano il bisogno di Posti Letto di Livello 1 rispetto alla popolazione residente. Si sa soltanto (studio START, GiViTI, Mario Negri) che i posti letto di Terapia Intensiva esistenti sono tuttavia gravati da un discreto tasso di inappropriatezza perché occupati da pazienti troppo o troppo poco gravi per essere ricoverati in terapia Intensiva. Da qui l'esigenza di investire soprattutto in letti di terapia sub intensiva integrati in modo flessibile con i letti intensivi, in modo da assicurare a tutti la migliore e più appropriata assistenza e la miglior cura per la patologia e per la sua gravità. Se standard non esistono possiamo fare qui un'analisi di come è dotata l'Area Vasta Toscana Nord Ovest, nell'intento di capire come e quanto, il bisogno di monitoraggio-cura intensivo degli abitanti dell'area vasta, sia gestito dalle Aziende Sanitarie in essa operanti.
In area vasta nord ovest sono presenti complessivamente 4312 posti letto nelle tre aziende e nelle strutture private accreditate.
I posti letto di Livello 1 per adulti (area critica, ossia: intensiva più sub intensiva) sono 328.
Di questi, 102 sono intensivi e quindi sono caratterizzati da un rapporto infermiere/pazienti di 1 a 2 e 226 sono sub intensivi con un rapporto assistenziale di 1a 4.

In sintesi nella nostra area vasta sono presenti:

- ✓ un posto letto ogni 298 abitanti
- ✓ un posto letto ordinario ogni 323 abitanti
- ✓ un posto letto sub intensivo ogni 5690 abitanti
- ✓ un posto letto intensivo ogni 12.607

La tabella seguente ne evidenzia la dislocazione.

POSTI LETTO AREA VASTA NORD OVEST									
	STRUTTURE	**POSTI LETTO**	**POSTI LETTO COMPLESSIVI LIVELLO 1**	**POSTI LETTO 1 A (INTENSIVA ADULTI)**	**POSTI LETTO INTENSIVA PEDIATRICA**	**POSTI LETTO INTENSIVA NEO NATOLOGICA**	**POSTI LETTO SUBINTENSIVA NEO NATOLOGICA**	**POSTI LETTO 1B (SUBINTENSIVA)**	**POSTI LETTO 2A (ALTA INTENSITA')**
ATNO	13 OSPEDALI	2588	142	50		0	2 (+18 liv2a)	92	24
AOUP	POLICLINICO CISANELLO. OSP. S.CHIARA	1158	172	44		8		128	
FONDAZIONE MONASTERIO	MONTE PEPE	65	8	8	4	2			
	SAN CATALDO	65	6					6	
PRIVATO ACCREDITATO	VARIE STRUTTURE	436	0			0			
totali		4312	328	102	4	10	2	226	24

ab/pl	298,2
ab/pl intensivi	12607,8
ab/pl sub intensivi	5690,3
ab/pl Livello1	3920,7

Di seguito è rappresentato il quadro di dettaglio per la Azienda Usl Toscana nord ovest:

AZIENDA SANITARIA TOSCANA NORD OVEST											
	Intensiva	**Sub intensiva an. rianimazione**	**sub intensiva cardiologica**	**Sub intensiva neurologica**	**Sub intensiva pneumologica**	**Sub intensiva med. Urgenza**	**TOTALE P.L. Livello 1**	**P.L. 2a Chirurgici**	**P.L. 2a Medici**	**TOTALE P.L. Livello 1-2a**	
OSPEDALE APUANO	10	8	9	1	2		30			30	34
OSPEDALE DI PONTREMOLI	4						4			4	
OSPEDALE DI LUCCA	8	4	10	2	4	4	32			32	32
OSPEDALE VERSILIA	6	4	4				14	4	12	30	30
OSPEDALE DI PONTEDERA	6	4	8				18			18	18
OSPEDALE DI LIVORNO	10	4 (+4)	8			4	22	4	4	30	30
OSPEDALE DI CECINA	4		4				8			8	18
OSPEDALE DI PIOMBINO	2	4	4				10			10	

Aree di miglioramento

La distribuzione dei posti letto di Area Critica, all'interno della ATNO, non è uniforme e vede due situazioni di minor copertura nei Presidi di Versilia e di Livorno. In ambedue gli Ospedali la dotazione complessiva di letti critici si avvicina al valore degli altri Presidi provinciali solo se si considerano i letti di Livello 2A, ossia "letti di alta intensità" medica o chirurgica con un rapporto infermiere/pazienti di 1 a 6. La situazione di Livorno, tuttavia, è quella che necessita di un intervento più urgente, dal momento che senza gli otto posti di alta intensità, i letti di area critica sono solo 22 per un ospedale che, rispetto agli altri, è gravato da una attività chirurgica ultra specialistica (Vascolare, Toracica e Neurochirurgica)

Gli obiettivi specifici:

Per questi motivi si prevede di **aumentare a Livorno i posti letto all'interno della Terapia Intensiva** al 2° piano del 15° padiglione. I lavori sono da poco terminati e quindi quattro nuovi posti letto di Area Critica potranno essere presto disponibili nel momento in cui sarà adeguato l'asset del personale necessario.

L'apertura dei 4 posti letto necessita della copertura di un turno infermieristico h24 considerando sub intensivo il nuovo setting. Necessaria è anche la copertura di almeno 12 ore/medico, da utilizzare per la guardia notturna dal momento che l'organizzazione attuale, con due soli medici presenti la notte, non garantisce l'effettuazione della guardia per il punto nascita, le urgenze anestesiologiche in sala operatoria e la gestione di un reparto intensivo-sub-intensivo per complessivi 18 posti letto. Per tale motivo si rende necessaria l'integrazione del team medico con almeno 3 unità.

Materno Infantile

La riorganizzazione della rete dei punti nascita

Lo stato dell'arte:

In Toscana, a partire dal 2009 si è registrata una progressiva riduzione del numero dei nati passando dai 32.380 nati di quell'anno ai 26.092 del 2017 con un decremento del 19%. I punti nascita della Area vasta nord ovest sono 10. Dai dati ARS, in ATNO nel 2017 sono nati 6.901 neonati su 26.092 in Regione Toscana.

Punti nascita AV Nord Ovest	Nati 2016	Nati 2017
Massa *	1.557	1.543
Lucca	1.072	1.012
Barga (LU)	297	276
Pontedera (PI)	931	828
Livorno	958	965
Cecina (LI)	613	589
Portoferraio (LI)	180	176
Piombino (LI)	283	308
Versilia (LU)	1.235	1.204
AOU - Pisa	1.958	1.966
San Rossore (PI)	*18*	*9*
Totale AV	9.102	8.876

* compresi i parti effettuati c/o Fondazione Monasterio

Nella area vasta nord ovest c'è un numero maggiore di punti nascita rispetto alla popolazione: il rapporto abitanti/punti nascita risulta infatti più alto rispetto alle altre aree vaste (area vasta AVNO un punto nascita ogni 127.781 ab.; AVSE un punto nascita ogni 139.293 ab.; AVCE un punto nascita ogni 203.496 ab.).

I LIVELLI ASSISTENZIALI IN NEONATOLOGIA E OSTETRICIA

L'attuale organizzazione e classificazione dei punti nascita della Regione Toscana

- ✓ presenta una natimortalità estremamente bassa sia rispetto all'ambito nazionale che internazionale e pari a 2.2/1000 nati
- ✓ si avvale un servizio di trasporto protetto neonatale (TPN)
- ✓ viene monitorata nella sua efficienza mediante l'archivio "TIN Toscane online", l'Archivio dei trasporti protetti neonatali", con la valutazione di indici di *outcome* neonatale quali la "sofferenza neonatale grave" e la percentuale di ricovero neonatale nei sette giorni dopo la dimissione del neonato sano, a cura del Laboratorio MeS.

In base a tali premesse la rete Pediatrica Toscana ha ridefinito i livelli assistenziali come segue:

Livello	Neonati	Ospedali
1° Livello Base	Neonati sani e patologici $\geq 34^{+0}$ SG, o $\geq 35^{+0}$ SG nei punti nascita in deroga* o laddove esistano indicazioni delle Direzioni Sanitarie locali	Cecina (LI), Barga* (LU), Piombino* (LI), Portoferraio* (LI)
1° Livello Avanzato	Neonati sani e patologici $\geq 32^{+0}$ SG e PN >1500 g che non richiedano ricovero in TIN	Massa, Lucca, Pontedera (PI), Livorno
2° Livello Base	Neonati sani e patologici $\geq 29^{+0}$ SG e PN >1000 g; VM, CVC.	Versilia (LU)
2° Livello Avanzato	Neonati sani e patologici anche <29 SG e PN $\leq$ 1000 g	*AOUP*, *Fondazione Monasterio*

*punti nascita che transitoriamente non presentano tutti i requisiti previsti dall'Accordo Stato/Regioni 16.12.2010.
In *corsivo* altri presidi pubblici dell'AV Nord Ovest

Questa organizzazione prevede che:

- ✓ i posti letto dedicati all'assistenza dei neonati patologici negli ospedali di 1° Livello siano denominati uniformemente "Patologia neonatale", riservando la denominazione "Sub-Intensiva Neonatale" agli ospedali di 2° Livello, che sono sede anche di TIN.
- ✓ in tutti i punti nascita dovrà essere presente un Pediatra H24 essendo inoltre auspicabile anche la previsione di un Pediatra in pronta disponibilità notturna, come specificamente previsto dal citato accordo Stato Regioni pubblicato sulla G.U. del 18.1.2011 su "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*".
- ✓ in tutti i punti nascita di 1° Livello Avanzato [Massa, Lucca, Pontedera, Livorno] oltre ad un Pediatra presente H24 dovrà essere previsto un Pediatra in pronta disponibilità notturna;
- ✓ in tutti i punti nascita di 2° Livello Base [Versilia] dovrà essere presente un Neonatologo dedicato H24.
- ✓ Per quanto riguarda la dotazione ostetrica si prevede la presenza di almeno 2 ostetriche h24 per i punti nascita in deroga

IL SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE PROTETTO (TPN)

Premessa

Il trasporto protetto neonatale (TPN) è così definito dalla normativa regionale (atti deliberativi n. 181 del 1994 e n 178 del 1994) in quanto finalizzato non solo al trasporto primario non differibile da un punto nascita ad un centro adeguato alle esigenze cliniche, ma anche al trasporto ordinario differibile, quale il back transport o il trasferimento per esecuzione di prestazioni strumentali: garantire quindi in sicurezza, col giusto corredo strumentale e di personale, il trasferimento di un
neonato comunque a rischio.

Sono garantiti i TPN: per i nati a termine ($\geq 37^{+0}$ settimane) nel periodo compreso fra la nascita e il compimento del 28° giorno di vita; per i nati pretermine nel periodo compreso tra la nascita e le 44 settimane postconcezionali; in ogni caso per i pazienti degenti in terapia intensiva neonatale dalla nascita purché di dimensioni compatibili con le attrezzature utilizzate per TPN.

Inoltre nei protocolli sono state declinate le seguenti tematiche:

a) l'individuazione di un responsabile gestionale del TPN e suoi compiti

b) le modalità di attivazione dei trasporti

c)la tracciabilità delle consegne effettuate tra gli operatori attraverso la compilazione di opportuna documentazione clinica

d)la decisione della sede di destinazione compete al medico che effettua il TPN

e) il monitoraggio dei trasporti effettuati.

Organizzazione

Il TPN della Regione Toscana è organizzato per Aree Vaste, con una centrale per AV a cui fanno riferimento i punti nascita di pertinenza. Per l'AV Nord Ovest sono coinvolti i seguenti punti nascita: Azienda Ospedaliero Universitaria Pisa; Fondazione Monasterio - Ospedale del Cuore "G. Pasquinucci", Massa; Ospedale San Francesco di Barga; Ospedale di Portoferraio; Ospedale di Cecina; Ospedale Versilia, Lido di Camaiore; Ospedale di Lucca; Ospedale di Pontedera; Ospedale di Piombino; Ospedale di Livorno; Ospedale Apuane, Massa.

La gestione del TPN dell'AV Nord Ovest è affidata all'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisa (U.O. Neonatologia), che garantisce l'organizzazione e la gestione delle attività professionali

relative al TPN e la responsabilità gestionale, organizzativa e professionale assegnandola formalmente a un proprio Dirigente Medico.

Per il buon funzionamento del TPN, è necessario garantire il monitoraggio costante della disponibilità dei posti letto neonatologici ed ostetrici di tutta la Regione mediante l'attivazione di un sistema informativo unico web-based aggiornato in tempo reale alimentato dai servizi di accettazione di tutti i punti delle Rete Clinica della Neonatologia.

Il TPN è attivabile 24h/24h; la richiesta d'intervento avviene tramite chiamata telefonica al numero dedicato del TPN per l'AVNO presso al AOUP e invio di fax, eseguita dal medico (pediatra e/o neonatologo) del centro trasferente a nascita avvenuta.

Nei casi di **trasporto ordinario differibile** (back transport, trasporto andata/ritorno, trasporto programmabile) riguardanti i punti nascita sulla terraferma, il centro richiedente concorda la disponibilità del mezzo avvisando telefonicamente la Centrale Operativa del Servizio di Urgenza Emergenza 118, che contatterà la centrale operativa TPN, che provvederà a coordinare le attività, garantendo la disponibilità di un'ambulanza attrezzata per l'espletamento del servizio. I centri richiedenti provvederanno al trasferimento secondo autonome modalità organizzative, utilizzando proprio personale medico e/o infermieristico e provvedendo ai presidi e farmaci eventualmente necessari.

IL SERVIZIO DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO (STAM)

La gravidanza e il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile e con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato. E' quindi necessario garantire l'organizzazione di un Servizio di trasporto Assistito Materno (STAM) interospedaliero basata sul collegamento funzionale tra le strutture territoriali, le strutture di ricovero ed il Servizio di Urgenza Emergenza 118 con le seguenti finalità:

- ✓ trasferimento di gestanti a rischio di parto pretermine presso centri di Cure Ostetriche dotati di Terapia Intensiva Neonatale
- ✓ trasferimento di gestanti in centro di Cure di livello adeguato ad assicurare loro il necessario trattamento a causa di condizioni patologiche materne non gestibili presso il centro di cura trasferente
- ✓ trasferimento di gestanti in vicinanza del parto per eventuale carenza di posti letto conseguente ad iperafflusso

Come già ricordato sopra, a supporto del personale di tutti i servizi che vengono coinvolti dalla gestione di un trasferimento materno (Ostetricie, Pediatrie/Neonatologie e C.O.118) è auspicabile l'istituzione di un sistema informatico web-based che consenta di monitorare la situazione di occupazione dei posti letto di Ostetricia e Terapia Intensiva/ Sub-intensiva/Patologia neonatale in ciascun Punto Nascita, aggiornato in tempo reale alimentato dai servizi di accettazione di tutti i punti delle Rete Clinica della Neonatologia.

I sistemi di trasferimento materno e neonatale, a livello regionale, devono essere pianificati e realizzati in modo da fungere da cerniera di collegamento tra punti nascita di I Livello e centri di II livello, seguendo il modello organizzativo Hub e Spoke, considerato a livello internazionale come il sistema più efficace per garantire appropriatezza, sicurezza, efficacia ed efficienza dell'assistenza perinatale.

Presupposto fondamentale per una corretta e funzionale organizzazione del sistema di trasporto assistito della madre e in emergenza del neonato rimane, comunque, il corretto inquadramento del livello di rischio della gravidanza in relazione sia alla madre che al feto, in

modo da indirizzare, in tempo utile e in modo elettivo, le gravidanze che si evidenziano come patologiche nel decorso o in seguito a controlli ambulatoriali verso strutture con elevati livelli assistenziali, in grado di monitorare adeguatamente il periodo della gestazione e di intervenire in situazioni di emergenza/urgenza materne e neonatali con le tecnologie e il personale adeguati.

A questo proposito i Punti Nascita di I Livello Base dell'Area Nord Ovest si sono dotati di protocolli operativi che, tenendo conto delle specifiche realtà del Punto Nascita, mirano ad individuare e gestire, anche attraverso l'istituzione di specifici Ambulatori per la gravidanza a rischio, le gestanti potenzialmente a rischio, così da definirne per tempo, quando possibile, l'appropriata sede di espletamento del parto, riducendo il ricorso al trasferimento assistito materno in urgenza/emergenza.

La Rete dei Punti nascita della Regione Toscana

I Punti Nascita presenti nella Regione Toscana sono articolati su diversi livelli assistenziali come già definito. In caso di necessità di trasferimento di una gestante a rischio di parto pretermine si devono pertanto tenere presenti le seguenti indicazioni:

1. i centri che hanno la necessità di eseguire il trasferimento di una gestante a rischio di parto pretermine la cui gravidanza è >= 32 SG e con PN atteso > 1500 gr possono indirizzarla presso i centri di I livello avanzato (Ospedale di Lucca; Ospedale di Pontedera; Ospedale di Livorno; Ospedale di Massa) oppure II livello base (Ospedale della Versilia) o Avanzato (AOUP) dell'Area Nord Ovest (AV NO)
2. i centri che hanno la necessita di eseguire il trasferimento di una gestante a rischio di parto pretermine la cui gravidanza è > 29 SG e con PN atteso > 1000 gr possono indirizzarla presso i centri di II Livello Base (Ospedale della Versilia) o avanzato (AOUP) dell'AV NO
3. i centri che hanno la necessità di eseguire il trasferimento di una gestante a a rischio di parto pretermine la cui gravidanza è < 29 SG e con PN atteso <= 1000 gr devono indirizzarla presso i centri di II Livello Avanzato dell'AV di riferimento (AOUP)
4. in caso di saturazione dei posti letto in area vasta o in Regione vengono previste alternative.

Compito del Punto Nascita trasferente (Spoke) è:

- ✓ effettuare la diagnosi delle condizioni o patologie materno-fetali che richiedono il trasferimento in utero del feto da strutture di I Livello (Spoke) a strutture riceventi (Hub)
- ✓ valutare le condizioni della gestante e del feto
- ✓ mettere in atto le misure idonee a stabilizzare le condizioni della gestante (eventuale terapia tocolitica, terapia antiipertensiva, terapia antibiotica, etc.)
- ✓ coordinarsi con il ginecologo dell'UO ricevente al fine di assicurare una continuità di cura
- ✓ rendere disponibile la documentazione clinica che deve accompagnare la madre o il neonato in modo che la struttura ricevente abbia a disposizione dati clinici completi ed esaustivi, indispensabili per una corretta assistenza.
- ✓ attivare il servizio di emergenza-urgenza 118
- ✓ raccogliere il consenso informato della gestante al trasferimento
- ✓ qualora le condizioni della gestante o del feto non rendano possibile il trasferimento, organizzare l'assistenza in loco e predisporre l'attivazione dello STEN

Il centro Hub di riferimento ha il compito di accogliere la madre o il neonato provenienti dai centri Spoke o, in assenza di posto disponibile, reperire una unità ostetrica di II livello o una UTIN in grado di riceverli.

Il trasferimento della madre o del neonato presso altre strutture costituisce sempre per la donna stessa e/o per la famiglia una fonte di ansia e di disagio psicologico, oltre a determinare problematiche di tipo logistico, economico, lavorativo. A tal fine è necessario che i professionisti rendano partecipe la madre, nel caso di trasferimento ante partum, o questa e i familiari se il trasferimento riguarda il neonato, delle motivazioni per cui viene attivato tale trasferimento, fornendo informazioni dettagliate ed esaustive della situazione clinica che ne ha determinato la necessità, chiarendone i rischi ma anche i benefici.
Considerando che le modalità di trasporto e i tempi minimi di attivazione dello STAM sono ampiamente determinati dalla distanza tra ospedali, dalle condizioni orografiche e meteorologiche, dalle condizioni del paziente e dalle apparecchiature disponibili nei veicoli dedicati al trasporto, si rimanda ad una successiva valutazione la tipologia, i ruoli, la competenza del personale che accompagna la madre e/o il neonato nel trasferimento (in funzione della complessità dell'assistenza richiesta durante il trasporto) e l'equipaggiamento necessario al trasporto perinatale in sicurezza, cioè la tipologia e la disponibilità di adeguate attrezzature per il monitoraggio, la rianimazione e il supporto della madre e del neonato.
E' auspicabile che, qualora il rischio di parto pretermine sia stato superato, le gestanti non dimissibili siano inviate o re-inviate all'ospedale competente più vicino alla sua residenza.

Aree di miglioramento per i punti nascita in deroga, con un numero di parti inferiore a 500: focus sulla zona Bassa Val di Cecina - Val di Cornia

Relativamente al rispetto degli standard e dei requisiti previsti dall'Accordo Stato-Regioni 16/12/2010 per le U.O. di Ostetricia e Neonatologia, nel caso dei Punti Nascita con numero di parti inferiori a 500/anno, l'Azienda Usl Toscana nord ovest ha inoltrato nel 2017 richiesta di deroga al Ministero della Salute per i punti nascita di Barga, Piombino e Portoferraio.
Nel mese di agosto 2018 la Regione Toscana ha comunicato alla Azienda il parere favorevole del Ministero della Salute, pur con alcune raccomandazioni, alla persistenza del punto nascita di Barga e del punto nascita di Portoferraio, per i quali è stata riconosciuta la condizione di "disagio orografico". Per Portoferraio in particolare, sono riportate alcune condizioni sul reperimento delle figure professionali carenti.
Per quanto riguarda invece l'ospedale di Piombino, il Ministero, in applicazione della normativa di riferimento, ha espresso parere sfavorevole per l'autorizzazione del punto nascita. E'opportuno precisare che la Regione Toscana, avendo recepito l'istanza della Conferenza Zonale dei Sindaci, ha inoltrato al Ministero della Salute una ulteriore richiesta di riesame del parere espresso.
Il Ministero ha inoltre fornito raccomandazioni per la "fase ponte" di chiusura del punto nascita affinché l'assistenza alle donne in gravidanza venga organizzata con procedure e indicazioni volte ad indirizzare l'utenza, sia in ordinario che in emergenza, verso punti nascita che garantiscano il rispetto degli standard. Ha dato inoltre indicazioni affinché vengano predisposti PDTA che tengano conto del nuovo modello organizzativo della rete dei punti nascita e prevedano una forte interazione/integrazione tra i servizi territoriali (ambulatori/consultori) dell'area di Piombino e i punti nascita attivi a cui indirizzare le donne. In particolare è stato richiesto il potenziamento dell'attività territoriale svolta dai consultori destinata alle donne in gravidanza e alla fase post partum.
Nel caso quindi fosse imposto dal livello nazionale, con la chiusura del punto nascita, a Piombino resterebbero tutte le attività consultoriali pre e post gravidanza, della diagnostica prenatale (bi-test, amniocentesi, ecografie ostetriche….) e specialistica ostetrica e ginecologica (IVG, screening di secondo livello, isteroscopie, colposcopie, laparoscopie etc) che non prevedono ricovero ordinario, perdendo solo ed esclusivamente la possibilità di effettuare l'evento parto, che sarebbe svolto a Cecina. In particolare per le attività ostetriche si punterà ad

ottimizzare i percorsi assistenziali e l'integrazione ospedale-territorio, per erogare prestazioni di elevato livello qualitativo, minimizzando il più possibile i disagi logistici per le donne.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Potenziamento della rete, con l'applicazione di protocolli che consentano di identificare il rischio di gravidanza e consentano di indirizzare le donne nei punti nascita più appropriati. Nella ipotesi di chiusura del punto nascita di Piombino si rileva la necessità di strutturare progetti di riorganizzazione e potenziamento delle attività ostetriche ginecologiche e pediatriche, territoriali ed ospedaliere
- ✓ Razionalizzazione e potenziamento della rete consultoriale per una migliore presa in carico durante il percorso in gravidanza nella neo costituita zona della Bassa Val di Cecina-Val di Cornia
- ✓ Attivazione per le donne in gravidanza di protocolli e procedure necessarie per individuare precocemente il livello e le cause di rischio medio-alto, in modo da programmare l'invio del caso al presidio ospedaliero idoneo a garantire il livello di sicurezza adeguato rispetto alla complessità
- ✓ Istituzione di una rete ospedale-territorio nella nuova zona

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ I professionisti medici operanti a Piombino si integreranno con léquipe di Cecina sia per gli interventi ginecologici maggiori sia per favorire la presenza degli stessi nel percorso della gravidanza
- ✓ Istituire presso l'ospedale di Piombino un Punto Informativo/Accoglienza ostetrica almeno 5 giorni alla settimana mattina e pomeriggio
- ✓ Applicare il protocollo condiviso che prevede la necessità di effettuare il parto solo oltre la 35 settimana di gestazione nelle donne con gravidanza a basso rischio nei punti nascita in deroga rispetto agli standard previsti a livello nazionale (DM70-2015)
- ✓ Attivare percorsi assistenziali in ambito ostetrico e ginecologico da indirizzare ai servizi ambulatoriali dell'ospedale di Piombino o alla struttura più idonea in base alla complessità del caso

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Parti in punti nascita in deroga <35 settimane di gestazione =0
- ✓ Parti in punti nascita in deroga >35 settimane di gestazione a medio e alto rischio=0

La rete pediatrica ambulatoriale

Lo stato dell'arte

Tutti i reparti svolgono un'attività ambulatoriale in parte per prestazioni urgenti, in parte indirizzata in alcuni settori sub specialistici. L'articolazione organizzativa con cui a suo tempo si erano strutturati i vari reparti era quella proposta nel Progetto Obiettivo Materno Infantile pubblicato sulla GU maggio 2000, che nel definire come dovevano essere strutturati i Reparti di pediatria, relativamente all'attività ambulatoriale indicava la presenza di almeno 5 ambulatori subspecialistici su 13 attività riportate nel documento. Il numero di prestazioni ambulatoriali è fondamentalmente abbastanza omogeneo nelle varie realtà, con l'eccezione della Versilia che ha un PS pediatrico strutturato, gestito totalmente da personale afferente all'area materno infantile, che per questo motivo effettua un volume di attività notevolmente superiore agli altri. Anche per l'attività ambulatoriale si sottolinea l'incremento di attività nei mesi estivi, che comporta carichi organizzativi pesanti.

Prestazioni in urgenza

Per quanto riguarda l'organizzazione delle attività per le condizioni di urgenza, si rimanda all'organizzazione regionale, approvata solo pochi mesi fa dagli organi direttivi della Rete Pediatrica (vedi delibera) e che prevede la distinzione dei percorsi per l'urgenza in:

- ✓ *Pronto Soccorso con percorso pediatrico di base*
- ✓ *Pronto Soccorso con percorso pediatrico integrato (preferibilmente con fast track)*
- ✓ *Pronto Soccorso pediatrico*

Pronto soccorso con percorso pediatrico di base: si realizza in presidi ospedalieri di base, dotati di PS, o presidi di 1 livello con DEA di 1 livello, senza UO di Pediatria. In queste strutture deve essere assicurato il primo intervento, la stabilizzazione e l'eventuale trasferimento (nella nostra realtà Fivizzano, Pontremoli, Volterra Piombino*)

Pronto soccorso con percorso pediatrico integrato: si realizza in presidi ospedalieri dotati di DEA di 1 livello e di UO Pediatria. In queste strutture, funzionalmente collegate al PS generale, deve essere assicurata la stabilizzazione clinica e terapeutica immediata e l'eventuale successivo trasferimento per patologie complesse o che richiedono un più alto livello di specializzazione (Massa, Livorno, Lucca, Pontedera, Cecina, Castelnuovo, Portoferraio, Piombino*).

Pronto soccorso pediatrico: collocato presso DEA di 1 livello o presso DEA di 2 livello nei quali deve essere identificata nel PS un'area dedicata ai pazienti pediatrici con triage pediatrico autonomo e presa in carico diretta del personale pediatrico delle patologie mediche e chirurgiche a media e alta intensità di cura. In questi presidi ospedalieri deve essere presente una UO Pediatria e una terapia intensiva nella quale sia possibile dare una risposta idonea al paziente pediatrico (Versilia)

*collegato alla presenza o meno della pediatria

Di seguito si rappresenta la tabella tratta dal documento approvato dall'AOU Meyer nell'ambito della rete pediatrica regionale

Presidi AV nord ovest	SITUAZIONE ATTUALE				Parametri rilevati			MODELLO ORGANIZZATIVO APPROVATO		
	PS pediatrico	UO pediatria	Pediatra h 24 dedicato PS	Distanza da PS Pediatrico più vicino min (km)^	Bacino utenza	Superficie (kmq)	Accessi 2015	Modello Organizzativo	Distanza da PS Pediatrico più vicino min (km)^	Distanza da DEA Pediatrico II Livello min (km)^
Fivizzano (MS)	no	si	no	59 (74)			-	PB	59 (74)	116 (162)
Pontremoli (MS)	no	si	no	51 (78)			1.236	PB	51 (78)	107 (166)
Massa (MS)	no	si	no	19 (26)			7077*	PP	19 (26)	78 (116)
Lucca (LU)	no	si	no	35 (23)			8.533	PP	35 (23)	57 (71)
Volterra (PI)	no	si	no	74 (71)			731	PB	58 (50) ***	86 (88)
Pontedera (PI)	no	si	no	33 (34)			11.402	PP	33 (34)	53 (63)
Cecina (LI)	no	si	no	42 (60)	1.200.000	6.389,9	4.390	PP	42 (60)	84 (116)
Portoferraio (LI)	no	si	no	150 (105)			3.713	PP	150 (105)	214 (193)
Piombino (LI)	no	si	no	78 (111)			2.949	PB	53 (77) ***	118 (166)
Livorno (LI)	no	si	no	27 (25)			10.837	PP	27 (25)	75 (93)
Versilia (LU)	si	si	si	-			15.029	PSP	-	66 (97)
Casteln. Garf. (LU)	no	no	no	74 (51)			1139**	PP	74 (51)	99 (113)
AOU Pisa (PI)	si	si	si	-			13.398	PSP	-	73 (97)

PB: Pronto Soccorso con Percorso Pediatrico di Base PP: Pronto Soccorso con Percorso Pediatrico Integrato

Per quanto concerne gli indirizzi sub specialistici sviluppati nei vari reparti, alcuni sono trasversali e si riferiscono ad attività che potrebbero essere definite "di base" e devono essere presenti praticamente in tutte le strutture, visto la consistenza numerica e il tipo di prestazione offerta.

Si possono considerare tali:

- follow-up del neonato a rischio, anche in collaborazione con neuropsichiatri e fisioterapisti
- ecografia nei suoi vari indirizzi (transfontanellare, renale/addominale, anche): per la diagnosi ecografica, sia per pazienti esterni che per valutazioni ambulatoriali, i reparti sono praticamente autonomi, con carichi di lavoro importanti
- allergologia
- broncopneumologia

Nella tabella seguente vengono elencate le prestazioni offerte nelle varie sedi.

Prestazioni ambulatoriali programmate

Attività ambulatoriali	Massa	Lucca	Pontedera	Livorno	Viareggio	Zona sud Cecina, Piombino, Portoferraio
Endocrinologia:	Centro di Riferimento Regionale abilitato alla prescrizione dell'ormone somatotropo GH, come da delibera n. 712 25/08/2014)	Centro di Riferimento Regionale abilitato alla prescrizione dell'ormone somatotropo GH, come da delibera n. 712 25/08/2014)	Centro di diagnosi e certificazione per S. di Turner.	Attività endocrinologica di base	Attività Endocrinologica di base	Attività endocrinologica di base
Gastroenterologia	Centro autorizzato alla diagnosi, certificazione, cura della malattia celiaca, inserito nel Registro delle Malattie rare della Regione Toscana	Centro autorizzato alla diagnosi, certificazione, cura della malattia celiaca, inserito nel Registro delle Malattie rare della Regione Toscana	Centro autorizzato alla diagnosi, certificazione, cura della malattia celiaca, inserito nel Registro delle Malattie rare della Regione Toscana	Attiivtà gastroenetrologica di base	Centro autorizzato alla diagnosi, certificazione, cura della malattia celiaca, inserito nel Registro delle Malattie rare della Regione Toscana.	Attiivtà gastroenetrologica di base
Diabetologia	Gestione anche della fase acuta di scompenso (chetoacidosi) oltreché ambulatoriale	Geatione anche della fase acuta di sscompenso (chetacidosi) oltreché ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Centro multizonale riconosciuto dalla Regione Toscana	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale in collegamento con Livorno
Allergologia e Broncopneumologia	spirometrie, misurazione delle resistenze polmonari, con metodologia RINT, test di broncodilatazione con metacolina, misurazione dell'NO	spirometrie, misurazione delle resistenze polmonari, con metodologia RINT, test di broncodilatazione con metacolina, misurazione dell'NO	spirometrie, misurazione delle resistenze polmonari, con metodologia RINT, test di broncodilatazione con metacolina, misurazione dell'NO	spirometrie, misurazione delle resistenze polmonari, con metodologia RINT, test di broncodilatazione con metacolina, misurazione dell'NO	broncopneumologia	spirometrie, misurazione delle resistenze polmonari, con metodologia RINT, test di broncodilatazione con metacolina, misurazione dell'NO
Ecografia	Attività ecografica in reparto (transfontanellare, anche, addome,torace	Attività ecografica in reparto transfontanellare, anche, addome, torace	Attività ecografica in reparto transfontanellare, anche, addome, torace	Attività ecografica in reparto transfontanellare, anche, addome, torace	Attività ecografica in reparto transfontanellare, anche, addome, torace	Attività ecografica in reparto transfontanellare, anche, addome, torace
Follow up e controlli neonatali	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale
Neuropediatria	Gestione ambulatoriale	Neuropediatria, con registrazione di EEG veglia,sonno, videoEEG,holterEEG	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale	Gestione ambulatoriale con registrazione EEG
Nefrourologia	Nefrourologia con ecografia nefrourologica	Nefrourologia con ecografia nefrourologica	Nefrourologia con ecografia nefrourologica	Nefrourologia con ecografia nefrourologica	Nefrourologia con ecografia nefrourologica	Nefrourologia con ecografia nefrourologica
Ospedale amico del bambino	Ospedale e comunità Amici del bambino (BFHI/BFCI)	Ospedale Amico del bambino (BFHI)				
Altro	**Disturbi comportamento alimentare** (Obesità/Anoressia)			Centro di supporto per la **fibrosi cistica**, unico in Area Vasta NO.	**PS Pediatrico**	**Disturbi comportamento alimentare** (Obesità/Anoressia)
	Infettivologia			**Chirurgia e urologia pediatrica** (effettuato da medici del Meyer)		

Altri indirizzi si sono sviluppati prevalentemente in alcune sedi. Anche se a livello delle varie zone vengono effettuate molte attività sub specialistiche, sulla base dell'esperienza consolidata, si individuano sedi dove erogare prestazioni di livello specialistico riservate in alternativa e in supporto con le strutture non aziendali presenti in Area vasta (AOUP) e a livello regionale (Meyer).

- *Neuropediatria*: Lucca come centro di riferimento aziendale
- *Diabetologia*: Livorno per le zone sud (Livorno-Pontedera-Cecina,Piombino, Elba) e Lucca per le zone nord (Lucca-Viareggio-Massa)
- *Broncopneumologia*: Livorno zone sud/Massa-Viareggio zone nord

- *Endocrinologia*: Massa e Lucca sono i centri attualmente riconosciuti in Regione come prescrittori per il GH; Pontedera, oltre ai due citati, potrebbe essere riferimento per la pubertà precoce
- *Disturbi comportamento alimentare*: Massa zona nord e Cecina zona Sud
- *Ecografia*: Versilia
- *Fibrosi cistica*: Livorno

Nei casi suddetti casi verranno fornite prestazioni non solo agli utenti di quel territorio, ma anche a quelli di altri territori, come di consulenza, confronto con valenza multizonale prima di ricorrere al terzo livello.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Omogeneizzare il livello delle prestazioni a livello zonale (per alcune subspecialità anche con il supporto di medici delle altre U.O. aziendali)

- ✓ Individuare i centri dove erogare prestazioni di livello specialistico a valenza multizonale all'interno delle risorse aziendali esistenti

Le Azioni e i tempi

- ✓ entro il 2019
- ✓ entro il 2018

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Garantire a livello di tutte le zone le attività ambulatoriali di prestazioni di base (allergologia-broncopneumologia-nefrourologia-ecografia) anche con le proiezioni di medici di altre Zone

- ✓ Per alcune subspecialità quali la Neuropediatria, la broncopneumologia, la endocrinologia e la diabetologia (con utilizzo delle risorse esistenti e implementando con operatori in proiezione dalle altre zone) formalizzazione in alcune zone di centri multizonali di livello specialistico

La continuità-ospedale territorio e le cure palliative nei pazienti pediatrici

Lo stato dell'arte:
Il gruppo di lavoro regionale sulle Cure Palliative in Pediatria (termine da non confondere con Cure Terminali che si occupa solo di fine vita) che opera nell'ambito della Rete Pediatrica Regionale ha individuato quattro categorie di utenti eleggibili:
1. Bambini con patologie per le quali esiste un trattamento specifico, ma che può fallire e in una parte di essi fallisce (neoplasie, insufficienza d'organo irreversibile).
2. Bambini con patologie in cui la morte precoce è inevitabile, ma cure appropriate possono prolungare e assicurare una buona qualità di vita (infezione da HIV, fibrosi cistica del pancreas); le cure palliative intervengono in fase di aggravamento, quando il paziente presenta bisogni complessi.
3. Bambini con patologie progressive, per le quali il trattamento è quasi esclusivamente palliativo e può essere continuato anche per molti anni (malattie degenerative neurologiche e metaboliche, patologie cromosomiche e geniche ecc.); le cure palliative intervengono anche in questo caso quando il paziente presenta bisogni complessi.
4. Bambini con patologie irreversibili ma non progressive, che causano disabilità gravissima, e morte prematura (paralisi cerebrale grave, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari). Le cure palliative, anche in questa categoria, intervengono quando il paziente presenta bisogni complessi.
Il trasferimento da un ambiente protetto, quale è l'ospedale, al proprio domicilio viene affrontato con difficoltà e disagio e proprio per questo si rende necessaria una "continuità personalizzata" della presa in carico. Il percorso di assistenza dal ricovero al proprio domicilio prevede:

- ✓ valutazione tempestiva dei bisogni assistenziali del bambino e della famiglia
- ✓ attivazione della rete territoriale per garantire la presa in carico dello stesso in ambito domiciliare
- ✓ valutazione multidisciplinare con il territorio (PLS/MMG, assistenza domiciliare, assistenza sociale)
- ✓ definizione del piano di dimissione 24 ore prima della dimissione stessa
- ✓ valutazione e certificazione prima della dimissione delle competenze bambino/famiglia relative all'autogestione
- ✓ consegna dei presidi e farmaci necessari alla gestione della propria patologia a domicilio

Attualmente a livello aziendale non esiste un gruppo multidisciplinare che si occupa di cure palliative pediatriche; esistono vari gruppi (prevalentemente con modalità operative disomogenee a livello delle varie Zone). Dalla valutazione delle condizioni assistenziali per questi bambini nelle varie aree in cui si articola l'ATNO, si evidenzia una notevole disomogeneità delle attuali offerte assistenziali.

Aree di miglioramento
Nelle varie zone esistono da tempo percorsi assistenziali ospedale-territorio che includono in alcuni casi anche la collaborazione con l'hospice delle cure palliative dell'adulto e con il centro di riferimento del Meyer, ma risultano anche alcuni punti di debolezza. Le maggiori criticità riguardano la mancanza di percorsi assistenziali scritti che coinvolgano i vari professionisti, inclusi i PLS/MMG, la mancanza di referenti, la presenza di protocolli condivisi, la mancanza di una cartella informatizzata e di flussi informativi.

Gli obiettivi specifici:
Per la presa in carico di questi bambini possiamo ipotizzare per la nostra azienda una organizzazione articolata per zone. All'interno di ogni zona dovrà essere costituito e formalizzato un gruppo multidisciplinare costituito dalle seguenti competenze:

- ✓ Pediatria ospedaliera
- ✓ Servizio di emergenza/urgenza (118, PS e anestesisti/rianimatori)
- ✓ Pediatria di famiglia/ Medicina di medicina generale
- ✓ Assistenza infermieristica domiciliare
- ✓ Medico di distretto/palliativista
- ✓ Assistenza sociale e Psicologia
- ✓ Associazioni di volontariato già presenti sul territorio

Ogni struttura coinvolta dovrà nominare un rappresentante all'interno del gruppo e poi il gruppo nominerà a sua volta un referente. Il gruppo sarà in stretto contatto con il gruppo regionale (Meyer), con il quale dovrà condividere il percorso individuato per ogni singolo caso. Nel caso di nuova segnalazione pervenuta dal territorio (da inviare sempre al referente), questi comunicherà al Meyer la segnalazione ricevuta e organizzerà incontro con il gruppo multidisciplinare per la compilazione del PAI (*Piano Assistenziale individuale*) e del Piano per le emergenze, con la partecipazione dei genitori che dovranno controfirmarlo insieme al consenso alle procedure previste dai 2 piani di intervento. Dovrà essere effettuata una verifica sulla disponibilità logistica e strutturale all'interno di ogni zona di uno spazio in struttura ospedaliera (Pediatria o altro reparto adeguato alle esigenze pediatriche) per accoglienza di situazioni particolari (sia condizioni di cronicità importanti fino alla possibilità di accompagnamento alla fine vita). Per garantire una adeguata competenza del personale dovranno essere previsti momenti formativi non solo sulle conoscenze e competenze professionali, ma anche sulle modalità di approccio al problema della cronicità e del fine vita tramite corsi organizzati da personale del Meyer a livello delle varie zone e con corsi FAD da effettuare a distanza.
Gli obiettivi possono essere pertanto così sintetizzati:

- ✓ Miglioramento standard assistenziali: appropriatezza setting e gestioni domiciliari, creazione e formalizzazione dei gruppi multidisciplinari e della rete, creazione di percorsi e protocolli condivisi
- ✓ Verifica della disponibilità logistica e strutturale, individuare delle strutture adeguate in quali è possibile creare spazi idonei per assistenza ospedaliera nelle situazioni di cronicità grave e di fine vita
- ✓ Organizzazione di corsi di formazione in loco (a livello zonale) con la direzione del gruppo multidisciplinare del Meyer. Creazione della cartella informatizzata condivisa e ottimizzazione dei flussi informativi

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Creazione team zonali e rete con relativi referenti entro il 2018
- ✓ Individuazione di percorsi, protocolli entro il 2018
- ✓ Individuazione di spazi idonei nella regione per assistenza in CPP entro la metà del 2019
- ✓ Corsi di formazione per tutto il personale interessato entro la metà del 2019
- ✓ Creazione della cartella informatizzata e ottimizzazione dei flussi informativi entro il 2019

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ formalizzazione dei gruppi multidisciplinari di zona con nomina dei vari referenti, aumento del rapporto numero di assistiti rispetto ai non assistiti del 90%
- ✓ individuazione dei presidi ospedalieri idonei per la gestione di gravi cronicità e fine vita
- ✓ Formazione di tutto il personale coinvolto nella rete

La rete dei consultori

Lo stato dell'arte:
I cambiamenti derivati dalla legge di riordino del SSR hanno evidenziato le forti disomogeneità assistenziali o organizzative presenti tra le varie Zone. Nel 2015/2016 è stata effettuata una mappatura della rete consultoriale aziendale arrivando a un livello di dettaglio sui singoli Consultori. La mappatura, che ha tenuto conto di vari elementi (numero delle sedi, tipologia, accessibilità (n° giorni, n° ore, apertura pomeridiana e il sabato), personale, percorsi attivi, etc), ha evidenziato da una parte che i percorsi specificamente consultoriali erano presenti in quasi tutte le Zone, dall'altra che c'era una grossa variabilità in quanto non tutte le sedi garantivano livelli adeguati sia in termini di offerta che di accessibilità. Il tasso di accesso al consultorio di donne residenti in eta' fertile (14-49 anni) era superiore alla media regionale in tutte le Zone tranne nella Piana di Lucca e nella Valle del Serchio.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017 (aggiornamento a maggio 2018)
Nel 2016 sono stati definiti criteri e requisiti, in base alla normativa vigente e all'esperienza maturata in questi anni, relativamente a

Sedi: requisiti minimi, strutturali, infrastrutturali e organizzativi, da garantire nelle diverse tipologie di sedi. Criteri per la definizione delle sedi

Dotazione di personale: rapportata al bacino d'utenza prendendo come elementi la popolazione sia generale che target. In particolare è stato preso come riferimento un bacino d'utenza di 40.000 abitanti.

Standard di offerta: sono stati definiti gli standard di base, distinti per tipologia di Consultorio e declinati per i diversi percorsi assistenziali

Raccolta dei dati e flussi informativi: nel 2016 sono stati uniformati i criteri per l'inserimento dei dati attraverso la stesura di una legenda dettagliata relativa i flussi CON e SPC, incontri formativi con Responsabili e Operatori, definizione di un cruscotto con indicatori di sintesi e indicatori settore per settore per approfondimenti nelle aree specifiche. Nel 2017 sono stati effettuati audit organizzativi sull'attività di reporting, individuate modalità di rilevazione omogenee per il flusso IVG e per la violenza, allineati i flussi CON e STS11, allineate le prestazioni del flusso SPC al nuovo catalogo del flusso SPA. La Direzione ha identificato nell'applicativo GeCo utilizzato nell'ambito di Livorno il software da utilizzare a livello aziendale che dovrà essere ampliato e adeguato alle nuove esigenze con l'integrazione dei contenuti della cartella sanitaria individuale secondo il modello della cartella HTH adottato nella ex asl 5 di Pisa: si prevede l'inizio del percorso dal secondo semestre 2018.Inoltre

- ✓ Risoluzione parziale della carenza contraccettivi (fine 2017) con acquisto con risorse aziendali di IUD
- ✓ Attraverso i Fondi Famiglia è stato possibile negli ambiti territoriali di Livorno e Pisa implementare iniziative di prevenzione e presa in carico per la genitorialità nonché acquistare test psicologici.
- ✓ Interventi specifici per Zona relativi le sedi, il personale, i percorsi, dettagliati nella tabella seguente.

Interventi effettuati per Zona (2016-2017- 1° semestre 2018)

Zona	Interventi effettuati
Lunigiana	Nuovo Responsabile UF dal 2016. Apertura di ambulatorio per la gravidanza a basso rischio.
Apuana	Apertura di ambulatorio per la gravidanza a basso rischio.
Versilia	Iniziato processo di razionalizzazione delle proiezioni
Piana di Lucca	Nomina Responsabile UF (dic 2016); assegnazione del personale (in corso di completamento); acquisizione di 20 ore di psicologo; migliore identificazione del Consultorio tramite cartellonistica; costituzione Centro di Coordinamento per la violenza; revisione tabella prestazioni con allineamento ai criteri di registrazione adottati in Azienda; implementazione lavoro di équipe
Valle del Serchio	Nomina Responsabile UF (dic 2016); assegnazione del personale (in corso di completamento); revisione tabella prestazioni con allineamento ai criteri di registrazione adottati in Azienda; modesto ampliamento dell'offerta (consegna libretti con tempo esclusivamente dedicato, apertura per 6 h settimanali di ambulatorio ostetrico puerperio e allattamento); implementazione lavoro di équipe
Alta Val di Cecina	Situazione dei ginecologi migliorata con la stabilizzazione nel 2018.
Val d'Era	Avvio processo di stabilizzazione del personale da Cooperativa: risoluzione parziale personale con stabilizzazione di 2 psicologi Avvio processo miglioramento sedi con definizione dei piani di miglioramento: Pontedera : parziale miglioramento sede ambulatori c/o Distretto; Ponsacco e La Rosa: approvati progetti di ampliamento delle sedi; Bientina : ampliamento spazi ambulatori avvio soluzione per spazi attività di gruppo in accordo con il Comune. Santa Maria a Monte : decisione ampliamento sede (accordo SDS Comune). E' in programma dotazione ecografo sede SMM (finanziamento da parte del Comune)
Pisana	Nessun cambiamento rispetto agli anni precedenti
Livornese	Reintegro di parte del turn-over. Apertura di ambulatorio per la gravidanza a basso rischio. Collocazione del Consultorio di Stagno nella nuova CdS.
Bassa Val di Cecina	15 ore di psicologo insufficienti però per supportare l'ampliamento di responsabilità sull'UF della VdC
Val di Cornia	Da luglio 2017 nomina del responsabile UF (unico per BVdC e VdC). Ampliato di un locale il Consultorio di Piombino.
Elba	Apertura del Consultorio il sabato. Arrivato ecografo. Stabilizzazione personale ostetrico

Aree di miglioramento

Sedi: Continuano a persistere disomogeneità tra le varie Zone in particolare per quanto riguarda l'offerta dei Consultori principali (accessibilità oraria, idoneità delle sedi, percorsi assistenziali garantiti), la "consistenza" dei consultori secondari (con sedi che oscillano dalla "quasi proiezione" con l'attività di un ambulatorio ostetrico-ginecologico un giorno la settimana alla sede "quasi-principale"), il numero delle sedi. Il fenomeno è particolarmente accentuato per quanto riguarda i Consultori Giovani in cui con spazi e tempi devono essere esclusivamente dedicati a questa tipologia di utenza e il numero di giorni di apertura e di ore disponibili deve essere rapportato alla popolazione target. Anche l'utilizzo delle proiezioni è molto difforme: assenti in alcune Zone e molto diffuse in altre con una scelta non sempre giustificata da problematiche del territorio. Le dotazioni strumentali necessarie per lo svolgimento di un'attività di qualità (ecografi per ecografia office) continuano ad essere carenti

Dotazione di personale: quasi tutti i Consultori si trovano al di sotto delle dotazioni di personale necessarie allo svolgimento delle attività previste dai LEA. La carenza è relativa le diverse figure professionali con variabilità tra le diverse Zone, ma diffusamente più evidente per psicologi e soprattutto per assistenti sociali. Da rilevare la diffusa carenza, salvo qualche eccezione, delle ore di mediazione culturale che è addirittura assente in alcune Zone.

Informatizzazione: ancora da migliorare la congruità dei flussi dato che si rilevano discrepanze tra i dati locali e quelli estratti dal flusso regionale. La mancanza di un unico applicativo aziendale incide fortemente sulla possibilità di avere una raccolta dati uniforme e di effettuare

un monitoraggio adeguato con particolare penalizzazione negli ambiti territoriali. I PC in dotazione sono prevalentemente datati con difficoltà su alcuni software e per l'e-prescription.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Riduzione della variabilità nell'equità di accesso
- ✓ Adeguamento delle infrastrutture

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Definizione di piani di adeguamento degli spazi consultoriali e attuazione degli stessi
- ✓ Identificabilità degli spazi consultoriali
- ✓ Aumento dell'offerta consultoriale
- ✓ Implementazione dell'attività di mediazione culturale
- ✓ Dotazione di un unico software per la rilevazione dei dati nell'Area Consultoriale
- ✓ Adeguamento delle attrezzature ecografiche nei Consultori Principali e nei Secondari ad elevata attività ginecologica

Miglioramento della qualità dei percorsi assistenziali
Lo stato dell'arte:
La ricognizione effettuata nel 2015 ha evidenziato rilevanti disomogeneità assistenziali e organizzative in tutti i percorsi e ciò ha costituito la premessa per la programmazione di azioni finalizzate allo sviluppo di un modello condiviso di intervento in grado di favorire percorsi assistenziali omogenei in tutto il territorio aziendale. Una performance positiva delle Attività Consultoriali si rilevava nelle Zone Livornese, Bassa Val di Cecina, Alta Val di Cecina, Versilia e Lunigiana; più problematica la situazione nelle Zone Piana di Lucca, Valle del Serchio e Pisana.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Qualità e sicurezza: nel 2016 sono state definite alcune Buone Pratiche in particolare sul Percorso Nascita e la divisione del percorso consultoriale da quello ambulatoriale, differenziando requisiti essenziali da raggiungere più elementi di qualità. Nel 2017 tutte le Strutture di sono dotate di un Documento Organizzativo e si è proceduto all'individuazione della pertinenza delle Pratiche per la Sicurezza e all'autovalutazione ai fini dell'accreditamento del processo materno-infantile. Si è inoltre proceduto alla stesura di documenti aziendali Mutilazioni Genitali Femminili) e interdipartimentali (Valutazione competenze genitoriali).
Genitorialità e famiglia
Raccolta di informazioni e confronto sui diversi modelli operativi. Nel corso del 2017 sono state definite Linee di indirizzo aziendali per la valutazione delle competenze genitoriali approvate formalmente nei primi mesi del 2018 e presentate ai Responsabili di Zona. Nel 2017 è stato effettuato un primo percorso di formazione su questa tematica.
Percorso nascita
Attivazione nella maggior parte delle zone di nuove modalità organizzative relativamente a:
- consegna libretti privilegiando la modalità di accesso su appuntamento ,
- prenotazione visite ed esami da parte delle ostetriche, con front- office dedicato
- avvio estensione del percorso gravidanza a basso rischio gestito in autonomia dall'ostetrica, iniziato nella ex ASL 5, alle Zone Lunigiana, Livornese e Apuana

Partecipazione a Rilevazione regionale sulla attività dei CAN (metodologia e organizzazione)
Avvio del Processo di Estensione dalla ex asl 5 a tutte le zone della ATNO del progetto del Laboratorio MeS – APP-HAPPY MAMMA
Definizione Buone pratiche in puerperio

Partecipazione al Progetto di sostegno alla natalità e genitorialità con avvio sportello di consultazione psicologica precoce in gravidanza e puerperio nei territori ex 5 ed ex 6
Formazione per tutti gli operatori consultoriali su Allattamento materno e Gravidanze e puerperio a rischio psico-sociale.
Applicazione L 194/78: Rilevazione annuale di Monitoraggio per relazione Ministeriale al Parlamento sullo stato di attuazione della l.194/78 contenente i dati di attività dei Consultori in tema di IVG (dati su obiezione di coscienza e dati di attività (Accoglienza pre IVG - certificazioni e post IVG). Sono stati definiti criteri omogenei per la rilevazione dei dati relativi al percorso IVG. Partecipazione agli specifici tavoli regionali. Sperimentazione di fornitura aziendale ai Consultori di zona e distribuzione gratuita di dispositivi intrauterini(IUD)non medicati
Violenza: Censimento dei Centri coordinamento Zonale e il conseguente insediamento ove ancora non costituiti. In particolare per quanto riguarda la tematica delle mutilazioni genitali femminili (MGF) è stata definita la procedura aziendale con recepimento delle raccomandazioni delle DGRT 619/16, effettuata la specifica formazione e costituiti i Consultori dedicati

Aree di miglioramento: Persistono per il percorso nascita modelli assistenziali diversi e mancanza di protocolli comuni. In particolare si rileva la necessità di sviluppare metodologie per favorire l'accesso ai Consultori delle donne in situazione di vulnerabilità in tutti i percorsi. Aumenta la necessità di rilevare precocemente e di prendere in carico le situazioni di rischio psicosociale. C'è necessità di contestualizzare a livello consultoriale le Pratiche per la Sicurezza, attualmente a forte connotazione ospedaliera. Mancano procedure condivise sugli interventi nei confronti delle coppie e delle famiglie con elevata conflittualità, per adozione e affidamento, cosi come in materia di disagio individuale, familiare e di coppia Mancano modalità omogenee di accoglienza delle donne vittime di violenza, di rilevazione del rischio e di presa in carico psicologica e sociale.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Modalità omogenee di accoglienza, presa in carico, appropriatezza dei percorsi e interventi tesi a favorire l'equità di accesso nel Percorso Nascita
- ✓ Individuazione precoce del disagio psico-sociale in gravidanza e puerperio e attivazione di interventi di promozione , tutela e sostegno della genitorialità di disagio
- ✓ Sviluppo nei Consultori delle attività psico-sociali rivolte alle coppie , ai minori e alle famiglie in situazioni di disagio
- ✓ Accoglienza e sostegno alle donne vittime di violenza e sviluppo di azioni di prevenzione
- ✓ Sviluppo del percorso contraccezione e tutela sociale della maternità (L194/78)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Adeguamento delle Pratiche per la sicurezza alla realtà consultoriale (2018/2019)
- ✓ Definizione di percorsi assistenziali in particolare su percorso nascita, violenza, interruzione di gravidanza, rilevazione del rischio e di presa in carico psicologica e sociale
- ✓ Mappatura procedure in uso e definizione di procedure omogenee di Area (2018/2019)
- ✓ Estensione, diffusione e applicazione del modello di intervento previsto dalle Linee di indirizzo aziendali Valutazione capacità genitoriali

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Costituzione delle Unità di Valutazione delle competenze genitoriali in tutte le Zone

Area Oncologica

Gli screening oncologici

Lo stato dell'arte:

La condizione pregressa degli screening oncologici evidenziava, nel periodo precedente la formazione dell'Azienda USL Toscana nord ovest, una varietà di comportamenti organizzativi in parte disomogenei. La collocazione degli screening, i modelli organizzativi, la prassi di invito e di invio dei referti e, soprattutto la dotazione informatica, erano totalmente diversi da una Azienda all'altra. La gestione dei II Livelli, pur parametrata a protocolli Regionali e Nazionali, risultava organizzata in maniera disomogenea. Nonostante questo, i risultati di estensione ed adesione sono sempre risultati soddisfacenti, con alcune crisi locali legate alle peculiarità del territorio ed anche alcune eccellenze, come Massa.

ANNO 2017	COLONRETTALE		MAMMOGRAFICO		CERVICE UTERINA	
	Estensione Obiettivo 100%	Adesione Obiettivo >= 70%	Estensione Obiettivo 100%	Adesione Obiettivo >= 80%	Estensione Obiettivo 100%	Adesione Obiettivo >= 60%
Massa-Carrara	105%	44%	100%	77%	131%	58%
Piana di Lucca	100%	38%	75%	85%	82%	54%
Valle del Serchio	84%	42%	106%	73%	94%	61%
Alta Val di Cecina	95%	63%	99%	62%	116%	55%
Val d Era	103%	58%	106%	65%	121%	53%
Pisana	94%	48%	88%	53%	121%	53%
Livornese	99%	49%	100%	74%	99%	50%
Ba. Val di Cecina	99%	43%	89%	73%	105%	53%
Elba	103%	50%	94%	70%	103%	50%
Val di Cornia	100%	53%	86%	91%	101%	59%
Versilia	90%	37%	101%	66%	104%	47%
Toscana	**93%**	**48%**	**95%**	**71%**	**88%**	**53%**

Sin dal Novembre 2016 è stato prodotto un progetto di unificazione degli screening che prevedeva la collocazione dei tre screening oncologici nel Dipartimento Oncologico, al fine di meglio ottemperare alle previsioni normative, Nazionali e della Regione Toscana, che prevedevano la realizzazione del percorso screening (dall'invito fino alla consegna ai trattamenti terapeutici) in maniera coordinata. Sono state rese omogenee le modalità di invio degli inviti, la modulistica e tutte le ottemperanze rese necessarie dalle procedure che venivano affrontate in maniera diversa per ex Asl (es: privacy).

- ✓ Sono stati affrontati i temi dell'informatizzazione, al fine di una maggiore omogeneità, partendo dalla totale diversità dei gestionali di screening. In alcune Aree grazie alla presenza di strumenti informatici più evoluti si è riusciti ad integrare funzioni in maniera da snellire le procedure ed abbassare il rischio clinico.
- ✓ Si è allargata la platea dell'HPV con il passaggio a Test genomico da parte di tutte le ex Asl tranne ex Asl 5.
- ✓ Si è allargata la platea dello screening mammografico, pur con risultati relativi e senza partire con la chiamata attiva.
- ✓ In alcune realtà è stata ampliata l'offerta delle colon in sedazione, in narcosi ed anche di colonscopie virtuali.

- ✓ E'stata estesa la collaborazione con ISPO (ad oggi ISPRO) per una contribuzione alla ricerca di modelli organizzativi Regionali, partecipando attivamente all'attività di formazione di ISPRO, contribuendo all' attività di formazione dell'Azienda.

RIORGANIZZAZIONE SCREENING ATNO

Una delle novità della riorganizzazione del Dipartimento oncologico della Azienda USL Toscana Nord Ovest, è stata la decisione di istituire una Struttura dedicata allo Screening. Tale struttura è articolata in tre sezioni per lo screening cervice uterina, colon, mammella.

Aree di miglioramento

- ✓ Insufficienza informatica (sia nella innovazione degli strumenti software, sia nella collaborazione con ESTAR)
- ✓ Difficoltà nel reclutamento dei professionisti radiologi per il potenziamento dell'attività relativa allo screening mammografico

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Estensione a tutta l'Azienda, e quindi anche al territorio della ex ASL 5 di Pisa, dell'utilizzo del Test HPV nello screening della cervice uterina
- ✓ Allargamento dello screening mammografico con passaggio a chiamata attiva per tutto il campione, condizionato dall'aumento dei professionisti radiologi o eventualmente esternalizzando parte dell'attività.
- ✓ Ai sensi della normativa Regionale che ha visto la fusione tra ISPO-ITT e ridefinito il debito dei flussi informativi verso la nuova entità ISPRO, la definizione di un percorso informatizzato di acquisizione dei dati necessari per l'invio dei flussi ad ISPRO

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Proseguimento del lavoro avviato su ex Asl 5 con ESTAR per la definizione di un modello di integrazione informatica da estendere a tutta l'ATNO sullo screening cervicale, ed il raggiungimento del totale utilizzo del Test HPV entro il 31/12/2018.
- ✓ Raggiungimento di una programmazione, minimo semestrale, per lo screening della mammella. Obiettivo da perseguire in cooperazione con il Dipartimento delle Immagini, considerando la necessità, derivante da norma, di allargare il campione dello screening entro il 31/12/2018.
- ✓ Monitoraggio sistematico dell'adesione agli screening con iniziative rivolte verso i Medici Curanti in modo da implementare la collaborazione soprattutto nel campo dello screening colo-rettale nel biennio.
- ✓ Nell'ambito della rinnovata collaborazione con ISPRO e nella partecipazione al Tavolo Regionale di coordinamento degli Screening, guidato da ISPRO stesso, la definizione di un percorso informatico, in collaborazione con ESTAR, per il soddisfacimento dei flussi di informazioni verso ISPRO entro il biennio.

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Raggiungimento degli obiettivi Regionali per l'adesione e l'estensione agli screening oncologici con riduzione della variabilità interna e soddisfacimento del debito informativo verso ISPRO/Regione Toscana.
- ✓ Omogeneità di procedure e comportamenti su tutta l'ATNO per il comparto riguardante gli screening oncologici
- ✓ Estensione test HPV a tutta l'Azienda. Allargamento campione screening mammografico nelle donne con fascia di età 45-74 anni
- ✓ Maggiore aderenza agli obiettivi MeS e miglioramento dei risultati sul Bersaglio.

La riorganizzazione del Cord/Accoglienza aziendale: omogeneità di accesso

Lo stato dell'arte:
Dal primo gennaio 2017, con la istituzione operativa del Dipartimento Oncologico, sono state messe in atto una serie di azioni dipartimentali con la finalità di rendere omogeneo il percorso oncologico, anche attraverso una revisione dell' organizzazione dei singoli CORD/Accoglienze delle ex-AZ-USL. I CORD/Accoglienza rappresentano da circa 20 anni le strutture dipartimentali istituite con l' obiettivo di garantire la rapida presa in carico del paziente oncologico e lo strumento che sovraintende la qualità del percorso stesso. In particolare:

- ✓ valutazione multidisciplinare dei casi di sospetta patologia oncologica in atto (invio da parte del MMG o accesso diretto da parte dell'utenza)
- ✓ valutazione multidisciplinare (Gruppo Oncologico Multidisciplinare, G.O.M.) di ogni caso neodiagnosticato di tumore maligno, con conseguente impostazione condivisa dell'iter diagnostico-stadiativo-terapeutico
- ✓ prenotazione delle indagini strumentali necessarie per diagnosi e stadiazione
- ✓ incontri di comunicazione della diagnosi e condivisione del percorso
- ✓ visite specialistiche di controllo (follow-up oncologico, radioterapico)
- ✓ visite specialistiche di controllo relativamente alle discipline comunque coinvolte nella gestione integrata del paziente oncologico (ematologia, psico-oncologia, dermatologia, chirurgia, ecc.).

Dopo una prima fase di verifica dei singoli modelli organizzativi e delle criticità esistenti, si è constatato una disomogenea applicazione dei percorsi nelle singole sedi (in relazione ad es. a non adeguata disponibilità di spazi e personale dedicati, assenza di specialisti operanti in una determinata disciplina, ecc.).
Per ottimizzare al massimo il governo dei percorsi oncologici, è stato istituito nell' ambito del Dipartimento Oncologico, un coordinamento delle 5 strutture dei CORD/Accoglienza e 5 referenti, per valorizzare al massimo e governare questi aspetti del percorso oncologico.
Si è lavorato quindi a rendere omogenei i percorsi, in particolare:

ISTITUZIONE DEGLI AIUTO POINT
Nel biennio 2016-2017 sono stati creati presso ciascun Presidio Ospedaliero gli AIUTO Point, presso cui i pazienti oncologici già in carico alle diverse strutture prenotano gli accertamenti strumentali (richiesti dallo specialista durante le visite di controllo, sedute di terapia, follow-up, ecc.) nel contesto di un ambiente e di liste dedicati.

PERCORSI ONCOLOGICI
Nel corso del 2017 sono stati istituiti presso ognuna delle ex-Aziende i percorsi Oncologici (P.D.T.A.), che rappresentano l'insieme delle procedure diagnostico-terapeutiche ottimali relativamente ad ogni singolo caso di patologia tumorale sia di diagnosi nuova che già nota in precedenza. Il progetto è stato realizzato in stretta collaborazione tra tutti gli specialisti coinvolti nella gestione delle diverse patologie, con il coordinamento dei responsabili C.O.R.D.
Nell'ambito dei percorsi, il momento centrale è rappresentato dalla discussione collegiale dei casi (G.O.M. di patologia), che garantisce una valutazione condivisa PRIMA di intraprendere qualunque scelta di terapia (ovviamente fatte salve le urgenze).
Nel corso del 2018, saranno completati i percorsi di accesso per il paziente oncologico. Ovvero, per tutti i cittadini residenti, attraverso i propri MMG o gli specialisti sarà possibile accedere in modo rapido e chiaro al percorso, attraverso i CORD/Accoglienza. Qui troveranno un personale dedicato che si adopererà per la rapida presa in carico.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ completa realizzazione delle linee programmatiche di attività dei CORD (vedi sopra)
- ✓ eliminare il residuo ruolo dei C.U.P. nella prenotazione degli accertamenti in qualunque fase del percorso
- ✓ omogeneizzazione dei P.D.T.A. a livello Aziendale
- ✓ aggiornamento continuo e omogeneo delle linee guida di terapia, del database degli studi clinici e monitoraggio della pratica clinica (schede di terapia)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Garantire la presenza di tutte le figure professionali in ciascuna sede, aumentando inoltre il numero di discipline afferenti
- ✓ Verifica dell'effettiva attivazione e funzionamento dei G.O.M.
- ✓ Consolidamento delle risorse dedicate (ambienti, personale,ecc.). In particolare per Pontedera e Viareggio è prevista la ricollocazione della sede del CORD/Accoglienza nelle sedi delle rispettive Strutture Complesse di Oncologia Medica.
- ✓ Omogeneizzazione delle procedure operative dei singoli C.O.R.D. e implementazione della capacità di interconnessione (sistemi operativi e modulistica comuni, collegamenti video, ecc.)
- ✓ Potenziamento del ruolo degli AIUTO Point, facendovi convergere anche la prenotazione degli esami per i pazienti in fase di approfondimento diagnostico
- ✓ Coinvolgimento degli specialisti nella revisione e messa a punto di P.D.T.A. comuni a livello Aziendale, uniformando i processi operativi esistenti

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ ottimizzazione della gestione multidisciplinare del paziente oncologico, scoraggiando al contempo forme di gestione individuale e non condivisa
- ✓ semplificazione e razionalizzazione delle modalità di accesso ai percorsi Oncologici Aziendali
- ✓ l'AIUTO Point rappresenta il riferimento logistico per tutti gli utenti sia in fase pre- che post-diagnosi (servizio dedicato in luogo del servizio 'generalista' offerto dal C.U.P.)
- ✓ modalità omogenee a livello Aziendale nella gestione del paziente oncologico, sia in fase di accertamento diagnostico, che successivamente in fase di stadiazione, terapia e follow-up
- ✓ aumentare la possibilità per tutta l'utenza di Area Vasta di partecipare a protocolli di ricerca clinica e conseguentemente di usufruire di terapie innovative (altrimenti non accessibili).

La riorganizzazione della oncoematologia nell' ambito della nuova organizzazione aziendale

Lo stato dell'arte:
Le caratteristiche delle malattie oncoematologiche sono facilmente sintetizzabili in pochi ma essenziali punti:

1- Sono malattie in costante incremento, sia per motivi ambientali che per il fenomeno di invecchiamento della popolazione. Dal 1990 si è osservato un incremento dei casi superiore al 200% e tale percentuale si conferma anche in tutte le proiezioni per i prossimi 10 anni. L'oncoematologia, globalmente intesa, è ad oggi la più frequente causa di malattia neoplastica nel mondo occidentale.
2- Sono malattie che colpiscono indifferentemente tutte le età
3- Sono malattie che consentono, grazie alle nuove terapie biologiche, la guarigione nella maggioranza dei casi giovanili e una lunga cronicizzazione, spesso con buona qualità di vita, anche nei pazienti anziani. Quest'ultimo elemento determina a sua volta, il progressivo aumento dei pazienti che annualmente devono essere curati, seguiti e valutati.
4- Sono malattie in cui, frequentemente, la risoluzione positiva del quadro, si ottiene solo grazie alla tempestività della diagnosi e il rapido inizio di una terapia appropriata.

Inoltre il rapporto tra costo dei trattamenti, progressivamente crescente in ragione dei nuovi farmaci biologici e il beneficio clinico atteso (sempre in miglioramento) tende a vanificarsi laddove tali farmaci non vengano utilizzati nei tempi e modi appropriati e con una corretta gestione degli stessi. Il paradosso di tale situazione si realizza in terapie costose, utilizzate su pazienti inappropriati, con modalità non adeguate e con un beneficio, in termini di aspettativa e qualità di vita, immodificate rispetto alle terapie standard.
Sula base dei dati del registro tumori il carico di patologie oncoematologiche appare molto elevato, pari a circa 180 nuovi casi per 100000 abitanti, ovvero circa 700 nuovi casi per l'intera area vasta.

Le disomogeneità assistenziali e organizzative rilevate in partenza
Il livello assistenziale specialistico di ematologia in Toscana è di indubbia qualità ma sconta alcune criticità organizzative.
In Toscana erano riconosciute sino al marzo 2018, solo le tre ematologie universitarie e non erano presenti modelli organizzativamente strutturati nei presidi periferici; per lungo tempo l'attività di ematologia negli ospedali provinciali era un'attività con un connotato in parte volontaristico, legata alla presenza o meno di specialisti clinici e alla volontà aziendale di dotarsi di tale specialistica. Questa situazione portava ad una eccessiva variabilità di offerta da presidio a presidio; infatti nelle strutture periferiche, l'età media dei pazienti supera i 65 anni; nei reparti universitari (anche in ragione delle procedure trapiantologiche), l'età media non supera i 55 anni; è normale e giustificato che l'accesso ad una struttura di eccellenza sia condizionato dal tipo di aspettativa e dal tipo di procedura (trapianto, chemioterapia ad alte dosi, immunoterapia, terapie sperimentali, ecc), ma un sistema con queste caratteristiche non riesce a soddisfare i bisogni della maggior parte dei pazienti a cui dovrebbe rivolgersi.

Sintesi delle azioni realizzate nel 2017-2018
Il 2017 è stato utilizzato per rendere le singole attività di ematologia, le più omogenee possibili, sia come setting assistenziali (DH e degenze ordinarie) sia come procedure e linee guida operative. E' stato creato un gruppo di lavoro che ha cercato di rendere omogenee le

procedure operative organizzative. In particolare, il gruppo ha condiviso linee guida omogenee di trattamento per garantire a tutti i pazienti onco-ematologici una omogeneità terapeutica.
Nel febbraio 2018 è stata istituita la **struttura di Ematologia Aziendale**, a cui afferiscono le strutture nord, centro e sud, con un assetto di rete trasversale rispetto ai diversi presidi ospedalieri.
I posti letto sono presenti nei seguenti presidi:

- ✓ Ospedale Lucca: 2 pp.ll di day hospital
- ✓ Ospedale Livorno: 3 pp.ll di day hospital, 5 pp.ll. ricovero ordinario
- ✓ Ospedale Viareggio: 4 pp.ll di day hospital, 6 pp.ll. ricovero ordinario

Gli obiettivi specifici: anni 2018-2019
Gli obiettivi della Ematologia Aziendale per il biennio 2018-2019 sono focalizzati prevalentemente su aspetti che integrano quanto precedentemente segnalato e si focalizzano su tre temi, la gestione delle fasi acute di malattia, il rapporto con il territorio e il miglioramento dell'integrazione delle singole attività ematologiche preesistenti. Sotto l'aspetto assistenziale questi obiettivi si traducono in:

Obiettivo 1:
Definizione dei Percorsi diagnostico-assistenziali per le principali patologie oncoematologiche in particolare le leucemie acute, i linfomi aggressivi e il mieloma
Le leucemie acute hanno come caratteristica principale, quella di essere le uniche patologie neoplastiche in cui il tempo alla diagnosi diventa il fattore prognostico principale. L'esordio della patologia e la sua rapida evoluzione mette a rischio la vita del paziente in un arco temporale talora di poche ore. E'stato proposto pertanto con il Dipartimento alla Programmazione di Area Vasta, un PDTA omogeneo sulle leucemia acute che ha proprio nel tempo alla diagnosi e l'avvio ad una terapia specifica, il suo elemento fondante.
Una attività equivalente è in fase di definizione per i linfomi aggressivi e il mieloma multiplo che sono patologie in cui una diagnosi sollecita all'interno di un percorso assistenziale efficace, migliorano la qualità dei risultati clinici.

Obiettivo 2:
Medicina di iniziativa e deospedalizzazione del percorso di follow up oncoematologico
L'ematologia è caratterizzata da un elevato (in ambito oncologico) numero di pazienti che ottengono la guarigione completa dopo terapia specifica. Attualmente questi pazienti restano in carico alla struttura di riferimento specialistica anche per anni dopo la conclusione della terapia. Ciò comporta un carico specifico elevato e non consente al paziente un completo e integrale superamento del danno psicologico e relazionale indotto dalla malattia. La proposta di deospedalizzazione del percorso di follow up, si articola in due fasi procedurali, la prima con una azione formativa presso i medici di medicina generale, tale di incrementare gli strumenti conoscitivi e gestionali, la seconda con l'attivazione di un percorso assistenziale indirizzato ai medici di medicina generale più che al singolo paziente.

Obiettivo 3:
Definizione dei percorsi di integrazione dei preesistenti servizi di ematologia all'interno della nuova UO
L'Ematologia Aziendale, come si è sottolineato precedentemente si configura come un modello a rete. In quest'ultimo anno molto è stato fatto per rendere omogenea l'offerta assistenziale affinché i pazienti possano trovare medesima risposta clinica indipendentemente dal presidio ospedaliero in cui manifestano tale richiesta. L'appartenenza ad una struttura articolata permette infatti di offrire al paziente l'intero patrimonio di risorse della UO e non solo quello

che opera in quel determinato presidio ospedaliero. Questo ha consentito di affrontare casi clinici complessi che le singole strutture ematologiche periferiche non avrebbero potuto singolarmente gestire. La ricaduta in termini di qualità è stata rilevante. Restano da completare alcuni passaggi che miglioreranno ulteriormente la qualità percepita dai pazienti, ovvero:

1- Una unica area di ricovero ordinario, stratificata in parte per intensità di cure e in parte per letti specialistici dove già presenti.
2- Una unica lista ricoveri al fine di massimizzare l'efficienza del sistema
3- Una unica lista ambulatoriale valida per tutta l'azienda, indispensabile per ridurre le liste di attesa
4- Un rapporto continuativo e collaborativo con la U.O. Universitaria di Pisa verso la quale l'ematologia aziendale è fornitore di servizi e casistica e fruitore di attività specialistiche di secondo livello (trapianti)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Azione 1:

- ✓ Attuazione PDTA Leucemie Acute con il supporto del Dipartimento alla Programmazione (2018)
- ✓ Stesura PDTA Linfomi aggressivi e PDTA Mieloma (entro 2018)

Azione 2: Riunioni di aggiornamento formativo dei MMG sulla gestione del follow up ematologico nei pazienti già affetti da Linfoma di Hodgkin e gammopatie monoclonali e attivazione di un ambulatorio dedicato ai MMG per la gestione condivisa dei pazienti in follow up.

Azione 3:

- ✓ Creazione lista ricoveri unica (2018)
- ✓ Creazione lista ambulatoriale unica a valenza aziendale (2018)
- ✓ Omogeneizzazione delle procedure di ricovero ordinario in ematologia (2018)

Azione 4:

- ✓ Almeno il 10% dei pazienti seguiti da UOC, afferenti a protocolli clinici sperimentali (giugno 2019)
- ✓ Adesione univoca a FIL e GIMEMA (dicembre 2018)

I Risultati attesi 2018-2019

Risultato 1: Oltre il 90% dei pazienti con diagnosi di leucemia acuta di nuova diagnosi, inseriti nel PDTA Aziendale

Risultato 2: almeno 2 riunioni con MMG per area locale nel periodo 2018-2019 e almeno 1 ambulatorio mensile dedicato ai MMG per area, attivo dal 1-1-2019

Risultato 3:

- ✓ oltre 80% dei ricoveri ordinari gestito su lista unica
- ✓ oltre il 60% di richieste di visita specialistica ematologica gestite su lista ambulatoriale unica

Risultato 4:

oltre il 10% dei pazienti seguiti da UOC, afferenti a protocolli clinici sperimentali

Rimodulazione dell'offerta assistenziale di degenza e day hospital di oncologia ed ematologia nei presìdi ospedalieri ATNO

Lo stato dell'arte:
Le aree assistenziali del Dipartimento Oncologico sono attualmente ubicate presso la gran parte dei presidi ospedalieri ATNO. In particolare sono presenti aree dedicate allo svolgimento di attività in regime di day hospital presso gli ospedali di Lucca, Viareggio, Carrara, Livorno, Pontedera, Fivizzano, Cecina, Piombino e Portoferraio. Tali strutture svolgono la funzione di Centri di Riferimento per l'erogazione di trattamenti chemioterapici, nei setting assistenziali di DH e ambulatorio per le UO di Oncologia e in parte (Lucca, Viareggio, Carrara, Livorno, Piombino) anche per le equivalenti attività della UO di Ematologia Aziendale. Per tali attività si prevede un potenziamento, sia per far fronte al crescente numero di utenti, sia per soddisfare le esigenze assistenziali derivanti dall'utilizzo di trattamenti a più elevato grado di complessità, l'estensione oraria anche nelle fasce orarie pomeridiane, in tutte quelle sedi dove ciò risulta necessario.
Diversa considerazione viene invece posta per le attività di degenza ordinaria. Questa è presente con un totale di 23 posti letto per le attività oncologiche e con 11 posti letto di ricovero ordinario per le attività di ematologia.
Strutturalmente sono presenti 8 posti letto presso l' Ospedale Apuane, 10 posti letto al Versilia e 5 posti letto a Livorno per l'oncologia, oltre a 6 posti letto al Versilia e 5 posti letto a Livorno per l'ematologia.
L'organizzazione delle strutture ospedaliere per intensità di cura e i rapporti di interscambio clinico tra le varie UO rendono flessibile la disponibilità di posto letto specialistico. In particolare, l'incremento di casistica per l'area ematologica e la necessità di soddisfare una problematica emergenziale in tale ambito clinico, ha reso possibile l'ipotesi di rimodulazione dell'offerta di degenza clinica presso l'ospedale Versilia, con l'affidamento di 4 letti attualmente oncologici alla UO di Ematologia, che conseguentemente in tale sede raggiungerebbe i 10 letti dedicati e l'utilizzo dei restanti letti presso l'area medica secondo il sopracitato modello per intensità di cure. Non sono previste in questa fase, modifiche al modello esistente a Massa, Lucca e Livorno.
Una volta raggiunta la riorganizzazione, ci sarà, più correttamente, una rimodulazione degli stessi in senso dipartimentale più che una divisione rigida dei posti letto. Per cui, il Dipartimento Oncologico avrà in dotazione 28 posti letto, distribuiti secondo la divisone tra letti di oncologia medica e letti di onco-ematologia così come sopra declinati ma dotati di una flessibilità di branca necessaria per far fronte a bisogni contingenti del momento, in base cioè alle necessità di ricovero**.** Mentre gli ospedali di Massa, Lucca e Versilia godono di strutture di recente se non di recentissima realizzazione, e quindi adeguate agli attuali standard di accreditamento regionali, una criticità maggiore si realizza presso l'Ospedale di Livorno, presidio che risente della sua vetustà strutturale. Per ovviare almeno in parte a tale criticità, in attesa di un progetto integrato (ristrutturazione e/o costruzione) per l'intero ospedale si prevede un ampio progetto di ristrutturazione del I padiglione dell'Ospedale di Livorno, dove attualmente sono ubicati la Degenza di Oncologia e di Ematologica (I I piano) e il Day Hospital dipartimentale (I terreno) La degenza onco-ematologica ha 10 posti letto equamente suddivisi tra pazienti oncologici ed ematologici. L'attività di degenza consiste nella gestione di pazienti con tumore solido o del sangue già diagnosticato o in corso di diagnosi e si occupa di impostare il successivo e appropriato percorso terapeutico, gestisce pazienti che presentino gravi tossicità correlata al trattamento chemio o immunoterapico e paziente che devono avviare schedule di chemioterapia più complessa e protratta nel tempo. Tenuto conto della tipologia dei pazienti oncoematologici, del loro percorso diagnostico e terapeutico molto articolato e complesso è stata segnalata e rilevata la carenza strutturale degli spazi dedicati alle attività oncoematologiche. Alla luce di questa criticità strutturale è stato proposto un progetto di ristrutturazione del I Padiglione e di conseguenza è stato valutato il trasferimento definitivo

della Degenza oncoematologica presso il III padiglione piano terreno dove gli spazi sono già attualmente confortevoli e adeguati alle esigenze e alla gestione del paziente oncolematologico. Contestualmente è previsto anche il trasferimento temporaneo del DH presso il III terreno, ma successivamente questa attività sarà nuovamente ricollocata al I padiglione una volta terminato il progetto di ristrutturazione garantendo un'adeguata e dignitosa struttura non solo per i paziente per tutti gli operatori sanitari.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: Rimodulazione dei posti letto presso l'Ospedale Versilia con affidamento di quattro posti letto alla UO di Ematologia con ricoveri anche di pazienti oncologici secondo le necessità e della quota restante all'area medica secondo il modello di intensità di cure. Questa variazione consente di mantenere immodificati gli standard assistenziali per i pazienti oncologici che troveranno una sostanziale equivalenza nelle opportunità di degenza oncologica, mentre si avrà un significativo miglioramento nelle opportunità di degenza specialistica ad elevata complessità assistenziale per i pazienti oncoematologici.
Obiettivo 2: Riqualificazione strutturale della degenza oncologica a Livorno e miglioramento del confort ambientale secondo gli standard di accreditamento con relativo abbattimento del rischio infettivo del paziente immunocompromesso
Obiettivo 3: Riqualificazione strutturale del Day Hospital Dipartimentale a Livorno con possibilità di utilizzare spazi più idonei e adeguati secondo i criteri di accreditamento, consentendo il recupero e la ricollocazione di attività già attualmente presenti ma disperse all'interno del presidio ospedaliero, in modo da garantire al paziente oncoematologico un percorso completo che li accompagni dalla diagnosi, alla terapia di cura fino alla terapia di supporto nella fase di terminalità della malattia.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1:(Versilia) 2018: affidamento dei posti letto al Versilia secondo il modello indicato
Azione 2(Livorno) 2018. Liberare gli spazi del III padiglione con il trasferimento della riabilitazione presso il V terreno; 2018 trasferimento definitivo della Degenza presso il III terreno
Azione 3
- ✓ (Livorno) 2018 trasferimento provvisorio del DH presso il III terreno
- ✓ (Livorno) 2019 terminati i lavori di ristrutturazione trasferimento definitivo del DH presso il I Padiglione

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1:
- ✓ Incremento del numero di degenti ematologici presso l'Ospedale Versilia (+25%) con parallelo incremento dei gradi di complessità (peso medio annuale non inferiore a 1.7)
- ✓ Parallela sostanziale invarianza nel numero di DRG oncologici rispetto al livello attuale ancorché generati in ambito internistico.

Risultato 2: Degenza oncologica presso il III terreno, dove già attualmente gli spazi sono idonei e confortevoli, con recupero della piena attività entro 2018
Risultato 3:
- ✓ DH oncologico presso il III terreno entro 2018 con mantenimento dei volumi di attività attuali
- ✓ Trasferimento definitivo del DH presso il I padiglione ristrutturato, con ambienti idonei secondo i criteri di accreditamento, con recupero della piena attività di prestazioni entro il 2019

Implementazione della tecnologia e abbattimento liste di attesa in Radioterapia

Lo stato dell'arte:
Nell'ambito dell' Area Vasta Nord Ovest, sono presenti 5 acceleratori lineari (Linac) ed una tomoterapia per una popolazione di oltre 1.270.000 abitanti. A queste apparecchiature devono essere aggiunte quelle della limitrofa Area Pisana (2, di cui 1 presente presso clinica San Rossore) per un totale di 8 apparecchiature. In Azienda abbiamo a disposizione 6 Linac in attività che, escludendo il bacino di utenza di Pisa e provincia, è rivolto ad una popolazione di circa 900.000 ab. Attualmente, ogni struttura di Radioterapia ATNO (Livorno, Lucca, Carrara) eroga prestazioni omogenee. In aggiunta nel centro di Lucca è possibile eseguire la Brachiterapia prostatica e ginecologica. Mentre per altre prestazioni, quali l'Adroterapia, è necessario fare riferimento all' unico Centro italiano attivo per questo tipo di Radioterapia (CNAO Pavia). Per quanto concerne invece la Radiochirurgia del SNC si fa riferimento al centro di Firenze. L' invio dei pazienti selezionati in queste strutture, è a cura del personale delle radioterapie aziendali.

Aree di miglioramento
Al fine di garantire adeguate prestazioni e livelli di assistenza, si prevede la sostituzione a breve di 2 Linac (Livorno e Carrara). E' in corso una riorganizzazione per coprire tutta la potenzialità offerta dalla macchine con l' obiettivo di abbattere le liste di attesa e si sta sviluppando un piano aziendale programmatico al fine di poter garantire il loro uso a pieno regime quando avverrà il fermo macchina dell'acceleratore a Livorno e quindi a Massa a causa della loro sostituzione. Il cambio macchine si è reso necessario per avere una tecnologia più aggiornata alle richieste.

Obiettivi specifici anni 2018-2019
- ✓ Riduzione delle liste di attesa con le attrezzature già esistenti
- ✓ Sostituzione degli acceleratori lineari di Livorno e di Carrara: gestione clinica dei pazienti senza aggravare le liste di attesa.
- ✓ Riduzione-azzeramento delle liste di attesa.

Azioni
- ✓ Utilizzo delle apparecchiature a disposizione al 100% delle loro potenzialità. Acquisizione del personale a Lucca per raggiungere questo obiettivo.
- ✓ Sostituzione degli acceleratori lineari di Livorno e Carrara: riorganizzazione operativa per la gestione clinica dei pazienti senza aggravare le liste di attesa. Il piano dovrà essere attivo entro il 2018.
- ✓ Riduzione-azzeramento liste di attesa
- ✓ l'azzeramento delle liste di attesa è possibile solo con il potenziamento della Radioterapia dell'ATNO attraverso l'acquisizione ulteriore tecnologia e personale per il suo funzionamento.
    - o Acquisizione 3° Linac a Livorno con spesa prevista circa 4 milioni di euro.
    - o Acquisizione di personale Medico e TSRM per l'utilizzo della macchina.

Abbiamo attualmente a disposizione 6 apparecchiature per la Radioterapia. La Regione Toscana ha deliberato una "lista" di grosse apparecchiature acquisire. Fra queste c'è anche il terzo acceleratore a Livorno per il 2019, che determinerebbe l'azzeramento o quasi della lista in ambito livornese, come pure nelle altre sedi per il maggior numero di pazienti che si potrebbero curare a Livorno e contribuirebbe insieme con il raggiungimento degli altri due

obiettivi al miglioramento qualitativo del nostro intervento per la salute e la qualità di vita del cittadino.

I Risultati attesi 2018-2019
RISULTATO OBIETTIVO 1: Riduzione della lista di attesa di circa 30 giorni, rispetto all'attuale.
RISULTATO OBIETTIVO 2: mantenere la lista di attesa attuale nonostante il fermo macchina.
RISULTATO OBIETTIVO 3: con l'aggiunta di un terzo acceleratore a Livorno portare la lista di attesa in tutta l'ATNO a un mese.

La ricerca clinica a livello aziendale

Lo stato dell'arte:
La ricerca clinica in oncologia rappresenta un' opportunità di cura in più per i pazienti oncologici. La situazione precedente alla costituzione del Dipartimento Oncologico, metteva in evidenza una differenza, in termini di opportunità di trattamenti all'interno di studi clinici, sponsorizzati e spontanei, presenti nei centri ATNO.
In particolare, non vi era un aggiornamento "strutturato" relativo alla presenza di studi attivi sia all'interno del Dipartimento che in altri centri di ricerca limitrofi (AOUP) e pertanto, l' eventuale valutazione per candidare il paziente ad un protocollo clinico di ricerca e la relativa collaborazione tra i diversi centri era a discrezione dei singoli specialisti.
Nell'anno 2016-2017, sotto la spinta del Dipartimento Oncologico e grazie alla collaborazione di tutti gli specialisti e data manager, è stato creato un "database degli studi clinici".
Il database, facilmente fruibile (formato exel), viene aggiornato periodicamente e corredato di una sintesi in formato word così da poter permettere allo specialista, in tempo reale, e cioè nel tempo di visita, la eventuale candidabilità del paziente in protocolli clinici di ricerca con tempestivo invio del paziente nel centro di riferimento.
In particolare, all'interno del DB e per ogni studio, sono specificate le principali caratteristiche, definito il setting di malattia, i criteri di eleggibilità, la eventuale necessità di campioni biologici e i referenti responsabili in ATNO e AOUP. Questa semplice strumento, ha implementato la comunicazione tra specialisti, la valutazione, fin dalla primissima presa in carico del paziente, di un possibile accesso a molecole innovative all'interno di protocolli clinici di ricerca; non di meno ha implementato l'appropriatezza farmaceutica favorita anche dalla discussione all'interno dei gruppi oncologici interaziendali delle diverse possibilità terapeutiche a disposizione su tutto il territorio.
In questo annola costituzione di gruppi interaziendali di patologia, ha consentito sia di raccogliere casistiche interne permettendo cosi di produrre i primi articoli che saranno presentati al prossimo congresso nazionale sia di ipotizzare protocolli di ricerca spontanei.
Una delle principali criticità da risolvere è relativa al fatto che non tutti i centri hanno attivi i medesimi protocolli e pertanto si rende necessario lo spostamento del paziente, che non sempre è reso possibile per le condizioni cliniche e sociali del paziente. Al fine di risolvere questa criticità e garantire ancora di più la medesima opportunità di cura, sarebbe auspicabile poter definire un percorso aziendale e/o regionale che possa considerare **ATNO come unico centro promotore di studi costituito da ben 5 centri satelliti**.
Va da se che si rende necessaria l' implementazione di strumenti utili allo svolgimento della ricerca, quali dotazioni strumentali, sistemi informatici omogenei e personale dedicato al fine di assicurare una corretta conduzione della sperimentazione come da standard internazionali

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Implementazione aggiornamento studi clinici
- ✓ Implementazione e sviluppo protocolli clinici di ricerca spontanea
- ✓ Omogeneità di accesso ai protocolli clinici di ricerca, per una gestione integrata dei Protocolli all'interno di un unico Centro Sperimentazioni Cliniche

I SERVIZI DIAGNOSTICI E LE VISITE SPECIALISTICHE

I SERVIZI DIAGNOSTICI E LE VISITE SPECIALISTICHE

Il governo delle liste di attesa

Analisi predittiva della domanda

A fronte di un bisogno di salute, le porte di accesso al SSN sono costituite:

- dal PS per situazioni cliniche di emergenza/urgenza
- dalle prestazioni ambulatoriali di primo accesso, per problemi clinici acuti, ma privi di caratteristiche di nocumento quod vitae o valitudinem
- dalle prestazioni ambulatoriali di secondo accesso, per approfondimenti diagnostici scaturiti da una prestazione di primo accesso o per la esecuzione dei controlli previsti nei piani di gestione delle malattie croniche (cosiddetto follow up)

Per le menzionate caratteristiche cliniche che sottendono ai tre "punti di ingresso", al fine di garantire un intervento sanitario appropriato non solo per livello di assistenza ma anche in termini di qualità e sicurezza delle cure, è necessario garantire due elementi fondamentali:

- la corretta canalizzazione dei pazienti nel percorso appropriato alle specifiche esigenze di salute
- un tempo di ingresso nel percorso (tempo di attesa) adeguato alla situazione clinica.

Prendendo in esame le prestazioni ambulatoriali, si rende quindi necessario creare percorsi di accesso collegati a rispettivi "contenitori di offerta", differenziati tra il primo contatto/prima visita e il contatto successivo/vista di controllo/prestazione di follow up.

● *Prestazioni di primo contatto*

L'offerta di prestazioni di primo contatto, è rivolta a soddisfare le richieste generate di norma dai MMG/PLS e Medici di Continuità, che hanno necessità di una risposta rapida per dirimere un quesito clinico di nuova presentazione, concludendolo senza azioni ulteriori, o avviando il paziente, tramite lo specialista, ad approfondimento successivo e/o a interventi terapeutici nei setting adeguati. Quindi essa è finalizzata alla tempestiva presa in carico di soggetti che manifestano un problema clinico nuovo, o una riacutizzazione/variazione di una situazione cronica: da un punto di vista epidemiologico è deputata alla gestione dei casi incidenti.

E' intuitivo che a questo tipo di domanda sanitaria vada data, sia per ragioni cliniche che di qualità percepita, una risposta nel breve termine, entro limiti temporali che di volta in volta sono stati fissati dai vari piani nazionali sulla gestione liste di attesa e dai rispettivi piani regionali di recepimento.

Gli elementi che caratterizzano la domanda sanitaria di primo contatto sono, quindi:

- dimensione finita e stabile (in assenza di eventi che mutino lo scenario epidemiologico di una popolazione)
- nelle patologie croniche internistiche (cardiovascolare, metabolico, neurodegenerativo), chirurgiche (glaucoma, ipertrofia prostatica), e nei percorsi oncologici volumi sostanzialmente inferiori rispetto alle prestazioni di secondo contatto
- esigenza di una offerta disponibile nel breve/medio periodo (10 - 60 giorni)

● *Prestazioni di secondo contatto*

Le prestazioni di secondo contatto sono soprattutto finalizzate al monitoraggio di una patologa cronica, si rivolgono quindi ai casi prevalenti di patologie croniche nella popolazione, un bacino di utenza, per le caratteristiche di coorte che viene alimentata nel tempo dai casi incidenti cronicizzati, notevolmente maggiore delle prestazioni di primo contatto, che, in assenza di politiche di appropriatezza in termini di frequenza e durata del follow up, e di azioni di governo

nella presa in carico della cronicità condivise con i MMG, può assumere dimensioni poco o finanche non sostenibili per il Servizio Sanitario.
Una parte inferiore delle prestazioni di secondo contatto è finalizzata alla verifica dell'esito del percorso terapeutico di problemi acuti non destinati a cronicizzazione.
Il tempo di risposta richiesto dalla domanda di secondo contatto è maggiormente dilazionato nel tempo (3 / 6 / 12 mesi), e, per migliorare la appropriatezza dell'utilizzo della relativa offerta, dovrebbe essere governato direttamente dallo specialista attraverso sistemi di accesso/ prenotazione riservati / dedicati.

Lo scenario normativo recente
La Regione Toscana sin dal 2000 ha fornito alle Aziende indirizzi strategici sul governo dei tempi di attesa. Con la DGRT 493/2011 la Regione Toscana ha recepito il PNGLA 2010-2012 e fissato tempi di attesa massimi regionali, mantenendo per alcune prestazioni tempi massimi più brevi rispetto a quelli definiti a livello nazionale ed introducendo alcune prestazioni di specifico interesse regionale. E' stato anche introdotto, come strumento di governo per un iniziale elenco di prestazioni di primo contatto, il concetto di classe di priorità, con la individuazione del corrispondente tempo massimo di attesa.
La Delibera intendeva soddisfatto il tempo di attesa "*quando l'Azienda sanitaria garantisce, direttamente, o attraverso l'Azienda Ospedaliera che insiste nel proprio territorio o la rete degli erogatori privati che compongono l'offerta, la prima disponibilità della prestazione di primo contatto entro il tempo massimo stabilito, in almeno un punto di erogazione*".
Questa impostazione, già penalizzante per il cittadino nei casi in cui le precedenti aziende sanitarie avevano emanazioni territoriali logisticamente disagiate (come la Garfagnana per gli assistiti della ex ASL2, o la Alta Val di Cecina per gli assistiti della ex ASL5), è diventata ovviamente insostenibile nel caso delle nuove macro aziende, con estensioni territoriali anche di centinaia di km (nel caso della ATNO, Aulla e Piombino distano ben 180 km).
La riorganizzazione delle aziende sanitarie ha comportato la necessità di chiarire quali siano gli ambiti territoriali ed erogativi di riferimento, per la programmazione e la valutazione dei tempi di attesa e per il rispetto degli standard del Servizio Sanitario Regionale (Zona distretto, ASL, Area Vasta).
Pertanto la Regione è intervenuta con la DGRT 1080/2016 ad apportare un iniziale correttivo coerente con il nuovo assetto del SSR, indicando un iniziale elenco di prestazioni di primo contatto, considerabili clinicamente come prestazioni "di base", che trovano il proprio ambito naturale di programmazione erogativa nel livello della Zona distretto, in cui vanno mantenuti i tempi massimi di attesa. Altre prestazioni, a minore diffusione territoriale per esigenze di ottimizzazione della produzione o di concentrazione della casistica, vanno soddisfatte a livello sovrazonale o di Area Vasta.
Sulla base dei dati storici della domanda di prestazioni specialistiche espresse dalle 34 zone distretto della Toscana, che già oggi trovano frequentemente soddisfazione nella zona di residenza dell'utente, e sulla base della distribuzione territoriale delle risorse umane e tecnologiche, l'ASL Toscana nord ovest ha identificato le prestazioni oggetto di monitoraggio e il relativo **ambito di riferimento**: zona, macrozona provinciale, Area Vasta.
La ultima DGRT 750/2018 ha confermato, perfezionato e sistematizzato anche a livello organizzativo questo sviluppo normativo. Per alcune prestazioni ha definito *gli ambiti di riferimento* per il soddisfacimento della domanda entro i tempi massimi, per altre ha delegato l'individuazione dell'ambito di riferimento alle Aziende, come descritto di seguito.

La definizione degli ambiti territoriali per rispondere alla domanda di primo contatto

Nelle procedure di prescrizione e prenotazione delle prestazioni ambulatoriali specialistiche deve essere previsto l'uso sistematico dell'indicazione di primo accesso o accesso successivo, del quesito diagnostico e delle **classi di priorità** come di seguito definite.

Le classi di priorità:

U (Urgente) da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
B (Breve), da eseguire entro 10 giorni;
D (Differibile), da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per accertamenti diagnostici;
P (Programmata)

La tabella riporta il dettaglio degli ambiti di riferimento per la domanda di primo contatto (suddividendo quelli individuati dalla Regione o dalla Azienda) rispettivamente per le *prime visite specialistiche* e *esami diagnostici*

	DGRT 750/2018				
	Prestazioni	STANDARD TEMPO ATTESA MAX (GG)		AMBITO GARANZIA	Ambito Definito da
		B	D		
prime visite specialistiche	Visita cardiologica	10	15	Zona	RT
	Visita dermatologica	10	15	Zona	RT
	Visita neurologica	10	15	Zona	RT
	Visita oculistica	10	15	Zona	RT
	Visita ORL	10	15	Zona	RT
	Visita ortopedica	10	15	Zona	RT
	Visita chirurgica	10	30	Ex ASL	ASL
	Visita fisiatrica	10	30	Ex ASL	ASL
	Visita ginecologica	10	30	Ex ASL	ASL
	Visita oncologica	10	30	Ex ASL	ASL
	Visita pneumologica	10	30	Ex ASL	ASL
	Visita urologica	10	30	Ex ASL	ASL
	Visita allergologica	10	30	AV	RT
	Visita chirurgica vascolare	10	30	AV	RT
	Visita endocrinologica	10	30	AV	RT
	Visita gastroenterologica	10	30	AV	RT
	Visita reumatologica	10	30	AV	RT
Esami diagnostici	Ecografia Addome	10	60	Zona	RT
	Ecografia Ostetrica - ginec	10	60	Zona	RT
	Elettrocardiogramma	10	60	Zona	ASL
	Fondo Oculare	10	60	Zona	ASL
	Audiometria	10	60	Ex ASL	ASL
	Colonscopia	10	60	Ex ASL	ASL
	Ecocolordoppler cuore	10	60	Ex ASL	ASL
	Ecocolordoppler dei tronchi sovra aortici	10	60	Ex ASL	ASL
	Ecocolordoppler dei vasi periferici	10	60	Ex ASL	ASL
	Ecografia Capo e collo	10	60	Ex ASL	ASL
	Ecografia Mammella	10	60	Ex ASL	ASL
	Elettrocardiogramma da sforzo	10	60	Ex ASL	ASL
	Elettrocardiogramma holter	10	60	Ex ASL	ASL
	Elettromiografia	10	60	Ex ASL	ASL
	Esofagogastroduodenoscopia	10	30	Ex ASL	ASL
	Mammografia	10	60	Ex ASL	ASL
	Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile	10	30	Ex ASL	ASL
	Spirometria	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto addome completo	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto addome inf	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto addome sup	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto bacino	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto capo	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto rachide	10	60	Ex ASL	ASL
	TC senza e con contrasto torace	10	60	Ex ASL	ASL
	RMN Cervello e tronco encef	10	60	Ex ASL	ASL
	RMN Colonna	10	60	Ex ASL	ASL
	RMN Muscoloscheletrica	10	60	Ex ASL	ASL
	RMN Pelvi, prostata e vescica	10	60	Ex ASL	ASL

Per le suddette prestazioni alle fasce di offerta B e D sono stati applicati vincoli geografici relativi all'ambito di riferimento per il rispetto dei tempi di attesa: ad esempio per la visita cardiologica la fascia di offerta B e D viene vincolata alla prenotazione degli assistiti della corrispondente zona. Le fasce U e P restano sempre prenotabili per tutti, senza l'applicazione di alcun vincolo geografico. La dimensione della P viene fissata nel 5-10% della offerta U-B-D ed ha una profondità di prenotazione di un anno (vd. Paragrafo successivo per la gestione).

I principi strategici del Piano aziendale di governo liste di attesa

- *La prossimità della offerta*

A fronte delle nuove dimensioni geografiche della ASL, soggetto titolare della tutela della salute dei cittadini residenti, l'elemento di prossimità della offerta entra nella programmazione e organizzazione della filiera outpatient non solo come elemento di qualità percepita ma anche come garanzia della equità di accesso.
La ASL Toscana Nord Ovest fin dalla DGRT 1080/2016 ha recepito l'indirizzo regionale, per cui il principio di prossimità delle prestazioni "di base" diventa l'assunto della strategia del Piano Aziendale di governo dei tempi di attesa. Alle prestazioni indicate dalla DGRT 1080/2016 l'Azienda aveva già aggiunto, per specifiche valutazioni di opportunità, come previsto dalla stessa delibera, anche la prima visita chirurgica e la prima visita urologica.

- *L'integrazione della offerta*

Un ulteriore principio altrettanto innovativo adottato dalla ATNO, è stata l'unificazione del governo strategico della offerta, che si compone di tre direttrici:

- *offerta istituzionale* personale dipendente (responsabili operativi della filiera di produzione: Direttore dipartimento - Responsabile Area - Responsabile UO)
- *offerta istituzionale specialisti ambulatoriali* (responsabile operativo: responsabile di zona)
- *offerta privato accreditato*

A tal fine l'ATNO si è dotata di una specifica struttura organizzativa (la UOSD gestione tempi di attesa) responsabile della analisi della domanda e della offerta, rispettivamente su base zonale e per filiera di erogazione, dotata degli strumenti idonei ad avere una visione di insieme sia delle criticità che delle potenzialità dell'offerta, sia in termini quantitativi che qualitativi, e quindi a formulare ai responsabili operativi e alla direzione strategica proposte di riequilibrio, sia mediante azioni di riorganizzazione che di potenziamento della offerta.

- *Il governo del privato accreditato*

A supporto di tale indirizzo strategico i rinnovi contrattuali con il privato accreditato sono stati rivisti con la logica del budget unificato, modulabile nelle diverse specialistiche a seconda delle progressive esigenze / priorità. Inoltre l'offerta non è stata vincolata al soddisfacimento del solo ambito territoriale di competenza, ma viene indirizzata in una logica di collaborazione cooperativa su ambiti territoriali logisticamente compatibili (esempio: produzione di San Camillo Forte dei Marmi utilizzato sia per la zona Versilia che per la zona Apuane).

Le azioni

- *Individuazione delle criticità e delle priorità di azione*

I tempi medi di attesa da flusso TAT gennaio-settembre 2017 erano i seguenti

		Lunigiana		Apuane		Valle del Serchio		Piana di Lucca		Pisana		Val d'Era		Alta V Cecina		Livornese		Bassa V Cecina		Val di Cornia		Elba		Versilia	
		TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate	TMA effettivo prenotazioni Prioritarie	TMA effettivo prenotazioni Programmate
PRIME VISITE CON TEMPO DI ATTESA MAX PER LE PRENOTAZIONI PRIORITARIE: 15 GIORNI	Cardiologia	32	47	15	49	28	58	22	70	23	83	19	74	14	11	38	112	21	132	103	118			71	64
	Chirurgia generale	8	9	56	83	28	44	25	164		138	14	37	6	18	28	36	14	48	10	13	4	28	35	23
	Dermatologia	13	51	21	67	19	81	17	85	13	32	12	25	9	10	53	85	10	28	9	18	5	19	23	25
	Neurologica	26	24	21	56	17	30	16	37	76	118	56	112	66	115	56	66	22	32	30	35	57	47	41	40
	Oculistica	51	56	33	50	73	72	39	85	32	98	29	137	26	79	43	62	25	54	55	59	9	37	32	28
	Ortopedia	14	29	39	70	11	19	24	48	11	19	13	39	33	35	18	30	24	41	30	43	31	63		
	Ostetricia e ginecologia	51	56	129	68	18	45	20	32		41	6	68	14	29	148	130		4		2	8	23	97	131
	Otorinolaringoiatria	39	46	24	35	9	17	14	24	52	71	38	83	49	71	41	51	24	37	22	35	27	32	26	16
	Urologia	15	53	21	68	16	23	26	37		59	26	79	22	56	104	89	12	37	60	72	22	55	40	35
PRIME VISITE CON TEMPO DI ATTESA MAX PER LE PRENOTAZIONI PRIORITARIE: 30 GIORNI	Allergologia					33	28	61	67			62	161										21	16	
	Chirurgia vascolare			57	105								169			17	20							101	
	Endocrinologia	35	160	68	191						42	7	86		11	13	27	265	327	53	227		117	67	43
	Fisiatria	43	44	43	71		81	35	44	23	90	23	91	16	131	21	55	77	82	125	121			51	30
	Gastroenterologia	23	25	15	23		81	10	21			41	153			63	69							89	119
	Pneumologia	36	89	76	288	27	77	21	74			24	124	15	114	55	87			112	201			55	50
	Reumatologia	32	125	17	104					10	69	20	104	11	50					145	182			67	72

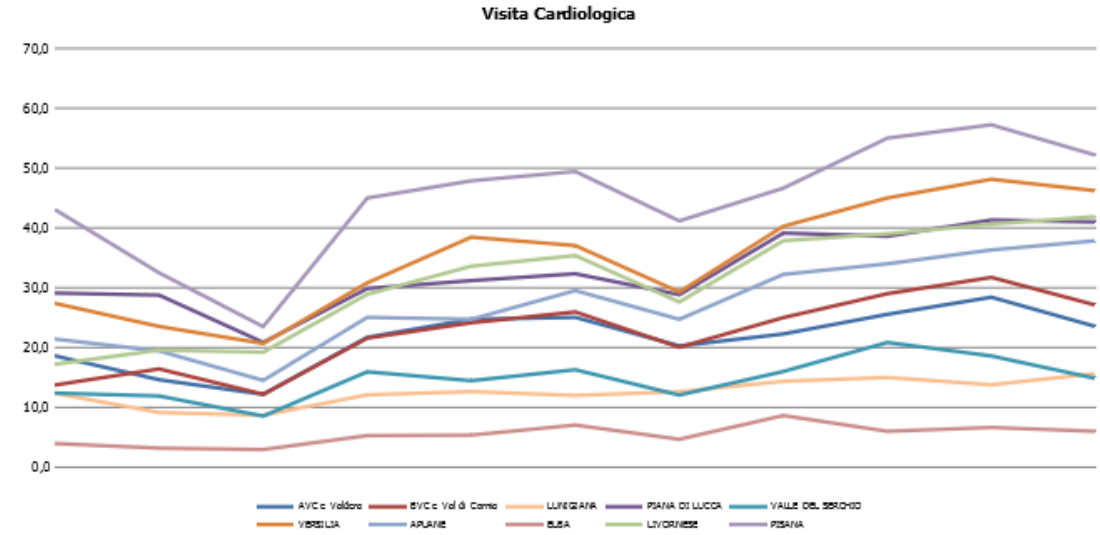
Come si vede il quadro era a macchia di leopardo, nel senso che le criticità apparivano disomogenee nelle diverse zone. Tuttavia le visite che mediamente risultavano più critiche, tra quelle da garantire in 15 gg, erano la cardiologica, oculistica e ginecologica; mentre le visite da garantire entro 30 gg erano tutte interessate da elevati tempi di attesa. La dimensione del problema era tale da non consentire di approcciarlo diffusamente e contemporaneamente su tutta la Azienda: sono state pertanto definite delle priorità di intervento basate sui seguenti criteri:

- gravità specifica della situazione (tempo di attesa visite prioritarie)
- livello della sofferenza dell'ambito territoriale (numero di criticità esistenti)
- possibilità operative di rimodulazione quantitativa dell'offerta nel breve periodo (presenza privato accreditato, presenza specialisti convenzionati non a tetto ore, possibilità di svolgere per brevi periodi attività aggiuntiva da parte dei professionisti aziendali)
- possibilità operative di rimodulazione qualitativa dell'offerta (es. spostamento di una quota dell'offerta di prestazioni di secondo livello sulle prime visite)

- *Analisi della domanda*

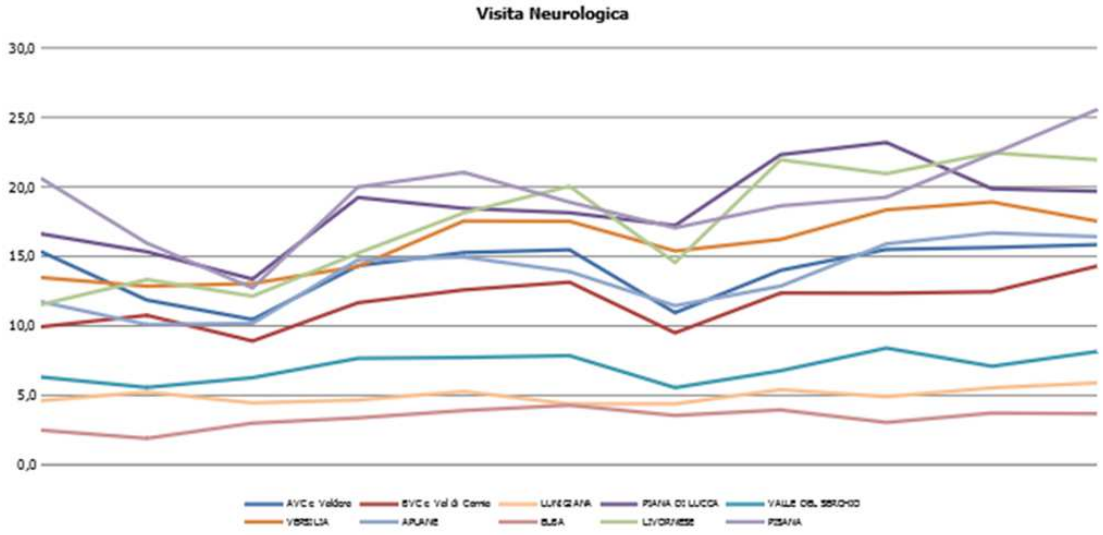
L'analisi della domanda è stata condotta utilizzando i report di prescrizione elettronica, forniti mensilmente dalla Regione, suddivisi per prestazione di primo e secondo contatto, tipo di prescrittore, zona di residenza del paziente, codice priorità della prescrizione. L'adesione dei medici prescrittori alla prescrizione elettronica è tale da rendere sostanzialmente affidabile tale dato come misura della domanda espressa dalla relativa popolazione assistita: i MMG/PLS della ATNO aderiscono ormai al 100% e gli specialisti superano il 90%. L'ambito di riferimento del dimensionamento epidemiologico della domanda è la Zona di residenza. Dall'analisi dei dati di tredici mesi è stato possibile calcolare il prescritto medio/giorno lavorativo e quindi la domanda settimanale espressa in ogni zona. E' stato altresì espresso in forma grafica l'andamento temporale delle prescrizioni di prima visita Cardiologica, Neurologica, Dermatologica, Oculistica, Orl, Ortopedica, che viene illustrata nei grafici in allegato. Salvo casi sporadici (prima visita ortopedia Livorno) si osserva una sostanziale stabilità della domanda nel corso dei mesi dell'anno, con un flesso abbastanza uniforme e diffuso nei mesi di agosto e dicembre

Esempi di analisi andamento domanda:



anno	mese	AVC e Valdera	BVC e Val di Cornia	LUNIGIANA	PIANA DI LUCCA	VALLE DEL SERCHIO	VERSILIA	APUANE	ELBA	LIVORNESE	PISANA
2017	marzo-maggio	18.6	13.7	12.3	29.1	12.4	27.4	21.4	4.0	17.2	43.0
2017	giugno	14.6	16.4	9.1	28.8	11.9	23.5	19.4	3.2	19.6	32.5
2017	agosto	12.2	12.2	8.7	20.9	8.5	20.7	14.5	3.0	19.2	23.5
2017	settembre	21.7	21.6	12.1	29.9	16.0	30.8	25.0	5.3	28.9	45.0
2017	ottobre	24.7	24.1	12.6	31.2	14.5	36.5	24.7	5.4	33.6	47.9
2017	novembre	25.0	26.0	12.0	32.3	16.3	37.0	29.5	7.0	35.4	49.4
2017	dicembre	20.3	20.1	12.6	26.8	12.1	29.3	24.7	4.7	27.6	41.2
2018	gennaio	22.3	25.0	14.4	39.1	16.0	40.3	32.2	6.6	37.9	46.6
2018	febbraio	25.6	29.0	15.0	38.6	20.9	45.0	34.0	6.0	39.0	55.0
2018	marzo	28.4	31.7	13.8	41.3	18.6	48.1	36.3	6.6	40.6	57.2
2018	aprile	23.5	27.1	15.6	41.0	14.8	46.2	37.8	6.0	41.9	52.2

Altro esempio di andamento della domanda (visita neurologica):



anno	mese	AVC e Valdera	BVC e Val di Cornia	LUNIGIANA	PIANA DI LUCCA	VALLE DEL SERCHIO	VERSILIA	APUANE	ELBA	LIVORNESE	PISANA
2017	marzo-maggio	15.3	9.9	4.6	16.6	6.3	13.5	11.7	2.5	11.5	20.6
2017	giugno	11.9	10.6	5.2	15.3	5.6	12.9	10.1	1.9	13.3	16.0
2017	agosto	10.5	8.9	4.5	13.4	6.3	13.0	10.2	3.0	12.1	12.7
2017	settembre	14.3	11.7	4.7	19.2	7.7	14.3	14.6	3.4	15.2	20.0
2017	ottobre	15.3	12.6	5.3	18.8	7.7	17.5	15.0	3.9	16.1	21.0
2017	novembre	15.5	13.1	4.4	19.1	7.9	17.5	13.9	4.3	20.0	16.9
2017	dicembre	10.9	9.5	4.4	17.2	5.6	15.4	11.4	3.6	14.6	17.1
2018	gennaio	14.0	12.4	5.4	22.3	6.6	16.2	12.9	4.0	22.0	16.6
2018	febbraio	15.5	12.4	4.9	23.2	8.4	18.4	15.9	3.1	21.0	19.3
2018	marzo	15.6	12.5	5.5	19.9	7.1	16.9	16.7	3.7	22.5	22.4
2018	aprile	15.6	14.3	5.9	19.7	8.2	17.5	16.4	3.7	21.9	25.6

Quindi la domanda non è solo misurabile ma, a questo punto, anche prevedibile.
E' stata condotta anche una analisi qualitativa della domanda, finalizzata a valutare l' esistenza di una adeguata abitudine prescrittiva di controlli, la cui carenza è fortemente suggestiva di una corrispondente carenza di offerta e di mescolamento delle due linee, con competizione sui tempi di attesa dei primi accessi da parte della pletora dei secondi accessi.
La visita cardiologia, ad esempio, in numerosi contesti (Versilia, Lucca Piana, Lucca Valle, Val di Cornia), aveva un ridottissimo numero di prescrizioni di visite di controllo.

- *Analisi della offerta*

✓ La domanda di primo contatto è stata posta in relazione con l'offerta di agenda pubblica presente al CUP in periodi privi di festività, calcolando la media settimanale dell'offerta.
✓ E' stata valutata la congruità del calo di offerta nel periodo estivo rispetto alla corrispondente flessione della domanda.
✓ E' stata effettuata una verifica della presenza dei codici di priorità, che mancavano su gran parte delle prestazioni di primo accesso delle zone ex ASL 6, e su diverse prestazioni della zona Apuane.
✓ E' stata valutata la esistenza e la idoneità del dimensionamento di contenitori per le visite di controllo/follow up: ricollegandosi alla osservazione sulla prescrizione delle visite di controllo cardiologiche, nelle zone sopra menzionate era assolutamente deficitaria anche l'offerta di tali visite.

Programmazione per l'allineamento domanda/offerta
(Dimensionamento ed assegnazione delle aree di produzione ambulatoriale)

- *Formulazione delle risposte: dalle priorità all'Open Access*

Sulla base delle analisi sopra descritte sono state formulate le azioni da adottare per riequilibrare domanda e offerta, garantendo l'esistenza di un'adeguata capienza per recepire i secondi contatti e sottrarli alla circolazione nel flusso delle prime visite.
Metodologicamente il processo decisionale prevede:
✓ il confronto con i professionisti sui margini di recupero interni al sistema
✓ azioni di ottimizzazione organizzativa: implementazione dell'offerta di controlli, con effetto deflattivo sulla domanda di primo accesso; incremento delle prime visite da riconversione attività a minore priorità; ottimizzazione dei tempi di ambulatorio
✓ potenziamento dell'offerta, a volte anche solo transitorio per bypassare la fase di assestamento della domanda a seguito della riorganizzazione della filiera prima visita/controllo.

A fronte di deficit strutturali dell'offerta sono state valutate con la direzione strategica le soluzioni integrative, mediante reclutamento di specialisti ambulatoriali e/o rimodulazione del budget del privato accreditato.
L'offerta di primo accesso, una volta bilanciata con la relativa domanda, viene differenziata, laddove non già fatto, in classi di priorità o, se la situazione lo consente, si trasforma l'erogazione in Open Access. L'offerta per la domanda non differibile (B, D o OA), viene indirizzata alla popolazione assistita della zona. Su questa offerta viene garantito il rispetto dei tempi di attesa massimi per classe di priorità come da indicazioni della DGRT 750/2018.
In ogni zona viene comunque negoziato con i professionisti un volume di prestazioni di primo accesso pari al 5-10% del totale accessibile per tutti gli assistiti del SSN.
La ATNO dal 2016 è impegnata in un percorso, partito in via sperimentale con la AOUP sulla zona Pisana, finalizzato a garantire in tempo reale (massimo tre giorni dalla prenotazione), le

ecografie addome di primo contatto (richieste dai MMG) ai residenti di tale ambito territoriale (il cosiddetto **Open Access**).

L'approccio metodologico si ispira alle tecniche di gestione Lean delle filiere di produzione, nelle quali il dimensionamento dei processi è finalizzato ad evitare la creazione di code di produzione. In pratica si allinea il volume dell'offerta a quello della domanda istantanea. Con questo approccio si ha il vantaggio di abolire, appiattendole al tempo minimo dei tre giorni previsto per le U-Urgenti, le classi di priorità, che in alcuni casi differenziano in maniera clinicamente poco ragionevole tra B - breve (tempo massimo 7 o 10 giorni) e D Differibile (tempo massimo 15 - 30 - 60 giorni), creando più che altro notevoli vincoli gestionali nella costruzione delle agende.

A favore di questo orientamento si pone anche l'osservazione, rammentata precedentemente, che il 60-70% delle prescrizioni dei MMG è ancora priva di indicazione di priorità.

Per realizzare una offerta di primo contatto in Open Access nell'ambito della produzione di prestazioni ambulatoriali è assolutamente indispensabile rispettare rigorosamente quanto già descritto essere necessario per il bilanciamento domanda - offerta con il sistema delle priorità:

- ✓ conoscenza esatta della domanda di primo contatto e del suo sviluppo nel tempo
- ✓ offerta dimensionata a tale domanda non occupabile da domanda di altro tipo: ovvero all'offerta di primo contatto non devono poter accedere le prescrizioni di visite/prestazioni di controllo/secondo contatto; e non devono poter accedere domande di primo contatto provenienti da una popolazione diversa da quella su cui è stata misurata la domanda.

Da questo ultimo principio derivano, come corollario:

- ✓ la flessibilità dimensionale della offerta di primo contatto, che deve essere in grado di adeguarsi ancora più velocemente alle fluttuazioni della domanda;
- ✓ la necessità di assicurare "bacini di offerta" di secondo contatto a loro volta adeguatamente dimensionati ed accessibili / prenotabili con la latenza/profondità specifica: quindi, di avere agende dei controlli aperte almeno fino ad un anno;
- ✓ la necessità di "proteggere" l'offerta dedicata alla popolazione di cui si è misurata la domanda : zonizzazione.

Abbiamo già visto che è possibile assicurare quasi tutti i suddetti elementi: manca solo la valutazione della fluttuazione della domanda e dei meccanismi di adattabilità "istantanea" del sistema. Per le caratteristiche giuridico - organizzative delle aziende sanitarie pubbliche, una grande variabilità temporale della domanda rappresenterebbe una grave criticità, perché mancano al momento strumenti sufficientemente snelli per assicurare una parallela tempestiva flessibilità della offerta. In realtà già l'esperienza dell'OA sulla zona Pisana, sia per l'eco addome che per la visita cardiologica, avevano indicato una sostanziale stabilità della domanda nei mesi dell'anno, con un leggero flesso nel periodo estivo. A verifica di questa osservazione la analisi dell'andamento temporale delle prescrizioni di prima visita Cardiologica, Neurologica, Dermatologica, Oculistica, Orl, Ortopedica, conferma le osservazioni preliminari di una sostanziale stabilità della domanda nel corso dei mesi dell'anno, fluttuante rispetto al valore medio in dimensioni compatibili con una strutturazione dell'offerta in Open Access. Un limite ostativo all'adozione di questo modello è la frequenza di erogazione dell'offerta, che se troppo discontinua (meno di tre sedute settimana), impedisce di mantenere allineati i flussi di domanda ed offerta. Questa è una evenienza tipica delle zone meno popolose, spesso servite per le attività ambulatoriali da proiezioni delle zone provinciali, per cui si tende a concentrare l'offerta in uno/due accessi settimanali (se non meno). Quindi nella riorganizzazione dell'offerta viene privilegiato, quando possibile, il modello Open Access, adottandolo sin da subito laddove la dimensione delle "code" è tale da rendere sostenibile il riallineamento di domanda. Laddove non possibile si strutturano e dimensionano le varie classi di priorità.

Organizzativamente anche l'offerta in Open Access viene resa accessibile solo agli assistiti della zona, nella logica che se ciascuno trova in prossimità l'offerta non ha necessità di spostarsi e che solo la domanda di una popolazione stabile, come quella residente, è prevedibile e programmabile. Una offerta residua viene comunque anche nell'Open Access lasciata accessibile a tutti, anche se con tempi di attesa oltre i limiti massimi.
Di seguito la valorizzazione degli interventi programmati e in parte adottati per il governo tempi di attesa per ciascuna prestazione e per zona

Area Chirurgica

	chirurgica				dermatologica				oculistica				TOTALE	
	Art 55		Special Ambulat		Art 55		Special Ambulat		Art 55		Special Ambulat			
	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018
Lunigiana	€ 10.800	€ 10.920											€ 10.800	€ 10.920
Livornese		€ 8.640				€ 30.400		€ 39.520					€ -	€ 78.560
Elba										€ 4.800			€ -	€ 4.800
Versilia						€ 30.400							€ -	€ 30.400
TOTALE	**€ 10.800**	**€ 19.560**	**€ -**	**€ -**	**€ -**	**€ 60.800**	**€ -**	**€ 39.520**	**€ -**	**€ 4.800**	**€ -**	**€ -**	**€ 10.800**	**€ 124.680**

	otorino				ortopedica				urologica				TOTALE	
	Art 55		Special Ambulat		Art 55		Special Ambulat		Art 55		Special Ambulat			
	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018
Lunigiana					€ 51.720	€ 42.120							€ 51.720	€ 42.120
Valdera - AVDC		€ 9.720											€ -	€ 9.720
Versilia										€ 12.000			€ -	€ 12.000
TOTALE	**€ -**	**€ 9.720**	**€ -**	**€ -**	**€ 51.720**	**€ 42.120**	**€ -**	**€ -**	**€ -**	**€ 12.000**	**€ -**	**€ -**	**€ 51.720**	**€ 63.840**

Area Medica

	cardiologica						neurologica						TOTALE	
	Art 55		Accreditatti		Specialisti ambulatoriali		Art 55		Accreditatti		Specialisti ambulatoriali			
	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018
Piana Lucca					€ 10.000								€ 10.000	€ -
Valdera - AVDC							€ 7.800				€ 6.720		€ 14.520	€ -
Livornese	€ 50.400	€ 21.600			€ 16.640	€ 7.680	€ 7.200						€ 74.240	€ 29.280
Valli etrusche	€ 115.776	€ 30.000			€ 13.000						€ 6.000		€ 134.776	€ 30.000
Elba						€ 20.000					€ 7.000		€ 7.000	€ 20.000
Versilia	€ 48.600					€ 30.000					€ 80.400		€ 129.000	€ 30.000
TOTALE	**€ 214.776**	**€ 51.600**	**€ -**	**€ -**	**€ 39.640**	**€ 57.680**	**€ 15.000**	**€ -**	**€ -**	**€ -**	**€ 100.120**	**€ -**	**€ 369.536**	**€ 109.280**

Diagnostica per immagini

	RM							
	ART 55		Accreditati		Specialisti ambulatoriali		TOTALE	
	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018
Lunigiana		€ 56.160					€ -	€ 56.160
Apuane	€ 49.920	€ 65.040					€ 49.920	€ 65.040
Piana Lucca		€ 18.720					€ -	€ 18.720
Valdera -AVDC		€ 93.590					€ -	€ 93.590
Livornese	€ 2.400	€ 18.720		€ 74.000			€ 2.400	€ 92.720
Valli etrusche	€ 21.600	€ 101.520		€ 74.000			€ 21.600	€ 175.520
Elba				€ 33.333			€ -	€ 33.333
Versilia		€ 48.960					€ -	€ 48.960
TOTALE	**€ 73.920**	**€ 346.550**	**€ -**	**€ 181.333**	**€ -**	**€ -**	**€ 73.920**	**€ 527.883**

	ECO							
	Art 55		Accreditati		Specialisti ambulatoriali		TOTALE	
	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018
Lunigiana	€ 36.000	€ 36.000					€ 36.000	€ 36.000
Apuane	€ 56.160	€ 56.160					€ 56.160	€ 56.160
Valdera -AVDC	€ 24.840	€ 24.840					€ 24.840	€ 24.840
Livornese			€ 150.000	€ 150.000			€ 150.000	€ 150.000
Valli etrusche	€ 27.900	€ 4.650	€ 150.000	€ 150.000			€ 177.900	€ 154.650
Elba	€ 25.920	€ 12.933					€ 25.920	€ 12.933
TOTALE	**€ 170.820**	**€ 134.583**	**€ 300.000**	**€ 300.000**	**€ -**	**€ -**	**€ 470.820**	**€ 434.583**

Nell'ambito dei finanziamenti illustrati si è perseguita l'ottimizzazione delle risorse interne prima della esternalizzazione dei servizi. A titolo di esempio si riporta il progetto per ottimizzare l'uso delle RMN aziendali. A fronte delle difficoltà esistenti, per completare in modo stabile la dotazione organica dei radiologi dell'azienda, è stato attivato un progetto aggiuntivo ex art. 55 per gli ambiti territoriali dove si registrano le principali criticità o quale soluzione strategica per sopperire alle criticità di zone limitrofe, dove non è possibile un incremento di offerta in attività aggiuntiva per indisponibilità di tempo macchina (Neuroradiologia Livorno e Radiologia Apuane) o di personale.

SEDE operativa	*N. turni sett. 6 ore*	*Tomografo RM*	*Fasce orarie*	*Personale coinvolto*	*TIPOLOGIA ESAMI*
LUCCA	1	1 tomografo in dotazione	Sabato 14-20	U.O. Radiologia Lucca e VDS	Tutte le tipologie compresi MDC
PONTEDERA	2	1 tomografo in dotazione	Venerdì 14 - 20 Sabato 08-14 14-20	U.O. Radiologia VDE e AVC	Tutte le tipologie compresi MDC
VOLTERRA	2	1 tomografo in dotazione	Venerdì 14 - 20 Sabato 08-14 14-20	U.O. Radiologia VDE e AVC	Tutte le tipologie senza MDC
LIVORNO	1	1 tomografo in dotazione	Sabato 14-20	U.O. Radiologia LIVORNO	Tutte le tipologie compresi MDC
CECINA	1	1 tomografo in dotazione	Martedi 08-14	Radiologia Cecina	Solo esami NEURO (encefalo e colonna compresi MDC)
PIOMBINO	2	1 tomografo in dotazione	Mercoledi 08-14 Venerdi 14-20	Radiologia Piombino	Tutte le tipologie compresi MDC
VERSILIA	1	Primo tomografo (più performante)	Lunedì 14-20	U.O. Radiologia Versilia	Tutte le tipologie compresi MDC
VERSILIA	1	Secondo tomografo	Mercoledì 08-14	U.O. Radiologia Versilia	Solo esami colonna compresi MDC
VERSILIA	2	Secondo tomografo	Mar-gio 08-14	U.O. MASSA CARRARA	Solo esami colonna senza MDC per utenti ambito territoriale ex USL1

CORD - AIUTO POINT

	TC		RM		TOTALE IMPORTI	
	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018
Lunigiana					**€ -**	**€ -**
Apuane			€ 49.420	€ 49.420	**€ 49.420**	**€ 49.420**
Piana Lucca				€ 15.120	**€ -**	**€ 15.120**
Valdera -AVDC	€ 22.340	€ 22.340			**€ 22.340**	**€ 22.340**
Livornese	€ 53.280	€ 40.680			**€ 53.280**	**€ 40.680**
Elba	€ 25.867	€ 4.311			**€ 25.867**	**€ 4.311**
Versilia	€ 81.130	€ 35.880			**€ 81.130**	**€ 35.880**
TOTALE	**€ 182.617**	**€ 103.211**	**€ 49.420**	**€ 64.540**	**€ 232.037**	**€ 167.751**

La tabella seguente riassume gli importi totali

	ART. 55		Accreditati		Specialisti ambulatoriali		Totale		Totale complessivo
AMBITO	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18	IMPORTO 2 SEM 2018	IMPORTO Lug/17- GIU /18 2 SEM 2018
AREA MEDICA	229.776	51.600	0	0	139.760	57.680	369.536	109.280	478.816
AREA CHIRURGICA	62.520	149.000			0	39.520	62.520	188.520	251.040
IMMAGINI	244.740	481.133	300.000	481.333	0	0	544.740	962.466	1.507.206
CORD	232.037	167.751					232.037	167.751	399.788
TOTALE	769.073	849.484	300.000	481.333	139.760	97.200	1.208.833	1.428.017	**2.636.850**

- *Monitoraggio e tuning*

Per le prestazioni in esame la domanda della popolazione della ASL Toscana Nord Ovest è sostanzialmente stabile su base annuale con lievi e costanti fluttuazioni infraannuali.
Variazioni anche brusche nell'offerta sono invece possibili e talora frequenti nella offerta erogata (pensionamenti, gravidanze, malattie, guasto macchina), che vanno tempestivamente intercettate per attivare i meccanismi di compensazione. Pertanto la tabella sopra rappresentata subisce costanti aggiornamenti in funzione delle evoluzioni.
Tutto ciò determina la necessità di una continua attività di monitoraggio e rimodulazione della offerta, al fine di mantenere costante il suo allineamento con la domanda.
Allo scopo sono state sviluppati su CUP 2.0 dei report specifici che consentono di controllare le diverse variabili del sistema ambulatoriale

Modalità di scorrimento e manutenzione delle agende, di spostamento delle prenotazioni e di utilizzo del sistema di prenotazione

Le agende di controllo hanno una profondità di prenotabilità di almeno 365 giorni ogni giorno, e comunque tale da soddisfare la presa in carico del paziente al termine della visita in rapporto alla articolazione del percorso di follow up. La generazione di un giorno di agenda ogni giorno è resa automatica nelle sedi che utilizzano l'applicativo CUP 2.0. Le agende di primo contatto distribuiscono l'offerta in fasce U, B, D, P con proporzioni definite, sulla base della analisi della domanda, con il Responsabile della GO. La applicazione di vincoli geografici è soggetta alla valutazione della GO. In presenza di vincoli geografici (zonizzazione) e/o di vincoli di prenotazione (agende o fasce riservate ad uno specifico prenotatore), per non perdere offerta i suddetti vincoli decadono di norma 5 giorni prima della data della prestazione risultante ancora non prenotata. La GO può definire che in alternativa alla decadenza del vincolo si applichi la possibilità di prenotare ulteriori prestazioni (esempio: eco addome con vincolo geografico si

trasforma in tutte le eco internistiche sempre con vincolo geografico). La fascia P viene aperta con profondità annuale e comunque deve sempre presentare prenotabilità: laddove risultino esauriti i posti prenotabili viene innanzitutto allungata in automatico di un mese (30gg di calendario) la prenotabilità, e quindi viene data segnalazione alla GO, che negozia con la linea operativa una rimodulazione dell'offerta. In caso di spostamenti d sessioni ambulatoriali o di presa in carico di priorità U/B che non trovano posto nella normale programmazione sono consentite prenotazioni in forzatura della pianificazione agenda, in accordo con il Referente operativo della agenda. Le prenotazioni in "forzatura" sono consentite solo per prestazioni che risultano essere erogate nell'agenda oggetto di erogazione.

Equità di accesso e qualità delle prestazioni di Laboratorio

Il Dipartimento di Patologia Clinica ha il compito di fornire l'erogazione delle attività di Medicina di Laboratorio, garantendo equità di accesso all'utenza, elevata qualità delle prestazioni, tempi di risposta contenuti, favorendo l'accorciamento delle degenze e dell'iter diagnostico, la deospedalizzazione, l'attività ambulatoriale integrata. Si articola in tre Aree: Laboratorio Analisi, Anatomia Patologica e Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

Laboratorio Analisi

Nel biennio 2016 – 2017 si è progressivamente raggiunta la centralizzazione delle attività di Microbiologia del polo nord aziendale presso il Laboratorio Analisi di Lucca, a cui oggi arrivano i campioni degli ambiti territoriali di Massa, Lucca e Versilia. Ciò ha reso maggiormente sostenibile l'acquisizione di apparecchiature di nuova generazione, che hanno permesso a questo importante settore di compiere un notevole salto tecnologico e qualitativo. L'accentramento ha anche consentito di mantenere il servizio aperto h12 nei confronti di tutti i territori afferenti.

Obiettivi specifici

- ✓ avviare l'utilizzo del sistema informatico unico di laboratorio
- ✓ ultimare la centralizzazione della microbiologia di Pontedera su Livorno
- ✓ perseguire la centralizzazione di ulteriori settori specialistici

Anatomia patologica

Lo stato dell'arte:

L'azienda a gennaio del 2016 aveva 4 UOC di Anatomia Patologica fortemente disomogenee per quantità e qualità di prestazioni erogate con tempi di risposta variabili ma che si attestavano sulle due settimane con punte talora di 40 giorni. La disomogeneità era maggiormente apparente nella completezza del referto oncologico, che in molte realtà non appariva esaustivo di tutte le informazioni biomolecolari essenziali per una corretta condotta terapeutica oncologica e che costringeva pazienti e oncologi a peregrinazioni verso la AOUP con conseguente dispersione di informazioni e ritardi. Inoltre la ridotta casistica derivante dalle ridotte dimensioni delle stesse ASL, infatti servivano una popolazione media di circa 200.000 abitanti con un carico di lavoro pari a 11-12.000 casi istologici/anno e 5-6.000 casi citologici/anno non permetteva di poter formare specialisti patologi in ogni singolo settore e ciò si rifletteva su una disomogeneità nella qualità dei referti all'interno della singola UOC per singole patologie.

Queste disomogeneità erano ancora più evidenti nella lettura dei Pap Test di screening cervico-vaginale e clinici in quanto alcune aree (ex ASL1,5,12) erano dotate della tecnologia e del know how del cosidetto "strato sottile" mentre altre (ex ASL2 e 6) continuavano a fornire il servizio mediante lettura di strisci convenzionali, metodo quest'ultimo non sostenibile nell'ottica del passaggio ad HPV primario.

Le ridotte dimensioni del bacino di utenza e la necessità di fornire comunque un servizio accettabile portava di conseguenza alla presenza nel territorio di ridondanze strumentali a fronte di personale sempre ai limiti di sostenibilità.

Per ultimo a partire dal primo Gennaio 2016 occorreva assicurare l'annullamento della esposizione ai vapori di formalina nelle sale operatorie come richiesto dalla Comunità Europea.

Le azioni e i risultati ottenuti al 31 Dicembre 2017

La Anatomia Patologica aziendale si è riorganizzata come segue:

- ✓ costituzione di due grandi piattaforme istologiche una al Nord dell'Area con sede a Carrara ed una a Sud con sede a Livorno, omogenee per organizzazione interna, flussi di lavoro e dotazioni strumentali. La prima assicura il servizio per le zone di Massa-Versilia-Lucca e serve 7 PO (Fivizzano, Pontremoli, Barga, Castelnuovo G.,Lucca, Versilia, Apuane) per un totale di 36.000 casi istologici/anno. Inoltre garantisce l'esecuzione di tutti i test biomolecolari oncologici necessari alla Oncologia Medica di tutta l'ATNO (si tratta principalmente di tumori solidi) per una necessità annua di circa 1000 pazienti. Viene inoltre garantito il servizio di assistenza intraoperatoria quotidiana sulle piattaforme chirurgiche di Lucca, Massa e Versilia. I tempi di attesa a regime e osservati nel primo trimestre 2018 si attestavano sui 13 giorni di calendario al novantesimo percentile.
- ✓ La piattaforma livornese è stata irrobustita con l'inserimento di personale dirigente. Le criticità riguardanti i tempi di attesa per i referti istologici sono state risolte.
- ✓ Al PO di Versilia è stato costituito il **Centro di Citodiagnostica** unico aziendale a valenza dipartimentale, in grado attualmente di garantire l'allestimento, la lettura e la refertazione di **tutti i Pap test di screening** aziendali in strato sottile, inoltre garantisce l'allestimento e la lettura della citologia clinica per le zone di Massa, Versilia e Lucca.
- ✓ E' attivo il sistema gestionale unico di anatomia patologica per tutta l'azienda che tra l'altro permette ai medici ospedalieri prescrittori di visualizzare in tempo reale i referti di loro competenza per i pazienti ambulatoriali mentre per i pazienti in regime di ricovero il referto viene automaticamente inserito nella loro cartella clinica elettronica appena disponibile (firma elettronica)
- ✓ I blocchi operatori di Piombino, Cecina, Livorno, Versilia, San Luca e PO Apuane sono tutti dotati di un sistema di conservazione e di trasporto alla Anatomia Patologica di riferimento (Nord e Sud) dei pezzi anatomici in sottovuoto e a temperatura controllata (+4°) mentre per i blocchi operatori di minori dimensioni sono a disposizione contenitori di sicurezza che non permettono l'esposizione dell'operatore ai vapori di formalina.
- ✓ E' collaudato ed attivo un sistema di lettura robotizzata a distanza dei vetrini fra PO Apuane e sede di Carrara per l'assistenza intraoperatoria, onde garantire sempre la migliore assistenza diagnostica.
- ✓ Sono attivi due Gruppi di Patologia Interaziendale frutto della collaborazione fra le Anatomie Patologiche della ATNO e della AOUP. Il primo dedicato alla patologia emolinfopoietica e il secondo alla patologia della Testa- Collo, dei Tessuti molli e dell'osso. I due gruppi si riuniscono a cedenza bisettimanale a discutere i casi più problematici a richiesta degli stessi patologi o dei colleghi clinici.
- ✓ La concentrazione di risorse professionali in piattaforme uniche ha permesso la specializzazione dei professionisti patologi e l'abbandono definitivo dell'idea romantica ma rischiosissima del patologo *tuttologo,* figura per necessità presente solo nelle strutture di piccole dimensioni. Infatti per ogni settore della patologia si sono individuati professionisti dedicati che curano con particolare riguardo l'aggiornamento professionale e la qualità del settore da loro governato. Rappresentano infatti punti di riferimento specialistico per i colleghi clinici e per i pazienti della intera azienda.

Aree di miglioramento

- ✓ Nonostante il grado di automazione raggiunto nelle due piattaforme istologiche (Carrara e Livorno) e nel Centro di Citodiagnostica, rimangono dei colli di bottiglia manuali, operatore-dipendenti, che rendono il sistema fragile qualora si verifichino assenze sia programmate che non, di personale tecnico. A tale fragilità si cercherà di porre rimedio sia con un

continuo aggiornamento strumentale dotando le piattaforme diagnostiche di strumentazioni innovative sia con una oculata implementazione del personale tecnico accompagnata da una sempre più sofisticata preparazione professionale degli stessi.

- ✓ Rimane ancora da omogeneizzare l'attività diagnostica della zona pisana (ex ASL5) ed allinearla con le rimanenti zone della ATNO compreso anche l'attività di screening cervico-vaginale che rimane tuttora citologica.
- ✓ I referti cito-istologici ancora stampati ed inviati ai centri di distribuzione o reparti richiedenti. Ciò oltre a rappresentare una spesa contenibile non rappresenta un valido sistema di controllo della consegna degli stessi agli aventi diritto e comporta giorni di attesa inutili da parte dell'utenza nonché un impegno di forza lavoro da parte della AP.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: Internalizzazione delle prestazioni cito-istologiche dell'ex ASL5 ora esternalizzate verso la AOUP. Allineamento strumentale del blocco operatorio di Pontedera ai rimanenti blocchi operatori aziendali (sistema sottovuoto di protezione, stazione robotizzata per la refertazione a remoto, sistema di allestimento e colorazione rapida delle estemporanee)

Obiettivo 2: Completare l'ammodernamento delle strumentazioni in modo da rendere la Anatomia Patologica della ATNO in grado di soddisfare appieno le esigenze della popolazione di riferimento sia per quanto riguarda i tempi di attesa delle risposte che la loro intrinseca qualità.

Obiettivo 3: Partecipare al completamento dell'implementazione dell'HPV primario nella ex-ASL 5 e completare l'opera di centralizzazione di tutta la citologia (Nord e Sud) al Centro di Citodiagnostica del Versilia

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Azione 1: HPV primario della ex ASL 5 da completarsi entro Dicembre 2018.
Formalizzazione della strategia informatica essenziale al trasferimento del materiale da Pontedera a Firenze (ISPRO) entro 2018.

Azione 2: Completamento delle gare regionali per: a) strumentazione robotizzata per l'assistenza a remoto degli esami intraoperatori (la commissione di capitolato di tale gara è stata già nominata) b) Stazione di taglio completamente automatizzata

Azione 3: Dotare l'ex ASL 5 del sistema gestionale unico della Anatomia Patologica onde permettere l'accettazione e la spedizione "tracciata" del materiale cito-istologico verso le piattaforme di riferimento (Livorno per l'istologia e Versilia per la citologia). Da completarsi entro 2018 una volta aggiornata la pianta organica della piattaforma livornese secondo le nuove necessità.

Azione 4: Specializzazione di dirigenti dedicati alla patologia melanocitaria con stage in istituzioni prestigiose europee onde assicurare un supporto altamente specialistico alla Melanoma Unit aziendale. Azione da completarsi entro 2018.

Azione 5: Istituzione di percorsi di formazione e di specializzazione per il personale tecnico onde formare figure tecniche professionali in linea con la figura di "assistant pathologist" già ampiamente presente in ambito europeo.

I Risultati attesi 2018-2019

Risultato 1: Completa internalizzazione delle prestazioni di anatomia patologica richieste dalla popolazione di riferimento.

Risultato 2: Eliminazione dei colli di bottiglia e maggiore fluidità nei processi lavorativi con minore stress a carico delle figure professionali coinvolte in tali processi.

Risultato 3: Miglioramento continuo della performance in termini di affidabilità, robustezza e tempistica delle prestazioni erogate.

LA RIABILITAZIONE

LA RIABILITAZIONE

Lo stato dell'arte:
Le disomogeneità assistenziali e organizzative rilevate in partenza:
Ospedale e Territorio in Riabilitazione sono due entità operative integrate ed inscindibili, il cui scopo comune è il massimo recupero possibile dalle condizioni di disabilità ed il miglioramento della qualità di vita della persona disabile.
In Riabilitazione quindi l'ambito ospedaliero e quello territoriale non possono essere scissi, rappresentando un *continuum* operativo per la presa in carico unitaria della persona con disabilità.
Al momento della sua costituzione, l'obiettivo primario del Dipartimento di Riabilitazione dell'ASL TNO è stato quello di affermare l'importanza dell'équipe riabilitativa coordinata dal medico fisiatra nella presa in carico unitaria della persona disabile, dalla fase acuta fino alla condizione di stabilità.
Ciò allo scopo di definire le azioni specifiche di riabilitazione in ambito ospedaliero e consolidarle in ambito territoriale, modulando la risposta (scelta del *setting* riabilitativo appropriato) attraverso diverse intensità, di favorire l'integrazione socio-sanitaria grazie al costante dialogo con le Zone-Distretto/SdS ed il Servizio Sociale, di considerare l'«ausilio complesso» come uno strumento di autonomia e parte integrante del medesimo Progetto.
Per raggiungere un obiettivo così articolato è stato necessario prima di tutto leggere i modelli organizzativi presenti nelle diverse realtà al momento dell'istituzione dell'ASL TNO ed evidenziarne le differenze:

- "modello dipartimentale" per la ex Asl 5 e la ex ASL 12 cui era stata assegnata la *governance* clinica ed organizzativa del percorso e dei vari nodi della rete riabilitativa nonchè il controllo dei budget (inclusa l'assistenza protesica),
- "modello zonale" per le ex ASL 1, 2 e 6 con caratterizzazioni diverse, legate sia alla gestione del budget che alla responsabilità degli ambiti di attività (ospedaliero e territoriale)

La riabilitazione in regime di degenza ospedaliera (codice 75 e 56)

La difforme ubicazione dei posti letto di Riabilitazione nelle diverse ex-ASL ha mostrato fin dalla costituzione della ATNO la necessità di un confronto serrato con le Strutture private accreditate al fine di perseguire un modello di intervento omogeneo, nel quale tutte le risorse sia pubbliche che private fossero considerate "nodi" di una rete comune, basata su appropriatezza ed equità.
La situazione precedente l'unificazione delle ex ASL era così rappresentata:

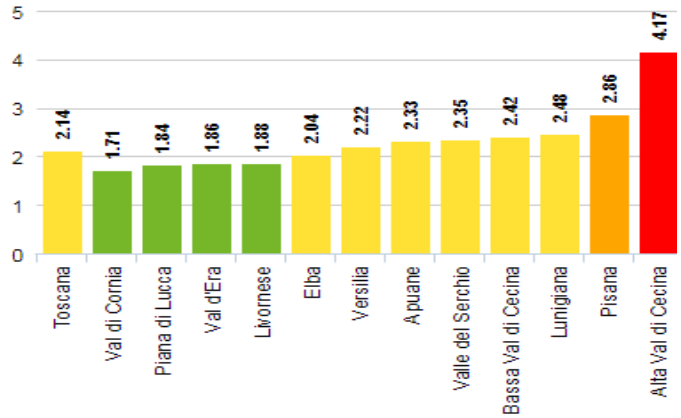
- **I posti letto codice 75** (riservati ai pazienti con Gravi Cerebrolesioni Acquisite - GCA-) erano ripartiti in 14 p.l. pubblici presso l'Ospedale Versilia e 18 p.l. convenzionati presso Auxilium Vitae di Volterra. In assenza di percorsi prestabiliti e condivisi, l'invio degli utenti veniva gestito direttamente dagli Ospedali per acuti, con criticità frequenti rispetto alla presa in carico successiva alla fase ospedaliera. Particolarmente difficoltosa risultava la presa in carico delle persone in Stato Vegetativo, in Stato di Minima Coscienza ed in condizioni di gravissima disabilità.

- **I posti letto codice 56** (riservati ai pazienti in uscita dai reparti per acuti con necessità riabilitative complesse e bisogno di sorveglianza medica continuativa) erano anch'essi suddivisi in pubblici e convenzionati.
  Nella **ex ASL 1** sia i 13 p.l. del Presidio Ospedaliero di Fivizzano che i 45 p.l. di Marina di Massa erano gestiti dall'Istituto Don Gnocchi.

Nella **ex ASL 2** erano presenti 30 p.l. di degenza ordinaria pubblici collocati nel Presidio Ospedaliero di Barga.
La **ex ASL 12** contava su 19 p.l. di degenza ordinaria pubblici presso l'Ospedale Versilia, cui si aggiungevano alcuni p.l. gestiti da privati convenzionati (Barbantine e San Camillo).
Nella **ex ASL 5,** priva di posti letto a gestione diretta, la degenza era affidata ad Auxilum Vitae di Volterra che contava 75 p.l.
La **ex ASL 6** gestiva direttamente i suoi 12 p.l. ubicati nel PO di Cecina.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017

Grazie alla presenza strutturata dei medici fisiatri in tutti i P.O. dell'ASL TNO, il percorso riabilitativo degli utenti è diventato più uniforme e tempestivo, favorendo la continuità alla dimissione dai reparti per acuti e il passaggio in *setting* appropriati, anche tenendo conto dell'ambito territoriale di residenza del paziente e della sua famiglia.
Conseguentemente è stato possibile iniziare una riqualificazione delle degenze aziendali di cod. 56, prevedendo la loro parziale conversione in livelli assistenziali carenti. Un esempio è la trasformazione a Barga di 10 p.l. cod. 56 in altrettanti p.l. di riabilitazione ex-art. 26, che garantiscono un'appropriata intensità assistenziale e riabilitativa. Analoghe riduzioni di p.l. sono state realizzate presso la Struttura privata accreditata San Camillo (Viareggio).
Per l'Area Sud, è stata promossa l'integrazione di Auxilium Vitae di Volterra nei percorsi riabilitativi dei pazienti residenti nell'ambito territoriale di Pisa e Livorno, coinvolgendo in modo strutturato i medici fisiatri del Dipartimento anche nella definizione del percorso di uscita dal reparto di riabilitazione verso setting a minor intensità.
E' stato inoltre riqualificato il Reparto Cod. 56 di Cecina, che è divenuto il riferimento per gli utenti della Bassa Val di Cecina e della Val di Cornia. E' stata anche istituita una UOS di Riabilitazione Cardiologica, in linea con l'esperienza e la tradizione del Presidio.
Per quanto riguarda il percorso delle GCA ed in particolare dei *pazienti in Stato Vegetativo* e in *Stato di Minima Coscienza*, il Dipartimento di Riabilitazione ha realizzato uno specifico percorso, grazie alla presenza a Cecina della Residenza Sanitaria Riabilitativa "Aurora" nata come specifico progetto regionale. Risulta infatti necessario garantire la continuità della presa in carico per queste persone e le loro famiglie qualora, all'uscita dai reparti di Alta Specialità Riabilitativa (Cod. 75), non sia possibile organizzarne un rientro a domicilio.
Il grafico mossa il tasso di ospedalizzazione per specialità in dimissione con codice 56 del 2017. il dato relativo alla alta val di Cecina, pur rimanendo elevato si riduce da 5,44 nel 2016 a 4,17 nel 2017



Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1:
Riduzione del 10% del budget per ricoveri cod. 56 del Don Gnocchi (Massa) e relativa riconversione in attività ex art. 26 residenziale.

Obiettivo 2:
Acquisizione di due sistemi tecnologicamente avanzati, uno per il cammino e l'altro per l'arto superiore, con relativa formazione degli operatori da destinare alla struttura ospedaliera di Barga

Obiettivo 3:
Relativamente alla Riabilitazione Cardiologica, assegnazione della responsabilità di una UOS presso l'ospedale Versilia ed attivazione di un percorso unitario fra l'UOS di Cecina ed Auxilium Vitae.

Obiettivo 4:
Promozione delle azioni anche a livello regionale per l'attivazione di una SUAP (Speciale Unità di Accoglienza Permanente) presso l'Auxilium Vitae di Volterra per il polo sud, attraverso la parziale riconversione di risorse riabilitative ospedaliere eccedenti e per il polo nord e analoga SUAP presso l'ospedale di Fivizzano, gestita dalla Fondazione Don Gnocchi

Obiettivo 5:
Rafforzamento della *governance* complessiva del percorso riabilitativo rispetto soprattutto ad Auxilium Vitae, che rappresenta la principale Struttura di Riabilitazione Ospedaliera nell'Area Sud dell'ASL TNO.

Obiettivo 6:
Con il sostegno della Direzione Aziendale e la mediazione della Programmazione di Area Vasta, accelerare il confronto con l'AOUP rispetto a svariate tematiche sulle quali non è ancora stata raggiunta una necessaria unità di intenti.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Entro 2018, nel rinnovo della convenzione, verrà sancita la riduzione del 10% della attività cod. 56 del Don Gnocchi e relativo trasferimento di risorse corrispondenti per attività ex art 26.

Entro 2018 acquisizione ed utilizzazione di una delle nuove attrezzature presso Barga. Entro gennaio 2019 acquisizione ed utilizzazione della seconda attrezzatura.

Entro dicembre 2018 assegnazione della responsabilità della struttura semplice/sezione di riabilitazione cardiologia dell'Ospedale Versilia

Avvio tavolo di Lavoro sulla Riabilitazione Cardiologica entro 2018
Attivazione della SUAP presso Auxilium Vitae tramite convenzione e costituzione di tavolo di lavoro che definisca il percorso assistenziale dei pazienti in stato vegetativo come da DGRT 309/2018 e attivazione di analoga SUAP presso l'ospedale di Fivizzano, gestita dalla Fondazione Don Gnocchi

I Risultati attesi 2018-2019

- Progressiva affermazione della Riabilitazione come percorso rilevante nella gestione della continuità Ospedale – Territorio della persona con disabilità.
- Ottimizzazione della realizzazione della "rete riabilitativa dipartimentale", costituita da tutte le diverse Strutture Ospedaliere, pubbliche e private accreditate, coinvolte nella realizzazione di un unico percorso condiviso, basato su appropriatezza ed equità.

La riabilitazione territoriale (residenziale/semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare)

Le principali criticità da risolvere

Anche in ambito territoriale le risorse riabilitative extra-ospedaliere (residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari), sia pubbliche che private accreditate, erano ripartite in maniera disomogenea e la stessa *governance* clinica risultava molto frammentata.
Nell'Area Nord della ATNO infatti le Strutture private accreditate, concentrate principalmente nell'ambito territoriale di Massa, svolgevano attività riabilitative in maniera anche continuativa e rivolte a disabili minori e adulti, psichici e fisici, con un induzione del bisogno riabilitativo, creando problematiche organizzative alle Strutture di riferimento aziendali.
Nell'Area Sud invece l'offerta privata convenzionata era concentrata fra Livorno, Casciana Terme e Collesalvetti e aveva un indirizzo prevalente ortopedico.
Altrettanto diversi risultavano gli ambiti territoriali delle ex-Asl rispetto alla organizzazione di tutta l'attività ambulatoriale e domiciliare, con liste d'attesa lunghe e non governate, concepite soprattutto nella ex Asl 6 prevalentemente per le disabilità minimali.
Grandi difformità sono state rilevate anche nella gestione della disabilità nella *fase di cronicità della malattia*, che comporta un complesso di interventi terapeutici riabilitativi ed assistenziali integrati che devono essere erogati al domicilio, in ambulatorio oppure in strutture residenziali qualora la persona disabile non abbia nel contesto di vita un supporto familiare e/o assistenziale adeguato ai suoi bisogni quotidiani.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017

Attraverso una lettura dei *bisogni* riabilitativi rapportata alle *risorse* disponibili, si è prevista anche una rimodulazione in funzione di una equa ripartizione di domanda e risposta.
In quest'ottica va letta la ridistribuzione di risorse dall'ambito ospedaliero verso quello extra-ospedaliera che ha coinvolto tutti gli ambiti territoriali:

- nella **ex ASL 1** rimodulazione del budget assegnato alla Fondazione Don Gnocchi, ridefinendo i tetti per riabilitazione ospedaliera Cod. 56 e quelli per riabilitazione extra-ospedaliera ex-art.26. Nel corso del 2018 invece è stata riallocata una parte del budget dell'istituto Don Gnocchi di Marina di Massa, spostandone una quota dalla riabilitazione ospedaliera Cod. 56 a quella extra-ospedaliera ex-art.26;
- nella **ex ASL 2** riconvertendo 10 p.l. della riabilitazione ospedaliera Cod. 56 di Barga in quella extra-ospedaliera ex-art.26;
- nella **ex ASL 12** riportando sul territorio le risorse di Strutture quali San Camillo;
- nella **ex ASL 5** attraverso la definizione di percorsi condivisi con le Strutture di riabilitazione extra-ospedaliera, in particolare con Terme di Casciana;
- nella **ex ASL 6** creando e governando una rete fra le Strutture di riabilitazione extra-ospedaliera, in particolare Villa Tirrena, Istituto Cardinale Maffi di Collesalvetti e Terme di Casciana, riqualificando il Centro di Campiglia M.ma, unica Struttura di riabilitazione extra-ospedaliera presente nell'ambito territoriale della Bassa Val di Cecina e della Val di Cornia.

In particolare per la Riabilitazione successiva a Chirurgia Ortopedica, si è cercato di promuovere il confronto fra le U.O. di Ortopedia presenti nei P.O. per ottenere indicazioni post-chirurgiche più omogenee sulle quali costruire percorsi riabilitativi basati su appropriatezza ed equità.

Relativamente alla presa in carico delle disabilità nella *fase di cronicità della malattia*, si è cercato di affermare là dove non era ancora strutturato (attraverso il confronto con gli altri Dipartimenti Ospedalieri, con i Medici di Medicina Generale, con gli operatori delle Professioni Sanitarie della Riabilitazione) la presenza della Medicina Riabilitativa nella rete integrata dei servizi territoriali, non solo per quel che riguarda il recupero della persona affetta da disabilità dell'apparato locomotore, ma anche riguardo ad altre importanti disabilità come quelle secondarie a patologie invalidanti tipo la BPCO, lo scompenso cardiaco, i percorsi oncologici.

In questa ottica anche l'attività domiciliare, se inserita in una "presa in carico" continuativa e gestita in appropriatezza, può rappresentare una corretta modalità di counselling, valutazione del contesto abitativo, valutazione e addestramento all'utilizzo degli ausili, trattamento breve che preparare al passaggio ad altro setting (es. frattura di femore trattata con osteosintesi), monitoraggio di pazienti con patologia cronico-degenerativa ed evolutiva (SLA, SM, ecc.).

A questo proposito, il Dipartimento si è impegnato fortemente nella definizione del "percorso aziendale di presa in carico delle persone in Stato Vegetativo", prevedendo il coinvolgimento anche di chi, pur non avendo avuto un Grave Cerebrolesione Acquisita, si trova in condizioni di gravissima disabilità e necessità di una residenzialità per l'assistenza anche temporanea.

Farsi carico dei bisogni riabilitativi delle persone con disabilità nella *fase di cronicità della malattia*, significa "progettarne l'autonomia" anche attraverso l'organizzazione dell'ambiente di vita, in una persona con funzioni alterate o in condizioni di mobilità ridotta, significa pensare alla sua riabilitazione. Riabilitare può anche significare re-interpretare i bisogni, cioè attribuire significati nuovi a condizioni di vita nuove.

Per progettare l'autonomia anche attraverso tecnologie per la comunicazione e per il controllo ambientale, è necessario far conoscere su tutto il territorio dell'ASL TNO il Laboratorio Ausili, struttura del Dipartimento di Riabilitazione presente con 3 sedi (Massa, Pisa e Livorno) che viene coinvolto nella "presa in carico" del disabile allo scopo di re-interpretarne i bisogni.

Promossa la definizione di un percorso unico aziendale di erogazione degli ausili e dei dispositivi protesici, di cui il Dipartimento di Riabilitazione ha la responsabilità diretta del budget, sia per gli ausili di base che per gli ausili complessi.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- costruire e formalizzare il "Percorso aziendale di presa in carico per le persone in Stato Vegetativo" condividendolo sia con i Dipartimenti Ospedalieri che con le Cure Primarie, la Medicina Generale e i Servizi Sociali.

- rilettura della domanda di trattamenti riabilitativi a minore intensità che, nell'ambito territoriale livornese, assorbono una quantità eccessiva di risorse allocate nelle Strutture ambulatoriali a scapito della gestione di casi più complessi.

- confronto con le Cure Primarie, con la Medicina Generale e con i Servizi Sociali nella definizione del ruolo del Dipartimento di Riabilitazione all'interno delle ACOT e delle UVM-Disabilità.

- Integrazione e crescita professionale attraverso il confronto fra tutte le figure coinvolte nell'équipe riabilitativa.

- Definizione condivisa con le U.O. di Ortopedia dei P.O. di percorsi riabilitativi omogenei per i pazienti sottoposti a interventi di protesizzazione in elezione, prevedendo anche la diffusione del modello di presa in carico precedente all'intervento, già diffuso nella ex Asl 1, nella ex ASL 2, nella ex Asl 5 e nella ex ASL 12.

- Costruire una rete a supporto del Laboratorio Ausili, coinvolgendo tutte le Strutture coinvolte nella progettazione dell'autonomia attraverso la comunicazione alternativa/aumentativa ed il controllo ambientale.
- Realizzazione ed estensione per la protesica, del modello previsto dalla Delibera Aziendale.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- Entro 2018 contribuire alla stipula delle nuove convenzioni relative alla U.S.V. (Unità Stati Vegetativi - Progetto Aurora di Cecina) e alla S.U.A.P. (Speciale Unità di Accoglienza Permanente – Auxilium Vitae di Volterra) per poi realizzare entro dicembre 2018 una delibera che definisca "Percorso aziendale di presa in carico per le persone in Stato Vegetativo".
- Attivare una S.U.A.P. nell'ospedale di Fivizzano, gestita dalla Fondazione Don Gnocchi che rientra nel "Percorso aziendale di presa in carico per le persone in Stato Vegetativo e o gravissime disabilità"
- Entro 2018 diffusione dell'applicativo "REX-26" su tutto il territorio aziendale.
- Entro 2018 identificazione di tutti i Medici Fisiatri referenti per le ACOT e UVM-D
- Entro il 2018 realizzazione di eventi formativi condivisi con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e il Dipartimento Infermieristico incentrati sul lavoro in équipe nei diversi setting della Riabilitazione e su tematiche riabilitative specifiche.
- Entro giugno 2019, attivazione là dove non è ancora diffusa della "fase di pre-ospedalizzazione" quale momento centrale nei percorsi riabilitativi per i pazienti sottoposti a interventi di protesizzazione in elezione. Il risultato atteso è la tempestiva presa in carico di questi utenti, riportando all'appropriatezza l'impiego delle risorse pubbliche e private accreditate.
- Entro dicembre 2019 promuovere attività formative/educative che coinvolgano le UF SMIA, i MMG/PLS e Servizi Sociali negli ambiti territoriali dove il Laboratorio Ausili è ancora poco coinvolto.
- Entro dicembre 2019 promuovere attività formative/educative che coinvolgano i MMG/PLS.

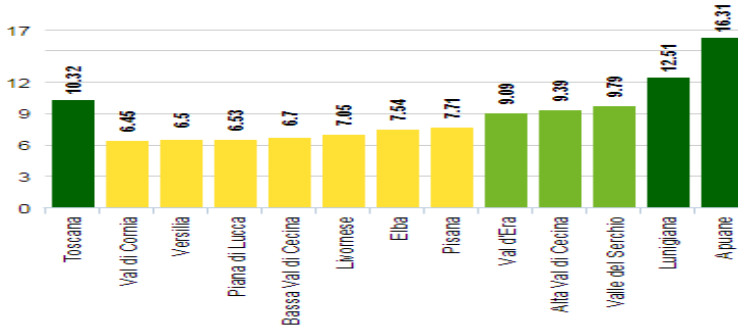
LA RETE TERRITORIALE
AREA SOCIO SANITARIA

LA RETE TERRITORIALE_AREA SOCIO SANITARIA

LA GESTIONE DELLA CRONICITA'

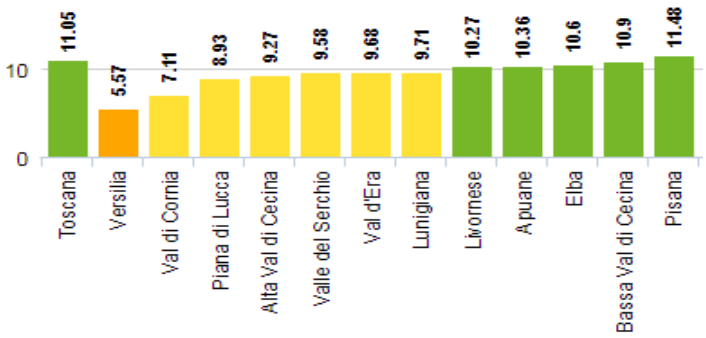
Gli obiettivi di cura nei pazienti con cronicità sono finalizzati al miglioramento del quadro clinico e dello stato funzionale, alla minimizzazione della sintomatologia, alla prevenzione della disabilità e al miglioramento della qualità di vita. Per realizzarli è necessaria una corretta gestione del malato e la definizione di nuovi percorsi assistenziali, in linea con il Piano Nazionale della Cronicità, che siano in grado di prendere in carico il paziente nel lungo termine, prevenire e contenere la disabilità, garantire la continuità assistenziale e l'integrazione degli interventi sociosanitari. Il paziente cui ci si riferisce è una persona, solitamente anziana, spesso affetta da più patologie croniche incidenti contemporaneamente (comorbidità o multimorbidità), le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da altri determinanti (status sociofamiliare, ambientale, accessibilità alle cure ecc.).
Questo richiede l'intervento di diverse figure professionali ma c'è il rischio che i singoli professionisti intervengano in modo frammentario, focalizzando l'intervento più sul trattamento della malattia che sulla gestione del malato nella sua interezza, con possibili duplicazioni diagnostiche e terapeutiche rendono difficoltosa la partecipazione del paziente al processo di cura. In Europa si stima che le malattie croniche, nel complesso, siano responsabili dell'86% di tutti i decessi. Ciò premesso, è ormai ampiamente consolidato il principio che **la sfida alla cronicità** è una "sfida di sistema", in cui occorre superare i confini tra servizi sanitari e sociali e promuovere l'integrazione tra differenti professionalità, per attribuire una effettiva ed efficace "centralità" alla persona e al suo progetto di cura e di vita. Il riequilibrio e l'integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale costituisce pertanto uno degli obiettivi prioritari per dare risposte concrete ai nuovi bisogni di salute. Ciò rende necessario potenziare e valorizzare le formule alternative al ricovero, modulate in base della gestione della complessità. L'ospedale è quindi concepito come uno snodo di alta specializzazione del sistema di cure per la cronicità, che interagisca con la specialistica ambulatoriale e con l'assistenza primaria, attraverso nuove formule organizzative che prevedano la creazione di reti multispecialistiche dedicate e "dimissioni assistite" sul territorio.
Obiettivo fondamentale dei sistemi di cura della cronicità è anche quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire o comunque ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato. In particolare, le cure domiciliari sono una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti, delle persone disabili in conseguenza di traumi o forme morbose acute o croniche, così come di pazienti che necessitino di trattamenti palliativi e, in generale, di tutti i pazienti in condizioni di fragilità per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico sia psicologico.

Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con Valutazione anno 2017 fonte MeS



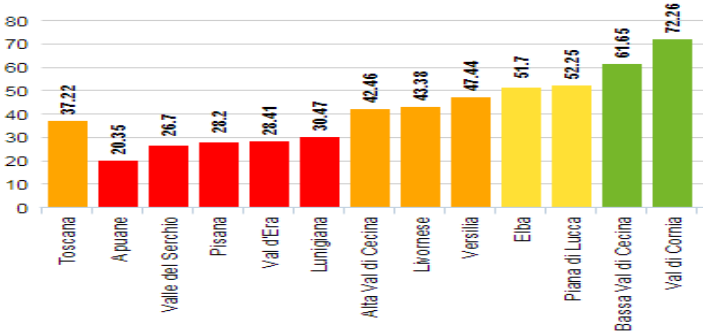
L’indicatore rappresenta la percentuale di anziani in cure domiciliari con valutazione che individua le persone con età maggiore o uguale a 65 anni che hanno ricevuto almeno un accesso domiciliare, il cui caso sia stato valutato dall’UVM o per il quale sia presente una scheda di valutazione.

Percentuale di ultra 75enni dimessi dall' ospedale a domicilio, con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni anno 2017 fonte MeS



La percentuale di ultra 75enni dimessi dall'ospedale a domicilio con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni è un indicatore proxy di continuità delle cure tra ospedale e territorio, con particolare riferimento alla presa in carico dei pazienti più fragile sul territorio.

Percentuale di prese in carico con CIA>0.13 per over 65 in Cure Domiciliari anno 2017 fonte MeS



Il CIA (Coefficiente di Intensità assistenziale) è definito come il rapporto tra il numero di giornate di assistenza erogate a domicilio e la differenza in giorni tra il primo e l’ultimo accesso. Un CIA pari a 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni. Questo indicatore rappresenta, quindi, una proxy dell’intensità dell’Assistenza Domiciliare verso l'assistito.
Il setting assistenziale domiciliare, inoltre, è quello in cui è più agevole per l’équipe curante promuovere l’empowerment del paziente, migliorando la sua capacità di fare fronte alla patologia e sviluppando le abilità di auto-cura.

Gli obiettivi

Una adeguata gestione della cronicità necessita pertanto di un sistema di assistenza continuativa, multidimensionale, multidisciplinare e multilivello, che possa permettere la realizzazione di progetti di cura personalizzati a lungo termine, la razionalizzazione dell’uso delle risorse e il miglioramento della qualità di vita, prevenendo le disabilità e la non autosufficienza. Dovrà inoltre essere efficace, efficiente e centrata sui bisogni globali, non solo clinici.

Di seguito si rappresentano in sintesi i **principali obiettivi** per lo sviluppo del modello e le **specifiche progettualità** ad essi associate, che verranno maggiormente dettagliate nelle pagine seguenti:

Principali obiettivi e specifiche progettualità

a) **la prevenzione e promozione della salute** nella adozione di corretti stili di vita e nella adozione di interventi finalizzati alla diagnosi precoce delle patologie croniche e delle condizioni di rischio che le precedono
   - ✓ *Promozione della salute e del benessere per gli alunni e la comunità scolastica*
   - ✓ *Promozione della salute di comunità*
   - ✓ *L'attività fisica a tutte le età (AFA DGTR 903/2017)*

b) **l'approccio integrato in base alla complessità** sin dalle fasi iniziali della presa in carico, con l'ingresso precoce nel percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e nel percorso di welfare integrato al quale partecipano tutti gli attori coinvolti, con l'attivazione di setting diversi in funzione del diverso grado di complessità assistenziale e delle necessità del paziente
   - ✓ *Il nuovo modello di Sanità iniziativa*
   - ✓ *Il ruolo dell'infermiere di famiglia/comunità sul territorio*

c) **La maggiore flessibilità dei modelli organizzativi** che preveda una forte integrazione tra cure primarie e specialistiche e tra ospedale e territorio, con servizi strutturati e organizzati, reti specialistiche multidisciplinari, team professionali dedicati e modelli di integrazione socio-sanitaria
   - ✓ *Avvio e monitoraggio delle funzionalità della Agenzia di continuità ospedale territorio ACOT*
   - ✓ *Il consolidamento della medicina generale nelle Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)*
   - ✓ *Lo sviluppo del modello di Day Service*

d) **la piena valorizzazione della rete assistenziale** riorganizzando strutture e servizi disponibili e riqualificando la rete dei professionisti. La rete va rimodulata soprattutto in una visione di continuità assistenziale, per ciascun paziente sulla base dello stadio evolutivo, sul grado di complessità della patologia e sui relativi bisogni socio-assistenziali
   - ✓ *Le cure intermedie: la rimodulazione dell'offerta e della domanda rispetto al bisogno della popolazione*
   - ✓ *Il completamento dell'assetto e della funzionalità delle case della salute*

e) **l'empowerment ed il self-care del paziente** come leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema con il contributo delle Associazioni di tutela dei malati e del volontariato attivo, attraverso programmi di educazione documentabili e monitorabili, nel presupposto che pazienti consapevoli ed esperti siano in grado di gestire la propria qualità di vita al massimo delle loro potenzialità
   - ✓ *Self management: Progetto IDEA- Programma Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche*

a) La prevenzione e promozione della salute

Promozione della salute e del benessere per gli alunni e la comunità scolastica

Lo stato dell'arte:
La scuola, come comunità educante, assume una particolare rilevanza nel contesto territoriale essendo il luogo privilegiato che può intessere reti anche con segmenti di popolazione altrimenti poco raggiungibili. Esiste uno stretto legame tra apprendimento e salute: la scuola che promuove salute mette al centro il buon stato di salute degli alunni quale requisito essenziale anche per il raggiungimento degli obiettivi formativi.
Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017:
Si è proceduto ad una mappatura delle attività in essere, cui è seguita una programmazione condivisa e quanto più possibile omogenea, nel rispetto di azioni e progetti zonali diversificati, validi e attivi nei vari territori. In tutti gli ambiti territoriali sono stati attivati e realizzati, nel rispetto delle indicazioni Regionali, i progetti del Piano Regionale della Prevenzione 2014/2018 e i progetti aziendali.
Le principali criticità da risolvere:
Attuare la programmazione condivisa nel rispetto delle specificità dei vari territori.
Implementare la progettazione di iniziative/attività in collaborazione con il terzo settore ed in particolare con l'associazionismo anche attraverso la predisposizione di patti di intesa.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: Potenziare i fattori di protezione (life skills, empowerment) e collaborare ad aumentare la conoscenza e la consapevolezza dei fattori di rischio e delle misure di prevenzione, al fine di promuovere la ricerca e la scoperta di una vita sana.
Obiettivo 2: Promuovere l'acquisizione di conoscenze in tema di salute al fine di agevolare l'adozione attiva e il mantenimento di comportamenti sani (alimentazione, attività fisica, fumo e alcol).
Obiettivo 3: Promuovere l'adesione al programma di prevenzione " Unplugged" riguardante l'uso di sostanze, di comprovata efficacia nel ridurre il fumo di sigarette, il consumo di alcol e l'uso di droghe, utilizzando il potenziamento delle abilità personali e il modello dell'influenza sociale.
Obiettivo 4 Collaborare alla realizzazione del progetto n .42 del PRP 2014/2018 "Promozione della cultura della sicurezza nelle scuole",per allenare le abilità di vita utili per scelte e comportamenti sicuri e salutogenici.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ realizzazione di incontri di formazione sui temi della resilienza, rivolti agli insegnanti, con l'intento di rafforzare empowerment e le life skills
- ✓ Realizzazione incontri formativi/informativi rivolti alle insegnanti

Risultati attesi 2018-2019
- ✓ realizzazione di N 2 incontri/laboratori per ogni scuola aderente.
- ✓ realizzazione di almeno n. 2 incontri informativi/formativi per ogni scuola aderente.
- ✓ realizzazione di n. 2 corsi di formazione per ogni scuola aderente. Realizzazione di almeno n. 2 incontri di monitoraggio per ogni scuola aderente.
- ✓ stesura progettazione incontri informativi/formativi. Attuazione n.3 incontri informativi/formativi. Stesura progettazione e realizzazione n.1 evento finale.

Promozione della salute di comunità

Lo stato dell'arte:

I cambiamenti demografici in atto richiedono una strategia mirata nell'intero corso della vita che dia priorità ai nuovi approcci per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e che promuova azioni finalizzate all'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute

La comunità scientifica internazionale raccomanda l'importanza di facilitare la costruzione di reti di opportunità che consentano di sviluppare interventi di promozione della salute agendo sui determinanti di salute modificabili per ridurre l'incidenza delle MCNT.

La Struttura di Educazione e Promozione della salute svolge la funzione sia di raccordo a livello aziendale per le attività sulle tematiche di promozione della salute che riguardano la comunità, che sui programmi basati sui principi del coinvolgimento, dell'empowerment, che favoriscono migliori condizioni per la salute, migliore cultura sanitaria, incremento della possibilità di vita autonoma, per far si che la scelta più facile sia anche la più sana.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ favorire sani stili di vita nella popolazione seguendo specifici requisiti, regole e verifiche che assicurino la sua efficacia come da raccomandazione OMS (progetto n.7 del PRP: verso un invecchiamento attivo)
- ✓ collaborare con le Zone Distretto/SdS allo sviluppo di azioni a sostegno dell'invecchiamento attivo della popolazione in termini di autogestione efficace dell'attività fisica, evoluzione e valorizzazione di esperienze di movimento già diffuse in alcune realtà aziendali, abbinando l'aggregazione e riappropriazione sociale degli spazi urbani, come da Delibera regionale n.903 del 07/08/2017.
- ✓ collaborare con le Zone Distretto/SdS per "l'Educazione all'Autogestione delle malattie croniche" attraverso lo sviluppo di programmi di educazione monitorabili e validati a livello scientifico, nell'ottica di favorire la formazione di pazienti esperti, consapevoli e dunque in grado di gestire al meglio la propria qualità di vita, come da DGR.905 del 07/08/2017.
- ✓ realizzare il progetto pilota Urban Health: buone pratiche per la valutazione di impatto sulla salute degli interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana e ambientale – Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie del Ministero della Salute)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

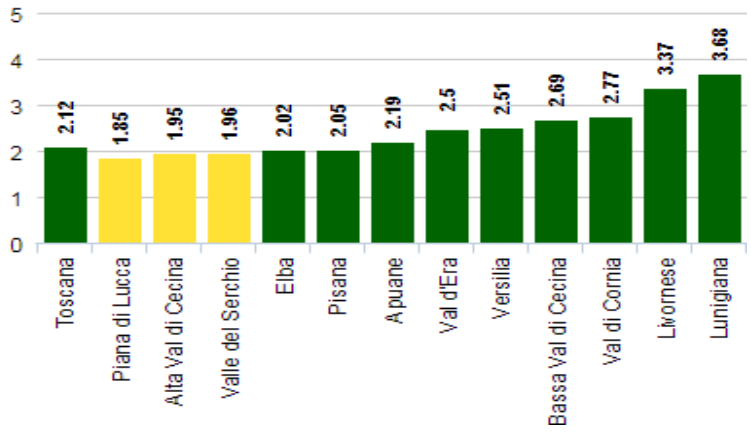
- ✓ realizzare laboratori informativi/formativi per favorire scelte salutari
- ✓ collaborazione, per quanto di competenza, alle iniziative/attività come da delibera n.903
- ✓ collaborazione, per quanto di competenza, alle iniziative/attività come da delibera n.905
- ✓ applicazione e realizzazione di buone pratiche su 2 gruppi , di cui uno di over 55, di soggetti ancora attivi (55-67, secondo l'OMS definiti lavoratori anziani) e uno di soggetti over 67 non attivi

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ realizzazione di almeno n.2 laboratorio informativo/formativo per ogni ambito territoriale
- ✓ diffusione delle Buone Pratiche in almeno 2 Comuni delle 3 Aree territoriali coinvolte (Società della Salute)

L'attività fisica a tutte le età (AFA)

Lo stato dell'arte:
Lo stile di vita sedentario (una persona che non fa un lavoro pesante e non fa nessuna attività fisica nel tempo libero) è in aumento nella popolazione toscana e rappresenta un fattore di rischio per malattie croniche quali diabete, malattie cardiovascolari, osteoporosi e depressione. Inoltre, la scarsa attività fisica, unitamente ad una cattiva alimentazione, contribuisce all'attuale diffusione dell'obesità. I dati MeS (report indagine Passi anno 2016) evidenziano per l'Azienda USL Toscana Nord Ovest un numero di sedentari pari al 33,40% della popolazione.
Anche i dati reperibili sul portale Marsupio di ARS (periodo 2012 – 2015) evidenziano un tasso di sedentarietà superiore a quello regionale per Lucca, Livorno, Viareggio e Pisa.
La Regione Toscana, recependo le indicazioni dell'OMS a promuovere una corretta attività motoria in tutte le categorie di popolazione, intende utilizzare la rete dei MMG e degli specialisti, da sempre figure cardine per indirizzare gli orientamenti dei cittadini in fatto di salute. Analizzando i bisogni di movimento delle diverse fasce di popolazione, si è evidenziato che alcune categorie (anziani e persone con diverse abilità) non possono giovarsi di interventi di attività motoria tradizionali, ma necessitano di un approccio più specifico: per queste persone il sistema deve organizzarsi per favorire inclusione e partecipazione, eliminando tutti i fattori di restrizione ed ostacolo. Diversi studi scientifici hanno dimostrato che (re)introdurre l'attività motoria in questi soggetti riduce l'entità e la gravita di problemi di salute in cui possono incorrere, migliorando anche la socializzazione ed il tono dell'umore; il movimento viene pertanto utilizzato, adattando l'attività motoria, per mantenere lo stato di salute attuale e prevenire ulteriori problemi di salute. Attraverso l'Attività Fisica Adattata (AFA) vengono attuati programmi di esercizi non sanitari, svolti in gruppi numericamente adeguati, appositamente predisposti per utenti adulti ed anziani con patologie croniche; l'AFA è salute-orientata e non malattia-orientata e si inserisce nel nuovo modello di Sanità di Iniziativa (D.G.R.T. n. 650 del 5 luglio 2016), perché prevede azioni di supporto all'invecchiamento attivo della popolazione all'interno della nuova visione della gestione della cronicità.
Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
In tutti i diversi ambiti territoriali sono stati organizzati ed attuati corsi AFA, in aderenza con quanto previsto dalle Delibere della Giunta Regionale 595/05, 1081/05, 1082/05, 459/09 e 1418/16. I dati MeS relativi ai corsi AFA a bassa disabilità su popolazione residente => a 65 anni (numero corsi AFA a bassa disabilità attivati/ Popolazione residente nella Zona Distretto al 31.12 >= 65 anni) registrano nel 2017 un risultato complessivo pari a 2,47 per 1000 abitanti, più alto di quello regionale, con la seguente situazione di dettaglio per le diverse zone distretto



Nel mese di dicembre 2017 è stato avviato un confronto tra i diversi attori coinvolti (Dipartimento di riabilitazione, Dipartimento di sanità territoriale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di medicina Generale, Dipartimento delle Professioni sanitarie, della prevenzione e della riabilitazione, Dipartimento infermieristico ed ostetrico, Direttori di Zona Distretto) per avviare un percorso di riorganizzazione dell'attività sul livello aziendale e per condividere le tre proposte progettuali per lo sviluppo di iniziative a supporto dell'attività fisica nelle comunità.
Con Delibera 1194 del 28 dicembre 2017 è stato istituito il Coordinamento strategico aziendale con funzioni di elaborazione del progetto di governo dell'AFA. Nel mese di gennaio 2018 sono state inviate a Regione Toscana le seguenti proposte progettuali:

- ✓ Argento vivo (zone distretto Lunigiana, Apuane, Valle del Serchio, Versilia e Piana di Lucca)
- ✓ I percorsi della chiocciola (zone distretto Pisana e Valdera)
- ✓ MUOVIALICE (MUOVIti a LIvorno e CEcina)

Aree di miglioramento

- ✓ La disomogeneità del modello organizzativo
- ✓ La diversa copertura del territorio: è necessario un confronto tra le diverse realtà territoriali per garantire maggiore omogeneità di attuazione del percorso AFA a livello aziendale
- ✓ Lo scarso coinvolgimento dei MMG e degli specialisti in alcuni ambiti territoriali

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Approvazione del Regolamento aziendale di organizzazione dell'Attività Fisica Adattata e costituzione dei coordinamenti operativi zonali, che organizzano e garantiscono la funzionalità del servizio e monitorano la correttezza del percorso
- ✓ Sviluppare e migliorare il coinvolgimento dei MMG, nell'ambito della sanità di iniziativa
- ✓ Promuovere il ruolo dei soggetti erogatori, favorendo l'incremento e la diffusione sul territorio palestre, piscine o altre strutture, privilegiando l'utilizzo di ambienti primariamente deputati ad attività di socializzazione
- ✓ Diffondere la conoscenza dei programma AFA nelle professioni sanitarie, MMG, specialisti, cittadini

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Delibera di approvazione del Regolamento aziendale di organizzazione dell'AFA
- ✓ Incontri con MMG
- ✓ Riunioni periodiche con soggetti erogatori
- ✓ Verifica della qualità del servizio a cura dei Coordinamenti operativi zonali
- ✓ Coinvolgimento dei soggetti erogatori nelle iniziative di promozione dei programmi AFA
- ✓ Realizzazione sezione AFA su sito aziendale; realizzazione di materiale informativo da utilizzare negli ambulatori dei MMG ed in tutte le sedi aziendali

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Delibera approvazione regolamento aziendale di organizzazione dell'AFA
- ✓ Realizzazione incontri zonali con MMG: almeno 1/zona anno
- ✓ Realizzazione incontri con soggetti erogatori: 1 incontro/anno (a livello aziendale)
- ✓ Effettuazione di verifiche annuali da parte del nucleo operativo zonale: almeno il 25% degli erogatori/anno (dato sulla zona)
- ✓ Realizzazione di almeno un'iniziativa di promozione dei programmi AFA per ex USL. Partecipazione degli erogatori agli eventi organizzati dall'azienda: almeno il 30% degli eventi
- ✓ Sezione Afa su sito aziendale entro il 31 dicembre 2018
- ✓ Aumento del grado di copertura del programma AFA almeno nelle zone con livello di copertura inferiore al dato regionale

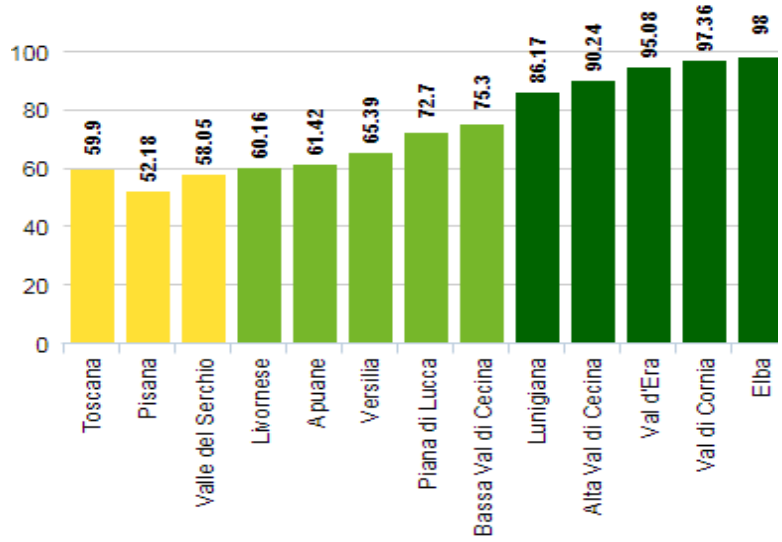
b) L'approccio integrato in base alla complessità

Il nuovo modello di Sanità iniziativa

Lo stato dell'arte:

Dal 2010 la Regione Toscana ha promosso un modello assistenziale, l' ECCM della Sanità d'iniziativa, basato sulla presa in carico proattiva, sul team assistenziale e sull'applicazione di PDTA (percorsi diagnostico terapeutici Assistenziali) per singola patologia.

La copertura relativa all'anno 2017 della Sanità d'iniziativa a livello aziendale è del 67% circa della popolazione, con una variabilità tra singole Zone Distretto:



In linea con gli indirizzi contenuti nel nuovo Piano Nazionale della Cronicità, la Regione Toscana ha avviato un processo di condivisione tra professionisti, un percorso normativo e un progetto formativo per **passare dal vecchio modello per singola patologia ad uno nuovo orientato alla presa in carico basata sul profilo di rischio e sulla complessità del singolo paziente**. Negli anni 2016 e 2017 è stata data continuità al modello di sanità d'iniziativa per singola patologia, con un incremento di copertura della popolazione nelle Zone Distretto di Livorno (dal 17,4% del 2015 al 58,35% del 2016 e al 59,30% del 2017), Bassa Val di Cecina (dal 52,89% del 2015 al 76,66% del 2017) e Val di Cornia (dal 38,59% del 2015 al 96,99% del 2017) e con sostanziale mantenimento di copertura nelle altre Zone. Sono stati avviati inoltre gli eventi formativi sul nuovo modello di cui alla DGRT 930/2017). L'azienda ha partecipato inoltre con 4 realtà locali (Lunigiana, Valdera, Bassa Val di Cecina e Versilia) ad un progetto sperimentale ministeriale (CCM) coordinato da ARS relativo ad modello di gestione del paziente complesso.

Aree di miglioramento:

- ✓ implementazione del nuovo modello;
- ✓ implementazione dell'infermiere di famiglia;
- ✓ reperimento risorsa infermieristica e OSS per implementazione del nuovo modello e per estensione della copertura della sanità di iniziativa
- ✓ Frammentazione attuale del percorso di cura del paziente.
- ✓ Situazioni logistiche, dotazioni strumentali e tecnologiche.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Attuare il nuovo modello secondo le indicazioni regionali

- ✓ Realizzare il modello organizzativo- assistenziale dell'infermiere di famiglia, come meglio descritto al paragrafo seguente
- ✓ Incrementare la copertura della popolazione
- ✓ Programmare percorsi strutturati con gli specialistici per la cronicità (es. day service)
- ✓ Condividere e attuare un modello di fast track per le urgenze differibili.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ rispetto del cronoprogramma e delle indicazioni regionali
- ✓ individuare gli ambiti e modalità organizzative (progetto pilota)
- ✓ individuazione dei nuovi mmg aderenti per l'incremento di copertura della popolazione (vedi tabella specifica)
- ✓ individuazione fabbisogno specialistico per branca specialistica
- ✓ concordare con area medica percorsi strutturati (es.: pacchetti di day service, etc.) e modalità di attivazione
- ✓ concordare con area medica una modalità di accesso tipo fast trak per urgenze differibili.

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Presa in carico dei pazienti secondo i nuovi target A, B1, B2 e B1s e attivazione del modello nelle Zone individuate nel progetto pilota
- ✓ Incremento di copertura della popolazione (vedi tabella specifica)
- ✓ Individuazione, organizzazione e attuazione di percorsi e protocolli condivisi con Area Medica

Di seguito si rappresenta tavola sinottica su Sanità d'Iniziativa con dati per Zona Distretto riportando:
- ✓ copertura popolazione al 31/12/2015
- ✓ copertura attuale
- ✓ copertura prevista per fine anno 2018-05-31- copertura prevista per fine anno 2019
- ✓ risorse di personale aggiuntive necessarie – risorse strumentali aggiuntive necessarie.

NOTA: al momento non è definibile un preciso cronoprogramma in quanto l'avvio del nuovo modello è attualmente sospeso in attesa di disposizioni regionali in merito.

2018 - 2019 TAVOLA SINOTTICA SU SANITA' DI INIZIATIVA PER ZONA DISTRETTO

Zona Distretto	Copertura popolazione al 31/12/2015	Copertura attuale	Copertura prevista per fine anno 2018	Copertura prevista per fine anno 2019	Risorse necessarie personale (n.infermieri o solo riorganizzazzione del pool o entrambe
Lunigiana	84,46%	86,24%	96% (+10%) 5 nuovi ingressi	100%	Nessuna necessità di personale con la copertura attuale ed anche con un incremento di copertura fino a +10%; implementazione ex MITO (Day Service, Fast Trak) come da obiettivi di budget
Apuane	61,27%	62,29%	Circa 70% (quasi +10%).Incremento subordinato all'adesione di nuovi mmg a SDI e al pensionamento di mmg (3)	Ulteriore incremento da quantificare in relazione all'adesione di nuovi mmg a SDI,al pensionamento di mmg (7) alle risorse assegnate. Ipotizzabile arrivare a 80%	Nessuna necessità di personale con la copertura attuale ed anche con un incremento di copertura fino a +10%.
Piana di Lucca	74,59	78,15%	80%	90%	Da valutare la necessità di personale infermieristico nell'ambito di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza infermieristica territoriale.
Valle del Serchio	62,30%	64,20%	68,00%	ulteriore incremento da valutare in funzione delle indicazioni Regionali e delle adesioni dei MMG. Ipotizzabile arrivare a 80%	Da valutare la necessità di personale infermieristico nell'ambito di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza infermieristica territoriale.
Pisana	49,79%	43%	56%	ulteriore incremento da valutare in funzione delle indicazioni Regionali e delle adesioni dei MMG. Ipotizzabile arrivare a 80%	Da valutare la necessità di personale infermieristico nell'ambito di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza infermieristica territoriale.
Val d'Era	95%	95%	95%	100%	Nessuna necessità di personale con la copertura attuale ed anche con un incremento di copertura fino a +10%.
AVC	93%	93%	93%	96%	Nessuna necessità di personale con la copertura attuale ed anche con un incremento di copertura fino a +10%.
Livornese	17,04%	59,30%	59,00%	ulteriore incremento da valutare in funzione delle indicazioni Regionali e delle adesioni dei MMG. Ipotizzabile arrivare a 80%	Da valutare la necessità di personale infermieristico nell'ambito di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza infermieristica territoriale.
BVC	52,89%	76,66%	70,00%	ulteriore incremento da valutare in funzione delle indicazioni Regionali e delle adesioni dei MMG Ipotizzabile arrivare a 80%	Da valutare la necessità di personale infermieristico nell'ambito di una riorganizzazione complessiva dell'assistenza infermieristica territoriale.
Val di Cornia	38,59%	96,99%	95,00%	95,00%	
Elba	61,61%	100%	100,00%	100,00%	Nessuna necessità di persoanle infermieristico.
Versilia	66,91%	62,40%	Circa 70% (+10%)	ulteriore incremento da valutare in funzione delle indicazioni Regionali e delle adesioni dei MMG; è ipotizzabile di arrivare a circa l'80%	Nessuna necessità di personale con la copertura attuale ed anche con un incremento di copertura fino a +10%.

Il ruolo dell'infermiere di famiglia e di comunità sul territorio

L'O.M.S. Regione Europa, nel documento "Salute 21" del 1998, propone un nuovo ruolo per l'Infermiere del Territorio, quello dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC), in grado di dare un contributo essenziale all'equipe multidisciplinare per il raggiungimento dei 21 obiettivi del XXI° secolo. L'Infermiere di Famiglia:

- ✓ aiuta gli individui ad autogestirsi, per quanto possibile, in caso di malattia o di disabilità cronica;
- ✓ **opera, in stretta collaborazione con il Medico di Medicina Generale (MMG) a livello preventivo e proattivo**, attraverso la valutazione e la gestione integrata dei bisogni di salute;
- ✓ fornisce indicazioni riguardo agli stili di vita e ai comportamenti da adottare, interagendo con gli altri professionisti della salute;
- ✓ identifica gli effetti dei fattori socio economici che possono interferire sulla salute di un nucleo familiare;
- ✓ facilita le dimissioni dagli ospedali **programmando insieme al MMG l'assistenza infermieristica a domicilio**.

Nel contesto dei processi assistenziali:

- l'IFeC, svolge il ruolo di "Care Manager", e ha la responsabilità della conduzione dei percorsi assistenziali ovvero dell' erogazione di prestazioni e di interventi sanitari specifici del proprio ruolo;
- Il MMG svolge il ruolo del " case manager" e ha la responsabilità della definizione, organizzazione e continuità dei percorsi assistenziali.

A partire dal P.S.R. 2008 – 2010 la Regione Toscana ha tracciato il profilo di un nuovo modello assistenziale, che affida alle Cure Primarie la presa in carico dei malati cronici. Il modello si ispira al Chronic Care Model ed ha l'obiettivo di diffondere un approccio basato su azioni di Sanità d'Iniziativa, con un team territoriale multi-professionale. L'infermiere in questi anni e in questo contesto ha pertanto già svolto il ruolo di care manager, con **autonomia e responsabilità definite sulla base di specifici P.D.T.A,** impegnandosi nel follow - up di patologie croniche e supportando il self management del paziente.
L'Infermieristica di Famiglia e Comunità è richiamata in molti documenti della Regione Toscana (vedi i riferimenti normativi inseriti a fine documento): l'IFeC è il **professionista che offre orientamento, sostegno, assistenza, supervisione ed educazione al singolo e alla comunità in cui è inserito, integrando la propria attività con quella del MMG.** Con la recente Delibera n.597 del 4 Giugno 2018, la Regione Toscana approva gli" Indirizzi per lo sviluppo del modello assistenziale Infermiere di Famiglia e di Comunità" (allegato A) nel quale sono indicati:

- il quadro di riferimento;
- le caratteristiche del modello;
- le responsabilità;
- le funzioni;
- le competenze;
- il percorso formativo.

La Delibera, delinea in modo dettagliato le azioni da compiere e afferma il principio che è necessaria una **migrazione da una assistenza di tipo prestazionale a una assistenza rivolta al cittadino** e alla comunità locale in cui è inserito (città, paese, quartiere, o contesto urbano, rurale, insulare..). L'IFeC deve porsi in relazione con la comunità, dove il singolo assistito vive e lavora ed essere in grado di identificare i principali fattori di rischio ambientali per stimolare poi

le necessarie iniziative rivolte alla prevenzione e alla promozione della salute contribuendo in definitiva al welfare locale. L'IFeC deve inoltre individuare precocemente le persone "fragili" , a rischio di non autosufficienza per supportarle, eventualmente assisterle e monitorarle.
Ad integrazione di quanto previsto dalla Delibera Regionale 597, si sottolinea che la presa in carico da parte dell' IFeC potrà avvenire solo in accordo con il MMG e con il consenso informato del cittadino.

CONTESTO AZIENDALE

Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche della ASL Toscana Nord Ovest ha effettuato un'analisi sul tema dell'Infermiere di Famiglia confrontando le modalità organizzative in precedenza applicate dai Servizi Territoriali Infermieristici delle ex 5 Aziende. Obiettivo dell'analisi era la definizione di un modello organizzativo organico e possibilmente omogeneo in tutte le Zone-Distretto migliorativo della qualità assistenziale che garantisca la continuità delle cure, l'accessibilità ai servizi e la loro equità. La Delibera 597 traccia il percorso da compiere a livello regionale e aziendale, indicando l'attuazione del progetto, in prima istanza, in almeno due Zone-Distretto dell'Azienda. Per meglio comprendere le azioni da compiere e il nuovo assetto organizzativo da impiantare, è utile riportare la definizione dell' IfeC che la delibera enuncia

"L'Infermiere di Famiglia e di Comunità è il professionista responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito familiare. Promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi domiciliari e/o ambulatoriali, in risposta ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento. (Delibera n. 587 4/6/2018)."

Per quanto sopra, aspetti da sviluppare in sinergia con gli altri servizi del territorio perché si realizzi una nuova modalità di assistenza da parte dell'infermiere territoriale rivolta all'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base e si definisca il nuovo ruolo dell'infermiere a livello della famiglia, del singolo cittadino e del care-giver sono:

- ✓ formazione specifica, per chi ancora non l'abbia effettuata e aggiornamento permanente degli infermieri che svolgeranno il ruolo di IFeC;
- ✓ formazione del paziente e del care- giver per l'acquisizione di competenze per l'autogestione della malattia;
- ✓ definizione delle modalità di attivazione della consulenza infermieristica di secondo livello (wound care, enterostomie, gestione degli accessi venosi ecc…);
- ✓ definizione del ruolo dell' IFeC nell' attivazione dei servizi assistenziali non sanitari;
- ✓ organizzazione e gestione dell'ambulatorio infermieristico di prossimità;
- ✓ individuazione degli interventi di prevenzione e di promozione della salute

I territori delle Zone-Distretto della nostra Azienda sono molto diversi tra di loro (zone montane e insulari, contesti cittadini e rurali), e i rapporti sociali e di supporto all'utente (reti familiari, reti di supporto, Volontariato, ecc) sono anche essi diversificati, così come il senso di appartenenza al contesto in cui si vive e si lavora.
Tutto questo comporta la necessità di attenzioni e considerazioni particolari sia per quanto riguarda la fase pilota, ma ancora di più se si fa riferimento alle fasi successive di implementazione del progetto.

STATO DELL'ARTE

Attualmente l'attività dell'infermiere sul nostro territorio si articola in servizi ambulatoriali, domiciliari e in strutture sia residenziali che semiresidenziali. Al centro dell'intervento è posta la prestazione o la patologia con un approccio che non fa alcun riferimento né alla famiglia né alla comunità ;anche le stesse attività infermieristiche della Sanità d'Iniziativa, esprimono solo in parte e le competenze previste per l'IFC. Punti di forza individuati in alcune Zone-Distretto della nostra Azienda validi come base per la costruzione del nuovo modello assistenziale e che

possono pertanto facilitare la conduzione del "Progetto Pilota", sono:

- ✓ nuova micro-organizzazione del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche, orientata all' Infermieristica di Famiglia e di Comunità;
- ✓ integrazione dell'attività professionale dell' IF con quella del MG;
- ✓ integrazione dell'attività professionale dell' IF con la medicina di comunità e con i servizi sociali;
- ✓ adesione ai P.D.T.A. previsti nelle varie Zone-Distretto;
- ✓ presenza strutturata delle A.C.O.T. in ogni Zona/Distretto;
- ✓ superamento del modello prestazionale a favore di un modello centrato sul paziente;
- ✓ riconoscimento da parte dell'utenza, compresi i care giver, del ruolo dell'Infermiere di Famiglia;
- ✓ senso di appartenenza all'Azienda espresso dagli infermieri del territorio, anche alla luce della recente indagine di clima interno promossa dal MeS;
- ✓ attività formativa inserita nel PAF 2018 sui temi della presa in carico, del care management e del case management;
- ✓ presenza di percorsi formativi pluriennali di consolidamento e di aggiornamento delle conoscenze da parte del personale infermieristico territoriale, nonché competenze specifiche acquisite attraverso un Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità, condotto dall'Università degli Studi di Pisa presso il Polo Didattico di Lucca;

Aree di miglioramento

- ✓ diversità dell' offerta infermieristica nell' ambito delle cure domiciliari relativa agli orari di attività;
- ✓ disomogenea presenza di "Case della Salute" nelle Zone-Distretto;
- ✓ ambiti di attività eterogenei dal punto di vista geografico;
- ✓ diversa organizzazione dell'attività infermieristica nell'ambito delle cure palliative;
- ✓ mancanza di un software unico aziendale dedicato, integrato con gli altri già in uso dalla Medicina Generale;
- ✓ scarsa conoscenza dei cittadini dei fattori di rischio legati allo stile di vita e dei percorsi di prevenzione;
- ✓ limitate risorse (mezzi aziendali) a disposizione degli infermieri per gli spostamenti legati all'attività domiciliare.

Presupposto indispensabile per l'attuazione del modello e per la sua operatività è che nella ASL Toscana Nord-Ovest si costituisca una cabina di regia tecnica aziendale composta dal Direttore del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche, dal Direttore del Dipartimento della Medicina Generale e dal Direttore del Dipartimento della Sanità Territoriale con funzioni di monitoraggio su avvio e andamento della fase pilota.

Zone-Distretto nelle quali al momento il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche ritiene possibile attuare la fase pilota:

- Lunigiana
- Versilia
- Piana di Lucca
- Pisana
- Valdera
- Livornese
- Alta Val di Cecina
- Elba

Secondo le indicazioni regionali il modello assistenziale nella fase pilota riguarderà solo alcune Zone-Distretto. Tali Zone saranno individuate congiuntamente dal Dipartimento Infermieristico e dal Dipartimento della Medicina Generale.

La fase pilota si realizzerà con modalità organizzative condivise fra Direzione della Zona-Distretto, Dipartimento della Medicina Generale, Dipartimento infermieristico e Dipartimento della Sanità Territoriale.

Il modello organizzativo per la conduzione del progetto è quello del Primary Care-Care Management, che applica il care management previsto dalla DGRT 597/18. Questo modello **identifica un infermiere di riferimento per i cittadini inseriti negli elenchi di uno o più MMG per un numero totale massimo di cittadini da determinarsi anche in base alle caratteristiche geografiche dei singoli territori. Il MMG e l'IFeC concordano insieme il piano assistenziale individuale (PAI); l' IFeC svolge la propria attività collaborando con il MMG, con il Medico di Comunità ed eventualmente con altre figure professionali sanitarie** e **non che svolgono la loro attività nello specifico percorso assistenziale**; l'IFeC può avvalersi, quando necessario e opportuno, per lo svolgimento delle attività previste anche della collaborazione di propri colleghi inseriti in un altro pool assistenziale.

SEDE OPERATIVA DELL'IFeC

Gli Ambulatori Infermieristici potranno avere sede presso Case della Salute, sedi di Zone-Distretto, Distretti Socio-Sanitari, **ambulatori di Medicine di Gruppo riferimento di AFT**.

L'attività infermieristica, prevista nell'arco delle 12 ore e sette giorni su sette, si avvale degli istituti contrattuali previsti.

AZIONI E TEMPI: anni 2018-2019

- ✓ formazione sul modello di tutti i Coordinatori Infermieristici e delle Posizioni Organizzative dell'ATNO;
- ✓ formazione di tutto il personale direttamente interessato dal progetto pilota e anche di una parte di quello non direttamente interessato;
- ✓ attivazione del modello iFeC tramite:
  1. istituzione dell'ambulatorio infermieristico di prossimità;
  2. organizzazione dell'attività infermieristica nell'arco delle 12 ore, sette giorni su sette, avvalendosi degli istituti contrattuali previsti;
  3. costruzione di un modello organizzativo per le consulenze infermieristiche;
  4. estensione della formazione anche al personale non interessato preliminarmente dal progetto pilota (2019);

RISULTATI ATTESI : **anni 2018-2019**

- ✓ attivazione dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità negli ambiti del progetto;
- ✓ erogazione garantita dell'attività infermieristica h.12 tutti i giorni dell'anno ;
- ✓ miglioramento del self care e dell'adesione terapeutica da parte del cittadino;
- ✓ riduzione degli accessi impropri e/o in regime di urgenza nei PP.SS.;
- ✓ formazione del personale: n° operatori formati/n° totale operatori coinvolti nel modello IFeC nelle zone di avvio del modello assistenziale (valore target 90%);
- ✓ riconoscimento di prossimità fra IFeC e assistito: n.° assistiti presi in carico che hanno individuato IFeC/ n°totale assistiti presi in carico nelle zone di avvio del modello (valore target 90%);
- ✓ rilevazione della soddisfazione dell'utenza attraverso indagine campionaria sui cittadini assistiti dall' IFeC da effettuarsi entro ottobre 2019.

c) La maggiore flessibilità dei modelli organizzativi

Avvio e monitoraggio delle funzionalità della Agenzia di continuità ospedale territorio ACOT

Lo stato dell'arte:
Al momento della costituzione della azienda la continuità assistenziale ospedale territorio era garantita con differenti modalità nelle singole zone distretto, sia come composizione dell'equipe che come modalità di valutazione e registrazione dell'attività.
Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017 :
Costituzione con atto formale delle ACOT da parte di tutte le Zone Distretto, ad esclusione della Zona Pisana per la complessità dei rapporti con l'AOUP.
Stesura e approvazione di una procedura di funzionamento e di un regolamento di attuazione unico aziendale al fine di garantire omogeneità di comportamento tra tutte le Zone.
Iniziata la formazione con realizzazione di 2 step, 1 a livello regionale ed uno a livello aziendale macro. Effettuati incontri formativi sul percorso di informatizzazione.

Aree di miglioramento:
Difficoltà nell'utilizzo del supporto informatico.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ % casi segnalati e risolti etc
- ✓ Migliorare la continuità assistenziale ospedale – territorio
- ✓ Attivare le ACOT in tutte le Zone Distretto, con adeguata informazione ai cittadini
- ✓ Completare l'informatizzazione

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Formazione integrata degli operatori territoriali e ospedalieri
- ✓ Azioni di informazione e comunicazione ai cittadini: attivazione di un punto informativo in sede ospedaliera
- ✓ assegnare alle ACOT personale dedicato previsto dalla DGRT 679/2016
- ✓ completare la formazione sull'utilizzo del programma informatico dedicato
- ✓ Attivare il programma informatico in tutte le Zone

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Formare personale: indicatore: n. personale formato / n. operatori invitati
- ✓ Presenza di almeno un punto informativo per ogni ACOT di Zona Distretto
- ✓ Personale assegnato rispetto a quello previsto per le ACOT da DGRT 679/2016
- ✓ Presenza dell'informatizzazione in tutte le Zone Distretto e PO

Il consolidamento dell'assistenza territoriale nelle AFT e l'integrazione della Continuità assistenziale

Lo stato dell'arte:
Le aggregazioni funzionali territoriali costituitesi nel Marzo 2014 sono capillarmente presenti in numero di 40 su tutto il territorio per l'ASL TNO ma ad oggi non hanno avuto lo sviluppo previsto dall' AIR del 2012 per quanto riguarda l'integrazione dei MMG con i medici di CA per garantire la gestione organizzata della cronicità e un filtro agli accessi Inappropriati al PS.

Sintesi di ciò che è stato effettuato nel 2016-2017:
Sperimentazione nella Zona di Lucca di un modello organizzativo che ha previsto lo svolgimento da parte dei medici della C A. di attività diurne nei giorni feriali nell'ambito delle cure intermedie, dell'assistenza in RSA e delle visite domiciliare urgenti su richiesta dei medici curanti. Nell'ambito della CA è stata realizzata una mappatura delle sedi ai fini della sicurezza con rilevazione dei seguenti parametri:
- Tipologia della sede: struttura aziendale o sede del volontariato
- Sedi con presenza di altri operatori durante il servizio di CA
- Presenza di sistemi anti-intrusione, videocitofono e campanello di allarme.

Aree di miglioramento
- ✓ Carenza in molte AFT di una o più sedi di riferimento per svolgimento di attività condivise dai medici di tutta l'aggregazione quali la Sanità di Iniziativa, eventuali attività di diagnostica di primo livello, ambulatori vocazionali e attività di audit clinici;
- ✓ Presenza ancora di numerosi medici che operano in isolamento al di fuori di forme associative evolute (medicine di gruppo, associazioni complesse);
- ✓ Mancata integrazione operativa nelle singole AFT degli infermieri aziendali per lo svolgimento di attività assistenziali ambulatoriali e domiciliari (infermiere di famiglia)
- ✓ Scarsa integrazione dei medici di CA all'interno del nuovo modello organizzativo della AFT
- ✓ Isolamento in orario notturno e in alcune sedi dei medici di CA con conseguente rischio per la sicurezza personale.

Gli obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ individuazione di una o di più sedi di riferimento per ogni AFT
- ✓ sviluppo dell'associazionismo e promozione dell' inserimento dei medici di medicina generale nelle Case della Salute.
- ✓ assegnazione di un pool di infermieri a ogni AFT.
- ✓ secondo quanto previsto dall' Accordo Regionale, integrazione dei medici di CA nelle AFT con estensione alle altre zone dell'esperienza pilota della Zona di Lucca per la gestione dei pazienti complessi, per l'effettuazione di ADP e per le attività previste dalla Sanità di Iniziativa.
- ✓ apertura di un tavolo di confronto a livello di Zone-Distretto per valutare le possibilità di riorganizzazione della CA che coniughino l'efficienza del servizio con la sicurezza dei medici

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
censimento in ogni Zona-Distretto delle Case della Salute e dei loro requisiti strutturali e organizzativi per quanto riguarda l'attività dei medici di medicina generale in forma integrata con le altre professioni sanitarie e con i servizi sociali; censimento delle forme associative della

medicina generale con verifica della loro rispondenza ai criteri previsti dall' ACN ; censimento del numero dei medici che non sono inseriti in nessuna forma associativa.

- ✓ verifica in ogni Zona-Distretto della possibilità di implementare l'associazionismo medico promuovendo l'inserimento dei medici di medicina generale nelle medicine di gruppo già costituite o creandone di nuove, invitando i medici ad attivarsi per fruire delle indennità di collaboratore di studio e infermieristico, secondo quanto previsto dall' ACN e dall' AIR entro i limiti posti dall' Accordo Integrativo Aziendale.

- ✓ condivisione con il Dipartimento della Medicina Generale e con il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche di un percorso che porti in tempi brevi all'assegnazione ad ogni AFT di un pool di infermieri che si integrino nella rete territoriale con i medici di medicina generale nell'assistenza ambulatoriale e domiciliare.

- ✓ verifica con il Dipartimento della Sanità Territoriale e con l' Area delle Cure Primarie delle attività svolte dai medici della Continuità Assistenziale e valutazione con i Responsabili delle U.U. FF. Cure Primarie delle dieci Zone-Distretto della possibilità di collaborazione con i medici di medicina generale in orari dedicati secondo quanto avviene già nella Zona-Distretto di Luccca e secondo previsto dagli Art 65 e 72 del vigente ACN.

- ✓ monitoraggio del volume e della tipologia dell' attività dei medici di continuità assistenziale nella fascia oraria notturna 24 – 8; adozione in collaborazione con Istituzioni, Associazioni ed Enti di misure che diano garanzie immediate per quanto riguarda la sicurezza.

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ ogni AFT dovrà fare riferimento a una Casa della Salute dove sia operativa una medicina di gruppo, o una associazione complessa e dove, con la collaborazione dei medici della CA, di personale di segreteria e di personale infermieristico, dovrà essere svolta attività di continuità assistenziale almeno h.8 con la gestione della sanità di iniziativa per tutti gli assistiti della AFT. Nel caso che non esista o sia in fase di realizzazione una Casa della Salute, dovrà essere individuata una medicina di gruppo che in base a criteri logistici e organizzativi possa svolgere tali attività

- ✓ a ogni AFT dovrà essere assegnato un pool di infermieri che inizialmente dedicato all' ADP e all' ADI dei pazienti afferenti alla AFT e alla Sanità di Iniziativa dovrà in prospettiva dedicarsi anche alla sanità di attesa (Infermiere di Famiglia) in una Casa della Salute o almeno in una medicina di gruppo che sia di riferimento per tutta la AFT

- ✓ secondo quanto previsto dal recente Accordo Regionale, in ogni AFT dovranno essere inseriti operativamente i medici della CA che potranno svolgere attività ambulatoriale e domiciliare in favore dei pazienti complessi, degli inseriti in ADP-ADI o negli elenchi della Sanità di Iniziativain conformità con quanto previsto dall' Accordo Regionale, presentazione e approvazione di un progetto innovativo di riorganizzazione della continuità assistenziale che riguardi la localizzazione delle sedi e l'orario di attività e che coniughi l'efficienza delle prestazioni sanitarie erogate con la sicurezza personale dei medici

Lo sviluppo del modello di Day Service

Il Day Service è un modello organizzativo di attività specialistica ambulatoriale programmata che comporta l'attivazione di interventi coordinati e interdisciplinari e si sviluppa in ambito ospedaliero e/o all'interno di una struttura ambulatoriale territoriale; è un modello centrato sul problema clinico del paziente ed è funzionale alla gestione di situazioni cliniche complesse. Il D.Se. ha quindi necessità di avvalersi, in tempi brevi e comunque concordati, della offerta di prestazioni da parte dei servizi coinvolti. Per tale motivo la sua attivazione determina un notevole impatto su tutta l'organizzazione richiedendo l'implementazione di percorsi preferenziali dedicati

Ambulatoriale. I vantaggi del D.Se. riguardano tutti gli attori coinvolti:

- ✓ il **paziente** che, oltre ad eseguire gli approfondimenti diagnostici in un solo giorno o in un numero limitato di accessi, può intraprendere più rapidamente la terapia necessaria;
- ✓ il **medico di medicina generale** (MMG) o il pediatra di famiglia (PdF) che vede garantita la possibilità di ottenere una risposta al quesito clinico in tempi brevi;
- ✓ **il medico specialista** che usufruisce di tutte le potenzialità diagnostiche presenti in ospedale o in una struttura ambulatoriale polispecialistica, per formulare, in breve tempo, diagnosi che richiedono interventi multidisciplinari;
- ✓ **l'azienda sanitaria** che riduce la duplicazione di prestazioni, riscontrabili nei percorsi ambulatoriali ordinari, e che persegue l'appropriatezza organizzativa nell'erogazione delle attività cliniche ospedaliere, riducendo l'attività inappropriata in regime di DH/ricovero ordinario e trasferendo in D.Se. l'attività di inquadramento diagnostico finalizzata alla esecuzione degli interventi chirurgici;
- ✓ **il pronto soccorso** (PS) che può usufruire di un percorso organizzato e tempestivo **in risposta a problemi acuti che hanno determinato l'accesso al PS**, ma per i quali non è appropriato ricorrere al regime di ricovero

Il modello si sviluppa sulla definizione di gruppi ragionati di prestazioni necessarie per dirimere uno specifico quesito clinico mediante l'utilizzo di strumenti operativi, chiamati **PACC** (percorsi ambulatoriali complessi e coordinati).

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Il principale obiettivo è la diffusione e la messa a regime del modello di Day Service, in particolare **per i pazienti cronici, con la finalità di una presa in carico più efficace, che riduca il più possibile i casi di riacutizzazione che esitano in accessi Pronto Soccorso**

Le azioni: anni 2018-2019

Diffusione del Day Service con l'attivazione di percorsi ambulatoriali complessi e coordinati PACC in particolare nei seguenti percorsi:

- ✓ Paziente con problematiche di tipo pneumologico (in particolare **BPCO**)
- ✓ Paziente con **scompenso** cardiaco
- ✓ Paziente **diabetologico**
- ✓ Paziente **nefrologico**: realizzazione di PACC aziendale per screening di ingresso lista attesa e follow up del trapianto renale

d) La piena valorizzazione della rete assistenziale

Le cure intermedie: la rimodulazione dell'offerta e della domanda rispetto al bisogno della popolazione

Lo stato dell'arte:
In ogni zona sono attivi modelli assistenziali di cure intermedie diversi presenti sia in strutture aziendali ospedaliere e territoriali, in Case di Cura convenzionate e in RRSSAA.
Nel 2016 e 2017 è stata realizzata un mappatura specifica relativa ai posti letto di cure intermedie. E'stato inoltre avviato il percorso di adeguamento alla DGRT 909/2017, che prevede l'articolazione degli interventi di assistenza intermedia residenziale in 3 distinti setting, sotto individuati, che si differenziano in base alla diversa intensità assistenziale con la quale sono organizzate le risposte alle differenti tipologie di bisogno della persona nella fase di dimissione ospedaliera.
Il **setting 1** - LOW CARE attivato in strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post-acuta alla dimissione ospedaliera;
Il **setting 2** - RESIDENZIALITA' SANITARIA INTERMEDIA attivato in strutture residenziali extraospedaliere a bassa complessità assistenziale;
Il **setting 3** - RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA attivato in via sperimentale, e fino al 31 dicembre 2018, in strutture residenziali per persone anziane non autosufficienti (RSA) e caratterizzato dai specifici aspetti funzionali e organizzativi

Aree di miglioramento
- ✓ Adeguamento alla DGRT 909/2017 e ai requisiti di accreditamento per i setting 1 e 2; non tutti gli attuali posti letto sono riclassificabili ai settino della DGRT 909/2017 e in alcuni casi sono Ospedali di Comunità.
- ✓ Effettiva disponibilità di tutti i setting per ogni zona.
- ✓ Disomogenea modalità di accesso in cure intermedie.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Adeguare il fabbisogno di posti letto per setting con riferimento alla popolazione residente, con riclassificazione delle strutture nei setting della DGRT 909/2017 e adeguamento ai parametri previsti dai requisiti di accreditamento.
- ✓ Uniformare le procedure di accesso alle strutture di cure intermedie tramite ACOT e monitoraggio della disponibilità e dell'utilizzo dei posti letto di cure intermedie per zona.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Adeguare nelle diverse zone l'offerta di cure intermedie distinta per setting (vedi tabella)
- ✓ Realizzare una procedura aziendale uniforme di accesso alle cure intermedie, tramite la ACOT

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Rispetto del parametro individuato per allineare l'offerta
- ✓ Utilizzo in tutte le Zone l'ACOT per l'accesso alle Cure intermedie ai sensi della DGR 679/2016

Si riporta di seguito una tavola sinottica di Cure Intermedie di Zona Distretto con i seguenti dati:
- Numero abitanti
- Situazione al 31/12/2015 Ospedale di Comunità e Cure Intermedie distinte

- Variazioni intercorse dal 1/1/2016 ad oggi, con rif. alla DGRT 909/2017 in setting 1,2,3
- Proposte per anno 2018 e 2019 con riferimento alla DGRT 909/2017 in setting 1,2,3

2018 – 2019 TAVOLA SINOTTICA DI CURE INTERMEDIE PER ZONA DISTRETTO

Zona Distretto	Abitanti	Situazione al **31/12/2015 Ospedale di Comunità e Cure intermedie** distinte	**Situazione dal 01/01/2016 ad oggi,** con riferimento alla DGRT 909/2017 in setting 1, 2 3	**Proposte per anno 2018 e 2019** con riferimento alla DGRT 909/2017 in setting 1, 2 3	**Situazione finale prevista 2019**
Lunigiana	54.356 fonte istat 31.12.2017	1.Modulo di degenza a bassa intensità di cure subacute ospedale Fivizzano: 6 posti letto. Costi gestione diretta asl 2. PL Cure Intermedie in RSA Cabrini Pontremoli : 4 posti letto 120 euro 3. PL Cure Intermedie in RSASanatrix Aulla : 4 posti letto 120 euro 4. PL Cure Intermedie in RSA Fontana d'Oro Mommio 2 posti letto 120 euro	1.Modulo di degenza a bassa intensità di cure subacute ospedale Fivizzano: 6 posti letto. Costi gestione diretta asl 2. Sperimentazione a 8 posti letto delibera n.20 del 29.12.2017 119 euro Setting 3 3. Sperimentazione a 8 posti letto delibera n.19 del 29.12.2017 119 euro Setting 3	1.Modulo di degenza a bassa intensità di cure subacute ospedale Fivizzano: 6 posti letto. Costi gestione diretta asl **Da portare a 8 /10 posti letto**	1.Modulo di degenza a bassa intensità di cure subacute ospedale Fivizzano: 6 posti letto. Costi gestione diretta asl **Da portare a 8 /10 posti letto** In alternativa: realizzazione di una struttura di residenzialità sanitaria intermedia setting 2- D7 di 8 posti letto presso Don Gnocchi Fivizzano. 2. Sperimentazione a 8 posti letto delibera n.20 del 29.12.2017 119 euro Setting 3 3. Sperimentazione a 8 posti letto delibera n.19 del 29.12.2017 119 euro Setting 3
Apuane	**142.224**	RSA ASCOLI MASSA 4 RSA REGINA ELENA 10 DON GNOCCHI 14	RSA ASCOLI MASSA 4 RSA REGINA ELENA 10 DON GNOCCHI 14 + 6 BASSA INTENSITA DI CURA*	8 posti setting 3 presso la nuova RSA a Massa contestuale chiusura dei 4 posti presso la RSA Ascoli a Massa 10 posti setting 1 e 10 posti setting 2 presso Fondazione Don Gnocchi	RSA REGINA ELENA 10 (setting 3) 8 posti setting 3 presso la nuova RSA a Massa 10 posti setting 1 e 10 posti setting 2 presso Fondazione Don Gnocchi
Valle del Serchio	all'1.1.2017 **56.537**	8.p.l. modulo cure intermedie presso RSA "Nobili" Magliano 8 p.l. Modulo cure intermedie RSA"Paoli Puccetti" Gallicano	**9** p.l. modulo cure intermedie presso RSA "Nobili" Magliano (setting 3) 8 p.l. Modulo cure intermedie RSA"Paoli Puccetti" Gallicano (setting 3)	Chiusura 9 p.l. modulo cure intermedie presso RSA "Nobili" Magliano (setting 3) 8 (setting 1) Ospedale Barga 8 p.l. modulo cure intermedie adiacente RSA Le Piane di S.Romano (setting 2)	8 (setting 1) Ospedale Barga 8 p.l. modulo cure intermedie RSA Le Piane di S.Romano (setting 2) 8 p.l. Modulo cure intermedie RSA" Paoli Puccetti" Gallicano (setting3)

Piana di Lucca	150.000	14 p.l. Cure Intermedie c/o CdS Marlia – Capannori 14 p.l. Cure Intermedie c/o CdS Campo di Marte – Lucca	14 p.l. Cure Intermedie c/o CdS Marlia – Capannori 14 p.l. Cure Intermedie c/o CdS Campo di Marte – Lucca 14 p.l (ulteriori nel settembre 2017) di Cure Intermedie c/o CdS Campo di Marte – Lucca	da valutare l'inserimento di 8 ppll setting 1 nelle case di cura e ridurre a 8 posti del setting 3 Marlia in funzione di eventuale nascente consorzio socio sanitario Proposta Attivazione di 8 p.l. in Low Care (setting 1) presso Case di Cura private convenzionate, in conversione accordo preesistente tra ASL e CdC per gg di degenza in Bassa Intensità di Cura 2019	28 ppll del setting 2 Campo di Marte 14 p.l. Cure Intermedie c/o CdS Marlia –Capann. da valutare l'inserimento di 8 ppll setting 1 nelle case di cura e ridurre a 8 posti del setting 3 Marlia in funzione di eventuale nascente consorzio socio sanitario Attivazione di 8 p.l. in Low Care (setting 1) presso Case di Cura private convenzionate, in conversione accordo preesistente tra ASL e CdC per gg di degenza in Bassa Intensità di Cura 2019
Pisana	204.000	27 posti letto in OdC e 24 posti letto in Post Acuti, struttura gestita dalla AOUP, in base ad una convenzione AOUP-ASL NO- Misericordia di Navacchio. Non ci sono cure intermedie.	Nessuna	27 posti letto in OdC ipotesi di trasformazione in setting3 24 posti letto in Post Acuti, ipotesi di trasformazione in setting1 struttura gestita dalla AOUP, in base ad una convenzione AOUP-ASL NO-Misericordia di Navacchio.	27 posti letto in OdC ipotesi di trasformazione in setting3 24 posti letto in Post Acuti, ipotesi di trasformazione in setting1 struttura gestita dalla AOUP, in base ad una convenzione AOUP-ASL NO- Misericordia di Navacchio
Valdera	119.826	Cure intermedie c/o 3 RRSSAA: 12 posti così suddivisi: RSA Giampieri - Ponsacco (3), RSA Margherita Leoncini (5), RSA Casciana Terme (4)	Nessuna	Necessità di attivare 1 o 2 moduli di cure nel Setting 1/ 2 ai sensi DGR 909/2017, con ridefinizione dei posti nel setting 3 RSA	24 POSTI COMPLESSIVI DA SUDDIVIDERE NEI 3 SETTING (1/2/rsa) ai sensi DGR 909/2017
AVC	20184	2 p.l. di cure intermedie RSA	Nessuna variazione	8 pp.ll setting 1-2 presso medicina ospedaliera Riconversione 2 p.l. di cure intermedie RSA	8 pp.ll setting 1-2 presso medicina ospedaliera
Livornese	188000	Ospedale di comunità Livorno : 21 posti letto	apertura 8 pp.ll setting 1 e 6 pp.ll setting 2 letti a Villa Tirrena	Possibilità di trasferimento di 21 pp.ll. di OdC in setting 1 presso Villa Tirrena valutare attivazione 8 ppll setting 3 in RSA	Ospedale di comunità Livorno : 21 pp.ll. Villa Tirrena apertura 8 pp.ll setting 1 e 6 pp.ll setting 2 letti a Villa Tirrena Possibilità attivazione altri 3 posti letto in setting 2 in ospedale di comunità e valutare attivazione 8 ppll setting 3 in RSA

Bassa Val di Cecina	81386	18 posti letto in Ospedale di Comunità situato all'interno del PO di Cecina a gestione diretta. Priorità di ricovero per malati terminali in collaborazione con le cure palliative	Nessuna variazione. Il setting più vicino appare essere il livello 2 della dgrt 909.17. E' stato preannunciato un atto regionale specifico per gli ospedali di comunità	Valutare attivazione 8 pp.ll in setting 3	18 posti letto in Ospedale di Comunità situato all'interno del PO di Cecina a gestione diretta. Priorità di ricovero per malati terminali in collaborazione con le cure palliative 15 posti letto in Ospedale di Comunità situato all'interno del PO di Piombino a gestione diretta. Priorità di ricovero per malati terminali in collaborazione con le cure palliative Valutare attivazione 8 pp.ll in setting 3
Val di Cornia	58417	15 posti letto in Ospedale di Comunità situato all'interno del PO di Piombino a gestione diretta. Priorità di ricovero per malati terminali in collaborazione con le cure palliative	Nessuna variazione. Il setting più vicino appare essere il livello 2 della dgrt 909.17. E' stato preannunciato un atto regionale specifico per gli ospedali di comunità		
Elbana		8 posti di odc intra h a totale retta sanitaria	nessuna	Incremento di due posti odc	10 posti di odc intra h a totale retta sanitaria
Versilia	165234	- S.Camillo: n.6 PL di Post Acuzie a € 160,00/die. - Barbantini VG: n.20 PL di Post Acuzie a € 160,00/die - RSA: n. 15 PL in varie RSA a € 119,20 finanziati da FNA (RITU). - NON presente ospedale di comunità	Nessuna Variazione	S. Camillo: trasformare post acuzie in setting 1 con incremento di 2 ppll Barbantini trasformare post acuzie in setting 1 con riduzione di 2 ppll - Rivedere con conf. Sindaci i RITU in RSA ai fini dell costituzione di 1-modulo di 8 ppll setting 3	S. Camillo in setting 1 8 ppll Barbantini : in setting 1 18 ppll Rivedere con conf. Sindaci i RITU in RSA ai fini dell costituzione di 1-modulo di 8 ppll setting 3?

Di seguito si rappresenta una sintesi sulla situazione dei posti letto di cure intermedie

zone	fine 2015	previsti	Popolazione +65	tasso ppll 2015	tasso ppll attesi
Zona Versilia	26	34	41.766	0,6	0,8
Zona Valdera	12	24	27.020	0,4	0,9
Zona Pisana	51	51	50.727	1,0	1,0
Zona Livornese	21	46	45.467	0,5	1,0
Zona Apuane	28	38	35.494	0,8	1,1
Zona Piana di Lucca	28	44	40.827	0,7	1,1
Zona Bassa Val di Cecina	18	41	21.725	0,9	1,1
Zona Val di Cornia	15		17.137	1,0	
Zona Alta Val di Cecina	2	8	6.178	0,3	1,3
Zona Elbana	8	10	7.944	1,0	1,3
Zona Lunigiana	16	24	16.253	1,0	1,5
Zona Valle del Serchio	16	24	15.849	1,0	1,5
Azienda USL Toscana nord ovest	241	350	326.387	0,7	1,1

Partendo dalla situazione attuale riportata nella tavola sinottica con indicati i posti letto in cure intermedie e Osp. di Comunità, ciascuna Zona tenderà a realizzare i posti letto necessari in base al fabbisogno stimato dal monitoraggio delle attività delle ACOT.

Il completamento dell'assetto e della funzionalità delle case della salute

Lo stato dell'arte:
Le Case della Salute si sono sviluppate nel tempo in maniera disomogenea come copertura territoriale e come tipologia di servizi erogati e di modalità organizzative, in ragione della diversa disponibilità di sedi (es. riconversione di ex ospedali, adesione dei mmg ecc) e nelle more dei criteri di classificazione che Regione Toscana ha definito soltanto nell'anno 2015 (DGRT 117/2015).

In ASL NO ci sono attualmente n. 25 Case della Salute, così ripartite per Zona Distretto:

- Zona Lunigiana: n. 4 (Aulla, Villafranca, Bagnone, Pontremoli).
- Zona Apuane: n. 3 (Carrara centro, Montignoso, Massa Centro) .

- Zona Valle del Serchio: n.1 (Piazza al Serchio).
- Zona Piana di Lucca: n. 2 (Lucca Campo di Marte, Marlia).

- Zona Pisana: n. 0
- Zona Valdera: n. 2 (Pontedera e La Rosa).
- Zona Alta Val di Cecina: n.2 (Volterra e Pomarance-Castelnuovo).

- Zona Livornese: n. 1 (Stagno).
- Zona Bassa Val di Cecina: n. 2 (Donoratico, Guardistallo).
- Zona Val di Cornia: n. 1 San Vincenzo.
- Zona Elbana: n. 1 (Rio Marina).

- Zona Versilia: n.6 (Seravezza, Querceta, Pietrasanta, Forte dei Marmi, Viareggio-Tabarracci, Torre del Lago) .

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017 :
Effettuata mappatura nella quale sono state rilevate le seguenti caratteristiche:

- ✓ Tipologia della Casa della Salute in Basse, Standard o complessa ai sensi della DGRT 117/2015;
- ✓ Orari di apertura;
- ✓ N. di mmg presenti;
- ✓ N. di pediatri di famiglia presenti;
- ✓ Presenza di postazione di continuità assistenziale;
- ✓ Presenza di postazione di emergenza territoriale;
- ✓ Branche specialistiche presenti;
- ✓ Servizio infermieristico;
- ✓ Punto prelievi;
- ✓ Attivazione della Sanità d'iniziativa;
- ✓ Telemedicina;
- ✓ Vaccinazioni;
- ✓ Servizio sociale;
- ✓ Cup;
- ✓ Uffici amministrativi; consultorio.
- ✓ Apertura di ulteriori n. 4 Case della Salute (2 in Lunigiana, 1 Val di Cornia, 1 Elba).
- ✓ Implementazione di alcuni servizi in Case della Salute già aperte.

Aree di miglioramento

- ✓ Non tutte le Zone hanno una Case della Salute.
- ✓ Non tutte le AFT hanno una Casa della Salute di riferimento.
- ✓ Scarsissimo sviluppo della telemedicina.
- ✓ Carenza in alcune Case della Salute di postazione di Continuità assistenziale.
- ✓ Disomogenea disponibilità dei mmg ad entrare all'interno delle Case della Salute.
- ✓ Disomogeneità di modelli organizzativi (in alcuni casi il mmg fa ambulatorio per i propri assistiti, in altri casi orario aggiuntivo per progettualità specifiche.
- ✓ Disomogenea dotazione di offerta specialistica

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Realizzare in ogni Zona Distretto almeno una CDS di tipologia standard
- ✓ Garantire la presenza della CA, almeno in orario diurno prefestivo e festivo, all'interno della CdS con modalità contestualizzate nella realtà territoriale
- ✓ Attuare la telemedicina nelle CdS
- ✓ Garantire nelle CdS di tipologia standard la presenza di offerta specialistica per attuare i percorsi della cronicità

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Apertura CdS in ogni Zona Distretto
- ✓ Attivazione presidio di continuità assistenziale nella CdS
- ✓ Dotazione di elettrocardiografi collegati in telemedicina nella CdS
- ✓ Attivazione ambulatori specialistici a supporto dei percorsi della cronicità

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Aumento numero CdS
- ✓ Aumento numero MMG nelle CdS
- ✓ Continuità Assistenziale 7 giorni su 7 nelle CdS
- ✓ Effettuazione di prestazioni in telemedicina
- ✓ Presa in carico integrata MMG/specialisti del paziente cronico

Si allega tavola sinottica su Case della Salute con dati per Zona Distretto riportando:

- ✓ Case della Salute presenti al 31/12/2015
- ✓ Case della Salute aperte dal 1/1/2016 ad oggi
- ✓ Servizi implementati dal 1/1/2016 ad oggi nelle Case della Salute aperte prima del 31/12/2015
- ✓ Case della Salute in programma di apertura nel 2018 e 2019 con specifica dell'anno
- ✓ Servizi che si prevede di incrementare da ora a fine 2019, con specifica anno, nelle CdS esistenti ad oggi
- ✓ Risorse necessarie

NOTA: lo sviluppo della Case della Salute è condizionato fortemente dalla disponibilità o meno dei MMG a effettuare attività ambulatoriale per i propri assistiti all'interno delle stesse.

2018 - 2019 TAVOLA SINOTTICA CASE DELLA SALUTE PER ZONA DISTRETTO

Zona Distretto	Case della Salute presenti al 31/12/2015	Case della Salute aperte dal 01/01/2016 ad oggi	Servizi inplementati dal 01/01/2016 ad oggi nelle CdS aperte prima del 31/12/2015	C.d.S. in Programma di apertura nel 2018 e 2019 con specifica dell'anno	Servzi che si prevede di incrementare da ora a fine 2019, con specifica anno, nelle CdS esistenti ad oggi.
Lunigiana	1)Villafranca 2)Aulla	3)Bagnone 4)Pontremoli	Nessuno	Gragnola 2019. Progetto fattibilità Fosdinovo 2018	Telemedicina in tutte le Cds 2019. Cardiologo 2018 Ambulatorio CA 3 ore pre festivi e festivi 2018
Apuane	1)Carrara 2)Montignoso 3) Massa	Nessuna	CDS Carrara : Servizio Continuità assistenziale sabato e domenica H12. Attivazione ambulatorio Geriatria	Nessuna apertura 2018. Nuova CDS Massa vecchio Ospedale fattibilità e progettazione Carrara: 2018 studio di fattibilità CDS ex monoblocco osp. attuale Centro polispecialistico. Avenza in corso gara di progettazione (2018) affidamento lavori (2019)	Implementazione telemedicina in collaborazione con cardiologia nelle 3 CDS (2019).Attualmente Suite Estensa per referti Radiologici CDS Massa. CDS Montignoso: apertura ambulatorio CA 3 ore festivi e prefestivi
Piana di Lucca	Campo di Marte – Lucca	//	- ulteriori 14 p.l di Cure Intermedie nel settembre 2017 - servizio sociale aziendale - servizio sociale comune di Lucca - area anziani	//	- centro vaccinazioni pediatriche (2018) - poliambulatorio gruppo Pediatri di famiglia (2018) - uffici operativi integrazione socio-sanitaria della Società della Salute Piana di Lucca (2019) - implementazione degli attuali ambulatori di MMG (3) con inserimento di una medicina di gruppo-UCCP (2019)
	Marlia - Capannori	//	//	//	//
				San Leonardo in Treponzio (area SUD del comune di Capannori) (2019)	
Valle del Serchio	casa della salute Piazza al Serchio	nessuna	integrazione con specialista ginecologo	nessuno	nessuno
Pisana	nessuna	nessuna			

Val d'Era	n. 2: La Rosa, Pontedera	nessuna	Integrazione con gli specialisti di riferimento per le patologie croniche (cardiologia, diabetologia)	Sono stati sottoscritti Accordi di Programma/Protocolli di intesa tra l'Azienda USL, SDS e Comuni interessati per la realizzazione di un nuovo Presidio distrettuale a Bientina e a Ponsacco (previsti nel Piano degli Investimenti Delibera DG 164/2008). All'interno dei nuovi Presidi è prevista la presenza di MMG e di CA e conseguentemente l'avvio di nuove Case della Salute. I tempi sono direttamente legati alla conclusione della realizzazione dei nuovi Presidi. Anche a Santa Maria a Monte dove è stato realizzato un presidio distrettuale è previsto un ambulatorio da destinare ai MMG per l'avvio, anche in tale Presidio, di una nuova Casa della Salute previa disponibilità dei MMG. Con l'avvio di queste nuove CdS il territorio della Valdera sarà interamente coperto.	1) Migliorare e rendere strutturato il rapporto con gli specialisti ospedalieri dell'Area Medica. 2) Sviluppo della telemedicina. 3) Ampliamento della sede della CdS La Rosa.
AVC	1) Volterra; 2) Pomarance/Castelnuovo	Nessuna	Nessuno	Nessuno	Telemedicina per la Sanità di Iniziativa
Livornese	nessuna	nessuna	nessuna	Maggio 2018 : inaugurata Casa della Salute Stagno . Sono in corso trattative per l'attivazione nel 2019 di una nuova Casa della Salute presso il CSS di Livorno Est. in corso lavori per CdS via del mare e presso Pad. 24 Ospedale. In corso di analisi nuove case della salute Livorno centro e livorno nord ovest.	medicina d' iniziativa
BVC	1) Donoratico 2) Guardistallo	Nessuna	Ecografia di base	Nel 2018: Rosignano; Nel 2019 progettazione esecutiva per nuova casa della salute a Rosignano ed inizio lavori.	nessuno
Val di Cornia		1) San Vincenzo		Nel 2019: avvio lavori per realizzazione di due CdS a Piombino	nessuno
Elba	NESSUNA	1 a Rio Marina	XXX	Marina di Campo 2019	Telecardiologia, telerefertazione, sviluppo attività integrate con MMG della CdS
Versilia	1)Seravezza; 2)Querceta; 3)Forte dei Marmi; 4)Pietrasanta; 5)Tabarracci; 6)Torre del Lago	Nessuna	Nessuno	Avvio dell'iter la realizzazione della nuova casa dlela salute Massarosa nel 2019	Telemedicina in tutte le Cds entro Dic 2018

e) L'empowerment ed il self-care del paziente

Progetto IDEA- Programma Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche (Self Managemement)

Lo stato dell'arte:
L'evoluzione del rischio e del bisogno di salute indirizzano le azioni del sistema socio-sanitario sempre più verso un approccio focalizzato sulla persona anziché sulla malattia e spingono i servizi verso un'evoluzione sulla base di nuove conoscenze organizzative, tecniche, professionali. In questa ottica gli obiettivi di salute si sviluppano dalle persone sane fino a soggetti in condizioni di disagio, patologie croniche, fragilità con indirizzo proattivo verso persone di ogni età. A livello internazionale numerosi sistemi sanitari hanno adottato da tempo programmi nazionali di supporto all'autogestione delle malattie croniche per i quali esiste larga evidenza di efficacia. Anche a livello nazionale e regionale sono stati approvati nuovi indirizzi verso lo sviluppo di programmi di educazione documentabili e monitorabili, nell'ottica che pazienti consapevoli ed esperti possano gestire al meglio la loro qualità di vita, fra cui in Toscana :
- PRP 2014-2018, progetto n.13(nuovi percorsi di sanità d'iniziativa)
- deliberazione n.454/2014 (Tavolo di Coordinamento per la Prevenzione e Promozione alla Salute, in cui si fa riferimento alla necessità di valorizzare azioni di supporto al sel-management, col coinvolgimento anche delle associazioni dei cittadini e l'adozione di specifici strumenti)

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017:
Delibera Regione Toscana n.650 del luglio 2016, in cui si fa riferimento allo sviluppo di un sistema di supporto al self-management per la gestione degli assistiti a basso rischio
Delibera n. 545 del maggio 2017 e 905 dell'agosto 2017, che approva il "modello IDEA: incontri di Educazione Di Educazione all'Autogestione delle malattie croniche, diabete, dolore cronico ".
Il modello IDEA é un programma di autogestione delle malattie croniche creato da Stanford University Patient Education Research Center alla fine degli anni '90 e prevede un seminario di sei incontri settimanali di due ore e mezza ciascuno rivolto a persone affette da condizioni croniche, o anche a loro familiari o a care givers. Il seminario é condotto da due tutors(operatori sanitari o "laici" adeguatamente formati e in possesso del Manuale per Conduttori).
I contenuti fanno riferimento alla prevenzione, alla gestione dei sintomi, a aspetti emozionali e sociali correlati alle malattie croniche e il programma si differenzia dalle metodologia educative tradizionali per l'interattività tra conduttori-partecipanti L'Azienda Sanitaria Locale in quanto soggetto "promotore" del programma é titolare della licenza rilasciata dall'Agenzia che detiene il copyright e titolare del coordinamento operativo del programma

Aree di miglioramento
Modalità di arruolamento pazienti e conduttori laici

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: Individuazione di:
- ✓ gruppo aziendale di indirizzo strategico all'interno del Tavolo di Coordinamento per la Prevenzione e Promozione della Salute, individuato con DGRT 905/2017 come struttura di riferimento per il programma di Autogestione, in sinergia con altre attività di sviluppo di azioni di promozione di stili di vita salutari

- ✓ operatori finalizzati al coordinamento su base territoriale delle attività che saranno garantite dai Direttori Zone Distretto/SdS
- ✓ funzioni dei diversi attori al fine di garantire l'adesione e il reclutamento dei cittadini: (Dipartimenti: Medicina Generale, Professioni Infermieristiche, Territorio, Patologia Clinica; Zone Distretto/ Società della Salute, Associazioni
- ✓ Promozione dei seminari per conduttori in particolare nelle zone con minore presenza

Obiettivo 2: Collaborazione con Laboratorio MeS per raccolta e analisi dati attività
Obiettivo 3: Verifica del mantenimento della certificazione dei formatori attraverso l'Agenzia Formativa ex Azienda USL di Empoli e organizzazione corsi per formatori
Obiettivo 4: Predisposizione / attivazione dei seminari di autogestione alla popolazione

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1:

- ✓ Predisposizione regolamento di attuazione del modello
- ✓ Verifica periodica dello sviluppo delle azioni previste a cura del Tavolo Aziendale per la Prevenzione e Promozione Salute.
- ✓ I MMG promuovono l'empowerment dei propri assistiti e li indirizzano verso i programmi di supporto del territorio
- ✓ Il personale infermieristico sostiene lo sviluppo dell'assistenza centrata sul paziente
- ✓ Fisioterapisti e dietiste collaborano col team multiprofessionale
- ✓ L'Attività Sanitaria di Comunità garantisce l'adesione ai percorsi di presa in carico multi-professionale
- ✓ Le strutture Specialistiche promuovono attivamente l'accesso ai programmi di autogestione
- ✓ I Direttori di Zona Distretto/ SdS garantiscono l'impegno delle UF di riferimento e sottoscrivono gli atti convenzionali con la Associazioni
- ✓ Le Associazioni assicurano la promozione del Programma di Autogestione tra i propri associati e ne individuano i potenziali conduttori

Azione 2: Condivisione del questionario MeS finalizzato a verifica e monitoraggio dei risultati del programma e trasmissione dei dati a MeS a cura di conduttori individuati
Azione 3: Invio dei dati degli attuali formatori a Agenzia Empoli, al fine di monitorare la validità in essere della certificazione dei formatori e predisporre ulteriori corsi
Azione 4 Programmazione di seminari nelle Zone della TLNO, rivolti alla popolazione, realizzati dai conduttori del territorio

I Risultati attesi 2018-2019
Diffusione e applicazione omogenea del modello su tutto il territorio dell'Azienda ATNO
Analisi dei dati raccolti dai conduttori
Mantenimento della certificazione dei formatori
Predisposizione di nuovi corsi per formatori :
Realizzazione di seminari in tutte le Zone

Fine vita

La rete delle cure palliative

La situazione delle cure palliative era e rimane ancora disomogenea per tipologia dei servizi offerti, per variabilità geografica, per differenze di organico, per la presenza o meno sul territorio di collaborazioni con associazioni/fondazioni/cooperative

Dalla fine del 2016 con la costituzione del coordinamento aziendale di cure palliative e la nomina di un responsabile, è stato redatto il progetto aziendale di cure palliative, programmate le azioni di aumento di organico, costituite le UF in ogni zona, nominati i responsabili e iniziato il lavoro di adeguamento dei servizi alle normative, essendo un LEA, con un impegno volto alla omogenizzazione dei livelli di servizi offerti in tutto il territorio. E' tutt'ora in corso questo processo con particolare riguardo alla revisione delle attività erogate in convenzione e alla riorganizzazione/implementazione dei servizi svolti dalle UF.

Inoltre quest'anno è in svolgimento un corso aziendale di cure palliative a cui partecipano circa 300 operatori ed è stato indetto il concorso pubblico per costituire la Unità Complessa di cure palliative aziendale.

Aree di miglioramento

Riguardano i rapporti tra i vari attori della rete, compresa la medicina generale, le fondazioni che gestiscono i due hospice in convenzione, le associazioni/cooperative. Altra area con margini di miglioramento è costituita dall'ampliamento delle équipes multidisciplinari almeno con l'introduzione della figura dello psicologo, la riorganizzazione dei servizi domiciliari offerti e in primis l'adeguamento del personale ai fabbisogni di ciascuna UF.

Gli Obiettivi

- ✓ Attuazione del piano di assunzione dei medici palliativisti e degli psicologi per garantire il livello sufficiente di erogazione del servizio LEA, tenendo conto delle variabilità geografiche e organizzative specifiche di ogni zona.

- ✓ Erogare in ogni zona il servizio in ogni setting specifico: accoglienza residenziale hospice o vicaria di hospice, assistenza domiciliare, consulenze nei reparti ospedalieri, ambulatorio, come previsto dal progetto aziendale e dalle normative vigenti

- ✓ Identificare chiaramente per ogni livello di percorso ed in ogni zona le figure infermieristiche di coordinamento a cui riferirsi.

- ✓ Diffondere la cultura delle cure palliative organizzando almeno 2 eventi coinvolgendo la cittadinanza e possibilmente i referenti politici; diffondere la cultura delle cure palliative in tutti gli ambiti sanitari per evitare accanimento terapeutico, un fine vita non degno per i pazienti e una inappropriata ed inutile spesa sanitaria anche tramite la diffusione dei Gruppi end stage non oncologici multidisciplinari (GENOM)

- ✓ Implementare posti letto hospice mancanti secondo le indicazioni regionali

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ entro fine anno attuare il piano assunzioni previsto per quest'anno e fare la selezione per le ore di psicologo
- ✓ proseguire con l'adeguamento dell'offerta dei servizi nei vari setting assistenziali con azioni mirate e diverse in ogni zona
- ✓ organizzare il calendario di incontri con referenti ESTAR da parte dei responsabili delle UF cure palliative entro 2018
- ✓ Organizzare un incontro con direttore dipartimento professioni sanitarie per comprendere la loro organizzazione entro 2018
- ✓ organizzare entro 2018 il primo degli eventi di diffusione della cultura delle cure palliative, coinvolgendo eventualmente la SICP regionale
- ✓ Organizzare incontro con direttore Dipartimento Medicina Generale entro 2018 e con AFT in ogni zona entro 2019
- ✓ Far partire i GENOM in ogni zona entro il 2019
- ✓ Redigere entro 2018 uno studio di fattibilità sulle sedi in cui aprire/aumentare i posti letto hospice tenendo conto delle aree geografiche e del numero dei posti mancanti;
- ✓ adeguare tali sedi ai requisiti previsti per gli hospices entro 2019
- ✓ attivare i posti entro 2020

	Posti esistenti	**Posti necessari**	**Posti mancanti**	**Ubicazione indicata**
Ex asl 1	10	13	3	Zona Lunigiana*
Ex asl 2	12	14	2	Zona Piana di Lucca
Ex asl 5	10	20	10	Zona VdE e AVC
Ex asl 6	12	21	9	Zona Valli Etrusche
Ex asl 12	8	10	2	Zona Versilia

* Utilizzo della struttura del Don Gnocchi di Fivizzano per realizzare posti di leniterapia che entrerà a far parte della rete delle cure palliative di assistenza ai malati terminali della Zona Lunigiana, utilizzabile anche per l'assistenza in ricovero temporaneo di pazienti affetti da malattie progressive in fase avanzata a rapida evoluzione e prognosi infausta per i quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione non è possibile o appropriata e per il sostegno alla persona e alle famiglie nelle situazioni di crisi durante le fasi di evoluzioni della patologia. Tale struttura dovrà prevedere 8 posti letto una articolazione interna utile a creare condizioni di vita simili alle abitazioni e possedere i requisiti previsti dalla normativa vigente per l'accreditamento dell'Hospice.

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Adeguare la rete alle normative secondo il progetto aziendale, con particolare riguardo alla strutturazione delle equipes multidisciplinari e all'erogazione del servizio nei vari setting assistenziali
- ✓ Migliorare e implementare il funzionamento dell'applicativo per l'invio dei dati come da richiesta ministeriale e regionale
- ✓ diffondere la cultura delle cure palliative sia negli ambiti sanitari che nella cittadinanza raggiungere il numero sufficiente per popolazione residente dei posti letto hospice come da indicazioni regionali, come da tabella seguente

LA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

La Prevenzione e promozione della salute

Igiene, salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Assicurare il raggiungimento degli obiettivi Piano Regionale Cave

Lo stato dell'arte:

A seguito degli infortuni mortali accaduti in cava nel 2015 la GRT ha approvato con la Delibera n° 151 del 01 marzo 2016 il piano strategico regionale 2016-20120 per la sicurezza sul lavoro che contiene uno specifico allegato con le azioni relative al settore estrattivo e lapideo in Toscana.

Con una netta inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti, a partire dal dicembre 2014 e per tutto il 2015 ci sono stati infortuni con dinamiche gravi e il contesto è ulteriormente peggiorato con due infortuni mortali. Nel 2016 in uno stesso incidente sono morte due persone e una terza è rimasta ferita in modo grave.

Gli infortuni hanno coinvolto personale dotato di esperienza che stava svolgendo operazioni di cava ordinarie durante la fase di avanzamento delle coltivazioni in aree estrattive con piani di coltivazione autorizzati. I sorveglianti dei cantieri estrattivi erano presenti e dirigevano il lavoro.

I rischi delle operazioni che stavano svolgendo sono noti ma evidentemente non compresi tenuto conto che personale di cava esperto non ha calcolato (o sottovalutato) le possibili conseguenze per la sicurezza delle modalità di lavoro scelte.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ 900 accessi nelle cave del comprensorio lapideo apuo-versiliese in modo da garantire 7/8 accessi in ogni sito estrattivo
- ✓ 350 accessi nelle ditte di seconda trasformazione dei materiali lapidei nelle zone Apuane e Versilia in modo da garantire che in ogni ditta sia verificata la rispondenza delle operazioni di movimentazione blocchi e lastre con quanto previsto nella procedura già condivisa con le Aziende alcuni anni fa.
- ✓ Condivisione di procedure per l'estrazione dei materiali lapidei con le associazioni datoriali e i comitati paritetici marmo di Carrara e di Lucca
- ✓ Divulgazione al settore dei risultati raggiunti

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Anno 2018 , per il 2019 gli accessi andranno ricalcolati in base ai risultati 2018
- ✓ Anno 2018, per il 2019 gli accessi andranno ricalcolati in base ai risultati 2018
- ✓ Tre procedure condivise nel 2018, per il 2019 dovranno essere ricalcolate alla luce dei risultati 2018
- ✓ Almeno un incontro su Lucca e uno su Massa Carrara sia nel 2018 che nel 2019

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Adeguamento alle nuove procedure condivise nelle lavorazioni in cava
- ✓ Corrispondenza tra le operazioni di movimentazione condotte nelle ditte di seconda trasformazione e le procedure già condivise in precedenti piani di settore
- ✓ Condivisione dei risultati con il settore lavorativo lapideo

Piano sulla sicurezza sul lavoro nel porto di Livorno e negli stabilimenti industriali dell'area portuale

Lo stato dell'arte:
I porti rappresentano realtà complesse, caratterizzate da pericolosità delle lavorazioni e compresenza di numerose imprese con elevata probabilità di interferenze; in tali realtà vengono spesso applicate soluzioni tecnico-operative intrinsecamente pericolose con frequente variabilità degli scenari operativi e presenze di attrezzature e impianti di dimensioni rilevanti. Nel porto di Livorno emerge altresì la necessità di focalizzare l'attenzione sulle attività produttive che, pur non facendo parte del area portuale propriamente intesa, sono comunque strettamente connesse con la stessa; tali attività sono soggette alla normativa sulle industrie a rischio di incidente rilevante: il piano prevede a tal proposito una miglior sinergia fra gli esiti dei controlli sulla sicurezza sul lavoro e quelli effettuati per la Direttiva Seveso.
Il presente piano di intervento prevede dunque l'attuazione di attività definite con l'obiettivo di ridurre gli infortuni sul lavoro e l'insorgenza di malattie professionali migliorando quindi i livelli di salute e sicurezza dei lavoratori operanti nell'area portuale e negli stabilimenti a questa attigui.
Dette attività hanno sia carattere di vigilanza e controllo, così come previsto dagli articoli 13 del D.lgs. 81/08 e 27 del D.Lgs. 105/015, sia carattere di assistenza in accordo con l'articolo 10 del D.Lgs. 81/08 e sono strutturate in modo tale da: aumentare, laddove possibile, il livello quantitativo della presenza degli organi di vigilanza; migliorare l'efficacia degli interventi degli enti sia per un aumento dello scambio di informazioni tra gli enti stessi sia per l'effettuazione di attività in modo congiunto; migliorare il controllo dell'area attraverso l'efficientamento del monitoraggio degli infortuni interessanti l'area portuale, definire ed adottare apposite procedure di lavoro condivise tra le parti in causa; formare ed informare i lavoratori sui temi della prevenzione nei luoghi di lavoro.

Gli Obiettivi specifici: anno 2019

Obiettivo 1: Accessi per vigilanza inerente Operazioni e servizi portuali: 110 accessi programmati per il 2019 in modo da garantire un'attività di vigilanza raddoppiata rispetto al 2018*.
Tali interventi, in particolare avranno lo scopo di verificare la documentazione di sicurezza ex D.Lgs. 272/99 e D.Lgs. 81/08 (Documento di Sicurezza, DUVRI, ecc.) con particolare riferimento all'organizzazione del lavoro, all'esame delle interferenze e all'uso delle attrezzature di lavoro (forklift, ralle, gru, ecc.); corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale e delle attrezzature di lavoro; sorveglianza sanitaria ai fini della verifica della coerenza del protocollo sanitario con i profili di rischio anche al fine di far emergere eventuali malattie professionali.
**Il numero di accessi programmati per il 2019 presuppone l'incremento di personale di 4 unità di cui 2 tecnici della prevenzione e 2 ingegneri, da dedicare in via pressoché esclusiva per le attività previste dal piano operativo, analogamente a quanto già avvenuto per il piano cave.*

Obiettivo 2: Accessi per vigilanza inerente Stabilimenti industriale: 20 accessi programmati per il 2019 in modo da garantire un'attività di vigilanza raddoppiata rispetto al 2018***.**
Tali interventi, in particolare avranno lo scopo di verificare i documenti di valutazione dei rischi (DVR, DUVRI, ecc.) e la loro corretta attuazione con particolare riferimento alle procedure di lavoro ed all'utilizzo dei dpi e delle attrezzature di lavoro; le operazioni svolte dalle ditte in appalto e dei relativi protocolli di sicurezza applicati dalle aziende chimiche a rischio di incidente rilevante e a rischio da ambienti confinati; la sorveglianza sanitaria ai fini della verifica

della coerenza del protocollo sanitario con i profili di rischio anche al fine di far emergere eventuali malattie professionali; sopralluoghi congiunti con altri Enti; vigilanza/assistenza ai fini della verifica della gestione degli appalti ex art. 26 D.Lgs. 81/08 e smi;

(**) Il numero di interventi si riferisce alle aziende a rischio di incidente rilevante presenti in area portuale e ad altre attività di tipo "industriale" (ma non a rischio di incidente rilevante) che operano in area portuale (Silos e Magazzini del Tirreno, Grandi Molini Italiani, Laviosa Chimica Mineraria)

(***) Il numero di accessi programmati per il 2019 presuppone l'assunzione di 2 ingegneri, da dedicare in via pressochè esclusiva per le attività previste dal piano operativo; gli ingegneri saranno dedicati sia alle attività inerenti le operazioni portuali sia a quelle inerenti gli stabilimenti industriali.

Obiettivo 3: supporto per l'attività degli RLS di Sito del porto con incontri periodici di monitoraggio delle attività e sviluppo, attivazione alla richiesta di intervento da parte degli RLS di Sito entro 7 giorni.

Obiettivo 4: individuazione (di concerto con ADSP e Capitaneria di Porto) di una ulteriore procedura di lavoro condivisa e redazione della stessa con il coinvolgimento di tutti gli stakeholders

Obiettivo 5: attività previste dal progetto BRIC-INAIL e dal Piano Mirato e sviluppo di proposte per migliorare il monitoraggio degli eventi infortunistici portuali di concerto con INAIL e ADSP Portuale

Le Azioni e i tempi: 2019

Azione 1: Rendiconto accessi e attività per l'anno 2019 (rif. Obiettivo 1)

Azione 2: Rendiconto accessi e attività per l'anno 2019 (rif. Obiettivo 2)

Azione 3: almeno 2 incontri nel 2019 con gli RLS di Sito; registro attività effettuata su richiesta degli RLS di Sito a chiamata.

Azione 4: Individuazione (di concerto con ADSP e Capitaneria di Porto) di una ulteriore procedura di lavoro condivisa e redazione della stessa entro il 2019

Azione 5: rendiconto delle attività svolte per l'attuazione del Piano Mirato e del progetto BRIC-INAIL e tentativi di sperimentazione di una modalità di rilevamento degli infortuni che ne consenta un più efficace monitoraggio

I Risultati attesi 2019

Risultato 1: incrementare l'attività di controllo per operazioni portuali

Risultato 2: incrementare l'attività di controllo per i siti industriali dell'area portuale e applicazione del protocollo siglato fra ARPAT, azienda USL, INAIL e VVF riguardo alla vigilanza ed il controllo di stabilimenti a rischio di incidente rilevante

Risultato 3: migliorare i livelli di conoscenza e informazione degli RLS di Sito e supportarne l'azione anche verificando eventuali segnalazioni o richieste di assistenza

Risultato 4: redazione di un anuova procedura di lavoro condivisa con il coinvolgimento di tutti gli stakeholders per il miglioramento dell'operatività in particolari contesti

Risultato 5: approfondimenti scientifici con supporto alle imprese per migliorarne il livello di sicurezza e sviluppo di una proposta operativa per il monitoraggio degli eventi infortunistici portuali

Promozione alla salute nei luoghi di lavoro

Lo stato dell'arte:
Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, ai rischi occupazionali è attribuibile circa l'1,5% del totale degli anni di vita in buona salute persi (DALYs) nei Paesi ad elevato reddito come l'Italia, mentre, altri fattori legati a comportamenti individuali (e quindi almeno in parte prevenibili), come il fumo di tabacco, l'alcol, l'eccesso ponderale, la sedentarietà, l'alimentazione, i comportamenti alla guida, sarebbero responsabili di circa il 30% della perdita totale di anni di vita in buona salute. La Regione Toscana ha avviato il programma Workplace Health Promotion (Promozione della salute nei luoghi di lavoro), inserito poi come Progetto 9 nel PRP. Il programma vuole essere un quadro di riferimento ed un supporto metodologico concreto alle aziende per la promozione della salute e rappresenta una occasione di coordinamento e sinergia di diversi attori istituzionali che agiscono in questo ambito. I temi del programma riguardano i principali fattori di rischio modificabili per la salute ovvero alimentazione, fumo di tabacco, attività fisica, sicurezza stradale e mobilità sostenibile, alcol, benessere personale e sociale e conciliazione famiglia-lavoro. Il programma WHP prevede lo sviluppo nelle aziende aderenti di attività (buone pratiche) nelle 6 aree tematiche sopraindicate. Al fine di favorire l'adesione da parte delle imprese sono stati stipulati da parte della RT accordi con Associazioni di categoria (Confindustria, Confcommercio, Confesercenti)

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Nel 2016 sono stati organizzati corsi di formazione per tutti gli operatori ASL coinvolti nel Programma (promotori della salute, medici del lavoro, igienisti, medici dello sport, medici del Dipartimento delle Dipendenze ecc).
Nel 2017:
- ✓ organizzati Workshop e Convegni rivolti a tutti gli stakeholders: Aziende, Medici Competenti, Medici del Dipartimento della Prevenzione, Associazioni di Categoria, OOSS ecc
- ✓ identificate le imprese che hanno deciso di aderire al Programma sviluppando i previsti percorsi di assistenza e monitoraggio: 4 aziende hanno aderito nel 2016 e 4 nel 2017
- ✓ realizzazione nelle imprese delle buone pratiche del primo anno
- ✓ realizzazione nelle imprese delle buone pratiche del secondo anno (per le aziende che hanno aderito nel 2016)
- ✓ monitoraggio delle attività svolte dalle aziende e loro documentazione
- ✓ sperimentazione di nuove Buone Pratiche e avvio dei processi di validazione

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Diffusione del Programma Workplace Health Promotion nell'ASL NORDOVEST con il coinvolgimento di tutti gli stakeholders
- ✓ Realizzazione Buone Pratiche nelle aziende che volontariamente aderiscono al progetto
- ✓ Valutazione degli effetti (modifiche stili di vita) dell'adesione al Programma in almeno il 10% delle aziende aderenti

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Incontri con le aziende aderenti
- ✓ Diffusione e socializzazione dei principi della WHP nei luoghi di lavoro e nelle occasioni istituzionali
- ✓ Monitoraggio delle Buone Pratiche attivate nelle aziende aderenti

- ✓ Analisi degli effetti della WHP sugli stili di vita dei lavoratori delle aziende aderenti (T1-T2vsT0)
- ✓ Sperimentazione di un modello aziendale (ASL NORDOVEST) di strategia per la diffusione della WHP nei luoghi di lavoro

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Progressivo incremento del numero delle aziende aderenti alla WHP
- ✓ Modifica e miglioramento degli stili di vita in almeno il 10% dei lavoratori delle aziende aderenti nel 2018 e del 20% nel 2019 a seguito dell'attivazione delle Buone Pratiche
- ✓ Messa a punto di un modello istituzionale di strategia della WHP

Screening e follow up di lavoratori ed ex lavoratori

Lo stato dell'arte:

Da molti anni il problema della sorveglianza sanitaria dei soggetti ex esposti all'amianto e ad altri cancerogeni è all'attenzione dei medici del lavoro. La DGRT 396/2016 ha previsto la predisposizione di accertamenti sanitari presso le sedi ambulatoriali delle UF PISLL secondo un protocollo validato e articolato su più livelli che ha comportato la messa in opera di collaborazioni continuative con le reti ospedaliere locali (pneumologia, radiologia) e con AOUP per i casi di approfondimento clinico. Il percorso di sorveglianza sanitaria, a partenza da elenchi di lavoratori ex esposti disponibili presso le UF PISLL o forniti da ISPRO, prevede un invito a visita per gli ex lavoratori di tipo attivo. Iniziato nel 2017, attivato in 10 sedi ambulatoriali.

La disomogeneità assistenziali e organizzative rilevate in partenza

La criticità organizzativa prevalente è stata per molte zone la scarsa disponibilità di sedute radiologiche, il che ha rallentato gli accertamenti sanitari per gli ex esposti. Peraltro il protocollo regionale prevede una seconda lettura delle radiografie a cura di medici del lavoro e/o radiologi in possesso di specifica certificazione (ILO –ICORED). Attualmente solo due medici in tutta l'Area Vasta TNO sono i possesso di tale requisito, uno dei quali di AOUP.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017

Visite mediche ex esposti : 392 Invio al II° livello : 31
Rx torace : 241 Ex esposti inseriti in follow up : 345

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Per gli anni 2018-2019 saranno inseriti nel programma di richiamo attivo lavoratori ed ex lavoratori provenienti da altre aziende/comparti produttivi con possibile pregresso uso di materiali contenenti amianto

- ✓ acquisizione di competenze specifiche nella rilettura dei radiogrammi (ILO – ICOERD) per medici del lavoro e radiologi della ATNO
- ✓ riduzione dei tempi di attesa sedute radiologia/pneumologia
- ✓ ottimizzazione del sistema di registrazione e di estrazione dati
- ✓ implementazione del flusso di ex esposti nelle sedi ambulatoriali più carenti
- ✓ omogeneità delle procedure diagnostiche e della gestione dei follow – up

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ partecipazione a specifici corsi dedicati di certificazione/ricertificazione ILO- ICOERD radiologi e medici del lavoro ad ottobre 2018
- ✓ incontri dedicati con responsabili area medica e radiologia da concordare con direzione sanitaria nel corso del 2018; acquisizione di 1 spirometro per almeno una delle sedi ambulatoriali sguarnite
- ✓ interfaccia con patronati locali ed enti terzi per flusso controllato di lavoratori/ex lavoratori (2018 – 2019)

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ snellimento procedure di accertamento sanitario e di chiusura/classificazione casi trattati
- ✓ riduzione delle liste di attesa, riduzione dei tempi di gestione dei pazienti
- ✓ implementazione del numero di soggetti sottoposti a sorveglianza sanitaria nel periodo di vigenza del progetto

La cultura della sicurezza nelle scuole

Lo stato dell'arte:
L'educazione alla sicurezza e alla salute nei luoghi di lavoro rappresenta la prima azione di prevenzione. Gli interventi devono partire da un percorso formativo che dovrebbe iniziare durante il periodo scolastico, dalle scuole primarie agli studi superiori. I soggetti coinvolti per la realizzazione degli interventi educativi oltre alle le singole Aziende USL, sono la Regione, l'ufficio Scolastico Regionale ed altri Enti. Le azioni di supporto/assistenza alle scuole ed agli insegnanti sono tese alla progettazione di interventi educativi nell'ambito delle singole discipline e dei Piani dell'Offerta Formativa Triennale (POFT) favorendo percorsi interdisciplinari.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Favorire percorsi educativi per accrescere la cultura sulla sicurezza dei futuri lavoratori
- ✓ Diffondere i risultati delle attività e dei materiali realizzati dalle scuole
- ✓ Definire i contenuti dei percorsi formativi rivolti ai docenti

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Attività di supporto e assistenza agli Istituti scolastici partecipanti al Bando di concorso di cui al Decr. 6317/2015.
- ✓ Monitoraggio dei progetti previsti nell'ambito del Bando di concorso di cui al Decr. 17/2015.
- ✓ Supporto alla stesura di un report conclusivo sull'attività svolta.
- ✓ Collaborazione con RT e le atre ASL per l'organizzazione di una mostra di elaborati prodotti dagli alunni delle scuole partecipanti al Bando di concorso di cui al Decr. 6317/2015.

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Supporto al 90% degli Istituti scolastici che hanno partecipato al bando e richiesto la collaborazione delle Aziende USL.
- ✓ Restituzione di due schede di monitoraggio attività compilate dagli Istituti scolastici.
- ✓ Relazione descrittiva dei risultati sull'attività svolta.
- ✓ Realizzazione di un evento regionale sulla sicurezza nella scuola.

Igiene Pubblica e Nutrizione

Programma Vaccinazioni

Lo stato dell'arte:
Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (PNPV 2017-2019) recepito dalla Regione Toscana prevede l'attivazione con invito attivo della vaccinazione anti papilloma-virus anche nel maschio (11-enni), la vaccinazione antimeningococco C negli under 20 in modo da raggiungere coperture vaccinali superiori al 75% e la vaccinazione anti Herpes Zoster nelle coorti di nascita 1952-1953 con coperture vaccinali del 20, 35%.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: consolidare gli inviti attivi nei maschi 11 anni, in tutte le zone –distretto per raggiungere le coperture previste per il vaccino anti papilloma-virus dal PNPV 2017-2019.
Obiettivo 2: consolidare la vaccinazione anti meningococco C per gli obiettivi previsti negli under 20
Obiettivo 3: attivazione tramite chiamata attiva delle coorti previste, 1952-53, per la vaccinazione anti HZ

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1: inviti attivi per i maschi della coorte del 2006 per la vaccinazione anti HPV e aperture di ambulatori dedicati, meglio se in orario pomeridiano, entro maggio 2018
Azione 2:
- ✓ campagne informative/formative rivolte ai pediatri di libera scelta ed ai i mmg sulla vaccinazione anti papilloma-virus, anno scolastico 2018-2019
- ✓ incontri con la popolazione, anche attraverso le istituzioni scolastiche per la sensibilizzazione degli utenti e delle loro famiglie. Utilizzo dei peer educator in collaborazione con la promozione della salute, anno scolastico 2018-19
- ✓ aggiornamenti dell'anagrafe vaccinale su SISPC a partire da maggio 2018

Azione 3:inviti attivi per la vaccinazione anti meningococco C da parte dell'igiene pubblica e collaborazione con pediatri di libera scelta e medici di medicina generale, entro dicembre 2018
Azione 4:
- ✓ inviti attivi per le coorti previste (1952-1953) da parte dell'igiene pubblica, entro ottobre 2018.
- ✓ campagne informative/formative con la popolazione ed i mmg sui benefici della vaccinazione anti Herpes Zoster, da maggio a dicembre 2018
- ✓ continuazione della campagna vaccinale anti Herpes Zoster per consolidare ed aumentare le coperture vaccinali, entro 2019

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: raggiungere coperture vaccinali del 50% (papilloma-virus) nella coorte del ragazzi del 2006 entro il 2018; consolidare e migliorare la coperture vaccinale nella coorte del 2007 entro il 2019
Risultato 2: raggiungere coperture del 90% (meningococco C) nella popolazione 11-20 anni, entro il 2018**;** mantenere coperture superiori al 90% nella popolazione 11-20, entro 2019
Risultato 3: raggiungere coperture vaccinali del 15% (Herpes Zoster) nella coorte del 1953, entro 2018; recuperare alla vaccinazione anti Herpes Zoster la coorte del 1952, con coperture vaccinali non inferiori al 15%, entro il 2018; raggiungere coperture vaccinali non inferiori al 35% nella coorte del 1954 (sessantacinquenni), entro il 2019

Promozione dell'adesioni dei pediatri al programma delle vaccinazioni

Lo stato dell'arte:

Per migliorare l'adesione da parte delle famiglie ai programmi vaccinali promossi dalla Regione Toscana, è previsto il coinvolgimento dei Pediatri di famiglia, non solo attraverso le attività di educazione sanitaria e promozione delle vaccinazioni, ma anche nell'organizzazione ed erogazione delle vaccinazioni stesse, considerato il rapporto fiduciario che lega il Pediatra alla famiglia.

Tale assetto è stato formalizzato nell'accordo regionale per le vaccinazioni (DCRT 366/15 e integrazioni successive) L'attuazione del suddetto accordo regionale pur registrando un incremento della partecipazione dei pediatri dal 2015 ad oggi mostra differenze di adesione da parte dei PLS nelle diverse Zone Distretto determinate anche dai diversi contesti territoriali e del grado di organizzazione della pediatria di famiglia.

- Zona Lunigiana: n. 6 PDF di cui n.2 fanno tutte le vaccinazioni e n.4 solo alcune.
- Zona Apuane: n. 13 PDF di cui n.13 fanno tutte le vaccinazioni.
- Zona Valle del Serchio: n. 5 PDF di cui n. 5 fanno tutte le vaccinazioni.
- Zona Piana di Lucca: n. 21 PDF di cui n. 17 fanno tutte le vaccinazioni e n. 3 solo alcune.
- Zona Pisana: n. 24 PDF di cui n. 12 fanno tutte le vaccinazioni e n. 4 solo alcune.
- Zona Valdera: n. 14 PDF di cui n. 11 fanno tutte le vaccinazioni.
- Zona Alta Val di Cecina: n. 2 PDF di cui n. 1 fa tutte le vaccinazioni.
- Zona Livornese: n. 17 PDF di cui n. 15 fanno tutte le vaccinazioni e n.1 solo alcune.
- Zona Bassa Val di Cecina: n. 9 PDF di cui n. 9 fanno tutte le vaccinazioni.
- Zona Val di Cornia: n. 5 PDF di cui n. 5 fanno tutte le vaccinazioni.
- Zona Elbana: n. 4 PDF di cui n. 3 fanno tutte le vaccinazioni.
- Zona Versilia: n. 20 PDF di cui n.12 fanno tutte le vaccinazioni e n.7 solo alcune.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017:

Mappatura dei PDF aderenti all'accordo regionale vaccinazioni.

Definizione di procedura per attuazione dell'accordo regionale sulle vaccinazioni.

Aree di miglioramento

Adesione dei PDF a macchia di leopardo.

Difficoltà nella completa registrazione su sistema informatizzato SISPC (in fase di risoluzione).

Gestione della comunicazione con le famiglie dei "non vax".

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Raggiungere un tasso di adesione di almeno il 75% dei PDF di ogni Zona Distretto.

Monitorare l'attività vaccinale dei PDF.

Coperture vaccinali della popolazione in linea con i target stabili dai LEA.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Incontri con PDF per promozione e adesione all'accordo regionale sulle vaccinazioni.

Monitoraggio delle coperture vaccinali

I Risultati attesi 2018-2019

Adesione del 75% dei PDF di ogni zona

Aumento delle coperture vaccinali nella popolazione. Infantile

Applicazione legge 119/2017 disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale in collaborazione con distretti, pediatri di famiglia

Lo stato dell'arte:
Le coperture vaccinali al 31/12/2017 sono le seguenti:

- MPR (Morbillo, parotite, rosolia) 93,51%
- HPV (papilloma virus) 57,38%
- Vaccino antimeningococcico a 24 mesi 92,71%
- Vaccino antipneumococcico a 24 mesi 90,36%
- Vaccino esavalente a 24 mesi 95,41%

Le disomogeneità assistenziali e organizzative rilevate in partenza
Vi è ancora disomogeneità, nelle diverse zone-distretto, nell'applicazione del calendario vaccinale regionale ed è ancora evidente una disomogeneità organizzativa nell'effettuazione delle vaccinazioni in quanto molti sono gli attori coinvolti (distretti, pediatri, igiene pubblica) che agiscono in modo non completamente coordinato ed integrato.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ aumentare le coperture vaccinali fino a raggiungere il 95%, per garantire herd immunity
- ✓ attuazione legge 119/2017 nelle varie fasce di età
- ✓ rendere omogenea l'organizzazione delle vaccinazioni negli ambiti territoriali e favorire la piena collaborazione tra servizi interessati (Dipartimento Prevenzione, Zone, Attività Sanitarie di Comunità, MMG, PDF)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ garantire l'attività della commissione aziendale per le strategie vaccinali e per la prevenzione delle malattie infettive istituita con delibera n. 800 del 10/08/2017, (per lo meno 3 riunioni all'anno nel periodo 2018-2019)
- ✓ aumentare l'offerta vaccinale nelle zone in cui si registra una minore adesione dei PDF all'accordo regionale
- ✓ condivisione di criteri per l'applicazione dell' accordo con PDF (es. registrazione delle vaccinazioni su SISPC, approvvigionamento di vaccini, ecc) entro 2018
- ✓ monitoraggio periodico delle coperture vaccinali e verifica della qualità anni 2018-2019
- ✓ incontri di formazione/informazione con la popolazione generale, gli operatori sanitari, la scuola, entro il 2018

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ aumento delle coperture vaccinali al 95%, entro 2018
- ✓ mantenimento coperture vaccinali superiori al 95%, entro il 2019
- ✓ rispetto calendario vaccinale regionale
- ✓ estensione dell'utilizzo dell'applicativo vaccinale Sispc da parte di tutti i soggetti coinvolti nel processo vaccinale

Programma Regionale Nutrizione

Lo stato dell'arte:
Dal 2017 la Regione Toscana ha adottato un programma unitario per le attività nutrizionali del Dipartimento di Prevenzione (D.D. 3514/2017) articolato in quattro macro aree, allo scopo di promuovere una sempre maggiore omogeneità di interventi e razionalizzazione delle risorse; l'erogazione delle prestazioni è garantita dalla sinergia professionale tra medici della UO Igiene Alimenti e Nutrizione e personale appartenente al Dipartimento delle Professioni Sanitarie, in particolare dietiste. Nel PRP 2014-2018 l'alimentazione e la nutrizione trovano spazio in numerosi progetti a conferma della valenza che tale ambito rappresenta nella prevenzione primaria e secondaria delle patologie cronico-degenerative. La realizzazione di un modello organizzativo che riesca ad integrare l'area dei servizi di prevenzione, l'area dell'assistenza primaria (MMG/PLS) e l'area dell'assistenza specialistica ospedaliera è l'obiettivo da perseguire per sviluppare percorsi assistenziali e di prevenzione efficaci e sostenibili

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Per ciascuna macroarea di lavoro indicata dal DM 16 ottobre 1998 (sorveglianza nutrizionale, educazione nutrizionale e promozione di corretti stili di vita, ristorazione collettiva, dietetica preventiva) sono state individuate buone pratiche, riferimenti normativi e volumi di attività da svolgere per i diversi ambiti territoriali introducendo per la prima volta una previsione delle risorse necessarie mediante la "pesatura" di ogni sezione effettuata attraverso la valutazione del tempo medio necessario per le prestazioni.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ consolidamento della collaborazione tra professionisti anche mediante l'eventuale formalizzazione di un gruppo di lavoro composto da medici e dietiste al fine dello svolgimento delle attività di prevenzione nutrizionale individuate dal programma regionale
- ✓ attività di informazione all'utenza e alle parti interessate previste dal programma regionale
- ✓ sviluppo dei sistemi di qualità in ambito nutrizionale in coerenza con il percorso di certificazione del Dipartimento Prevenzione

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Sorveglianza Nutrizionale: progetto HBSC , sorveglianza nutrizionale anziani in RSA
- ✓ Educazione Nutrizionale: PRP, Progetto Doping, Sportello Celiachia, Progetto Carceri
- ✓ Ristorazione Collettiva: promozione qualità pasti senza glutine , valutazione,validazione
- ✓ e controllo applicazione piani nutrizionali in scuole e RSA
- ✓ Dietetica Preventiva: erogazione prestazioni di counseling nutrizionale individuale e di gruppo
- ✓ Elaborazione materiale informativo per la promozione delle attività nutrizionali

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Effettuazione delle attività di prevenzione nutrizionale relative alle quattro Macroaree individuate dal programma regionale (sorveglianza nutrizionale, educazione nutrizionale e promozione di corretti stili di vita, ristorazione collettiva, dietetica preventiva) con il raggiungimento di almeno 80% dei risultati attesi
- ✓ Effettuazione delle attività di informazione all'utenza e alle parti interessate previste dal programma regionale al 100% del previsto
- ✓ Effettuazione delle attività previste dal programma regionale per quanto riguarda lo sviluppo della qualità in ambito nutrizionale al 100% del previsto

Sicurezza e conformità degli ambienti di vita (Requisiti di agibilità)

Lo stato dell'arte:
La legge regionale 65/2014 e smi prevede che ad ultimazione dei lavori edilizi, i professionisti abilitati presentino all'amministrazione comunale una Attestazione asseverata di agibilità. L'attestazione di agibilità delle unità immobiliari attesta la sussistenza delle condizioni di sicurezza, igiene, salubrità, risparmio energetico e, ove previsto dalla legge, di accessibilità.
L'agibilità decorre dalla data in cui la attestazione asseverata perviene allo sportello unico.
Le amministrazioni comunali trasmettono l'elenco delle attestazioni presentate alla azienda USL che dispone controlli anche a campione per la verifica dei requisiti igienici sanitari, le conformità degli impianti tecnologici, dei requisiti acustici passivi e delle barriere architettoniche.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Realizzazione di percorsi comuni e condivisi con le amministrazioni comunali per definire l'iter di invio delle attestazioni per le successive verifiche da parte della ASL.
- condivisione modalità di controllo omogenee e redazione specifica Istruzione Operativa
- diffusione di note informative rivolti a proprietari, professionisti e uffici comunali
-realizzazione di incontri con i soggetti interessati.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Garantire omogenea copertura del territorio attraverso adeguata programmazione dei controlli
- ✓ Incontri con professionisti, installatori, personale delle amministrazioni comunali
- ✓ Sviluppo di azioni di informazione/assistenza nei confronti di professionisti e aziende per migliorare le metodiche e tecnologie costruttive dei fabbricati

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Costituzione di gruppo di lavoro che garantisca coordinamento e il monitoraggio delle attività da erogare a livello zonale
- ✓ Realizzazione di incontri informativi (almeno 5)
- ✓ Realizzazione di informazioni strutturate da mettere a disposizione degli stakeholders, anche sul sito aziendale

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Operatività del gruppo di lavoro e produzione di relazione entro dicembre 2018
Risultato 2:realizzazione di almeno due iniziative di informazione

Ambiente e Salute

La rete aziendale ambiente e salute

Lo stato dell'arte:
Attualmente ogni Zona affronta le problematiche ambientali del proprio territorio supportando le amministrazioni interessate (Regione, Comuni, ecc.) con l'emissione di pareri sui singoli procedimenti ambientali e fornendo supporto tecnico per l'emissione di provvedimenti a tutela della popolazione esposta a contaminanti ambientali.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Definire una linea guida che consenta un intervento coordinato ed efficace nelle varie emergenze ambientali
- ✓ Valutare in modo coordinato nell'ambito del Gruppo Salute e Ambiente le problematiche complesse delle varie Zone
- ✓ Migliorare la qualità dei pareri espressi in ambito ambientale rendendoli omogenei in tutto il territorio dell'ASL

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ realizzazione corso di formazione rivolto al personale ASL; individuazione dei profili professionali coinvolti negli interventi per emergenze ambientali; condivisione di modalità omogenee di intervento.
- ✓ costituire un gruppo di specialisti in tematiche ambientali a supporto delle Zone
- ✓ Predisposizione di una linea guida che individui i criteri di valutazione condivisi nei vari procedimenti ambientali

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Disporre di una procedura di intervento per le emergenze ambientali
- ✓ formalizzazione del gruppo entro maggio 2018
- ✓ Validazione di linea guida di valutazione per i vari procedimenti ambientali (VIA, VAS, AUA, AIA)

Rosignano - città laboratorio di prevenzione oncologica

Lo stato dell'arte:
Con delibera aziendale 807/2017 è stato approvato il protocollo d'intesa tra l'Azienda Usl e il Comune di Rosignano M.mo per lo sviluppo del progetto "Rosignano la città laboratorio per la prevenzione oncologica" con l'obiettivo di stimolare l'attivazione di azioni collettive e individuali volte a ridurre i rischi di natura oncogena legati a fattori ambientali, occupazionali e stili di vita mediante il coinvolgimento attivo della popolazione residente, delle associazioni e delle imprese del territorio

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Nel corso del 2016 gli Enti coinvolti (Comune di Rosignano, Azienda Usl Toscana Nord Ovest, Ispo, Arpat, ARS) hanno elaborato uno specifico progetto, cui ha fatto seguito una presentazione pubblica e un workshop con i professionisti e le associazioni su diversi tavoli.
Nel 2017 sono state implementate diverse azioni previste dal progetto:
- ✓ attivazione ambulatorio di sorveglianza sanitaria ex-esposti ad amianto
- ✓ vaccinazioni: attivazione di indagine epidemiologica per ogni caso di epatite e proposta di vaccinazione di emergenza ai contatti
- ✓ valutazione screening
- ✓ azioni di educazione alla salute in ambito scolastico

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: contenimento dell'esposizione a fattori di rischio oncogeno nell'ambiente di vita e di lavoro
amianto:
- consolidamento delle azioni di cui al progetto di sorveglianza sanitaria ex esposti
-implementazione azioni per il contenimento del rischio derivante da contaminazione ambientale
inquinanti indoor
-sensibilizzazione dei professionisti per una progettazione orientata al rispetto dei principi di igiene degli ambienti di vita e di lavoro
pesticidi:
-diffusione di informazioni corrette circa gli effetti sulla salute dei prodotti fitosanitari
radiazioni ultraviolette
-diffusione di informazioni corrette circa gli effetti sulla salute dell'esposizione a radiazioni ultraviolette

Obiettivo 2: promozione di comportamenti tesi alla prevenzione di tumori
- ✓ incrementare l'adesione allo screening per i tumori del colon retto
- ✓ incrementare l'adesione alla vaccinazione contro il virus HPV nei maschi
- ✓ incrementare l'adesione alla vaccinazione contro l'epatite A e B

Obiettivo 3: promozione di corretti stili di vita
- ✓ incrementare l'adesione ai progetti sugli stili di vita in ambito scolastico, finalizzati alla promozione del movimento, alimentazione secondo la piramide alimentare toscana, assunzione di alcol consapevole, lotta al fumo. I progetti, pur finalizzati ai ragazzi dal punto

di vista esperienziale, prevedono interventi di formazione degli insegnanti sulle tematiche descritte e coinvolgimento delle famiglie
- ✓ Incrementare l'adesione della popolazione a progetti su stili di vita corretti

Obiettivo 4: migliorare la fruibilità delle informazioni da parte della cittadinanza
- ✓ implementazione del sito web del comune con dati e informazioni di facile accessibilità e comprensibilità

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Azione 1 (amianto)
- ✓ incontri con i patronati per incrementare gli arruolamenti nel progetto sorveglianza sanitaria ex-esposti (2018)
- ✓ convegno divulgativo sugli effetti dell'amianto sulla salute in collaborazione con ISPRO e AOUP (entro ottobre 2018)
- ✓ implementazione di procedura per la corretta gestione delle segnalazioni di coperture con sospetta presenza di cemento amianto (ex Delibera Consiglio regionale 14/02/2017 n. 7)
- ✓ supporto tecnico al comune nella gestione dei casi relativi al ritrovamento di rifiuti abbandonati sospetti di contenenti amianto
- ✓

Azione 2 (pesticidi):
- ✓ inserimento del tema "gli effetti sulla salute dei pesticidi" nell'ambito delle riunioni di aggiornamento dei MMG e PLS (2018-2019) e messa a disposizione di materiale bibliografico specifico sul sito della Società della Salute (2019)
- ✓

Azione 3 (igiene degli ambienti di vita e di lavoro):
- ✓ incontri informativi con i professionisti (compreso ufficio tecnico del comune) circa le norme di igiene degli ambienti di vita e di lavoro (entro 31/12/2018)
- ✓

Azione 4 (vaccinazioni e screening):
- ✓ coinvolgimento dei pediatri per vaccinazione HPV maschi (entro giugno 2018)
- ✓ indagine epidemiologica e offerta di vaccinazione ai contatti in tutti i casi di epatite A e B; offerta attiva di vaccinazione a tutti i casi di epatopatia
- ✓ distribuzione e ritiro provette per screening colon retto presso farmacie disponibili (entro dicembre 2018)
- ✓ Miglioramento della estensione e adesione a tutti gli screening oncologici
- ✓

Azione 5 (educazione alla salute):
- ✓ presentazione dei progetti di valenza triennale e adesione tramite accordo di rete tra Istituzioni scolastica e UOS Educazione e Promozione Salute
- ✓ presentazione a associazioni e cittadini e adesione al progetto n. 7 del PRP "verso un invecchiamento attivo"
- ✓

Azione 6 (fruibilità dati sanitari e ambientali)
- ✓ Diffusione, tramite il sito web del comune e della ASL, di informazioni relative ai dati sanitari e ambientali del territorio, di facile lettura per la cittadinanza, in collaborazione con ARPAT e ARS (2018 e 2019)

I Risultati attesi 2018-2019

Risultato 1:
- ✓ incremento richieste di accesso spontaneo al progetto sorveglianza sanitaria ex esposti
- ✓ realizzazione convegno divulgativo
- ✓ incremento richieste di valutazione delle coperture contenenti amianto secondo procedura

Risultato 2:
- ✓ realizzazione 2 incontri informativi con MMG e PLS
- ✓ implementazione sito SdS

Risultato 3:
- ✓ realizzazione 1 incontro informativo con i professionisti

Risultato 4:
- ✓ incremento adesione allo screening colon retto
- ✓ incremento adesione vaccinazione HPV nei maschi

Risultato 5:
- ✓ incremento adesione ai progetti su stili di vita del PRP:
- ✓ Stretching in classe (scuola primaria): Movimento e alimentazione/progetto n.4 del PRP
- ✓ Unplugget(scuola secondaria di primo grado): lotta alle dipendenze/progetto n.2 del PRP
- ✓ Laboratori Toscana da ragazzi. Resilienza e stili di vita (scuola secondaria 2°): progetto n.1 PRP
- ✓ Ragazzi insieme e estate nei parchi(ragazzi 11-17 anni): progetto n.47 PRP
- ✓ Incontri di sensibilizzazione/informazione/formazione sui temi del progetto

Risultato 6:
- ✓ disponibilità di informazioni sanitarie e ambientali sul sito web del comune e della ASL

Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare

La sicurezza alimentare per le fasce deboli di popolazione

Descrizione del contesto

Tra i servizi resi alla collettività, la ristorazione collettiva (mense scolastiche, ospedaliere, mense residenze sanitarie assistite, mense di solidarietà) riveste una particolare importanza per l'estensione sul territorio, per il numero di pasti somministrati, per l'età degli utenti del servizio e per il potenziale ampio coinvolgimento in episodi di infezione o intossicazione alimentare.
Tali ristorazioni rivestono particolare importanza per la "fragilità" dell'utenza servita in quanto sono rivolte a bambini, anziani e malati che rispetto ai potenziali rischi connessi alla somministrazione di alimenti sono più deboli con ripercussioni notevoli per il SNN.
I dati che emergono da rilevazioni effettuate all'interno delle mense collettive segnalano che il 40-60% del cibo offerto non viene consumato e viene disperso. La L. 166/2016 " disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale" rende possibile il recupero di prodotti ancora utilizzabili a fini alimentari da parte delle associazioni di volontariato ai fini della successiva distribuzione.

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017

Nel contesto della programmazione annuale di controllo ufficiale l'attività di vigilanza sulla ristorazione collettiva prevede ispezioni in base alla categoria di rischio attribuita (Alto rischio/ogni anno - Medio rischio /ogni 2 anni - Basso rischio/ogni 3 anni).
Nel 2017 sono stati effettuati 514 controlli finalizzati anche alla verifica del rispetto dei requisiti di sicurezza alimentare e in attuazione del PRP alla prevenzione delle patologie tiroidee attraverso la verifica della messa a disposizione e utilizzo di sale iodato.
Per quanto attiene le mense delle RSA, i controlli sono stati effettuati congiuntamente agli altri servizi dell' ASL Toscana Nord Ovest come da Delibera n 1114 del 03/11/2016.

Gli obiettivi specifici:

Obiettivo 1: Verificare le anagrafiche delle attività di ristorazione collettiva presenti sul territorio in modo che siano affidabili, omogenee e costantemente aggiornate.

Obiettivo 2:

Uniformare il Controllo Ufficiale nella ristorazione collettiva nell'ambito dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest con obiettivi specifici quali:
-verifica del rispetto dei criteri di sicurezza alimentare
- verifica requisiti di preparazione diete speciali per soggetti affetti da allergie ed intolleranze
-verifica della disponibilità di sale iodato sia per la preparazione di alimenti sia nei locali refettorio

Obiettivo 3: condivisione di una procedura per la vigilanza presso le RSA nell'ambito dei controlli multidisciplinari istituiti con Delibera n° 1144 del 03/11/2016.

Obiettivo 4: Sensibilizzazione degli OSA che gestiscono le attività di ristorazione:
- a donare il cibo in eccesso a favore di associazioni e/o comitati e/o cooperative che si prendono cura dei cittadini indigenti,
- a cedere gli scarti del cibo in eccesso alle strutture destinate agli animali randagi e di affezione

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Azione 1:
- ✓ Individuazione delle criticità
- ✓ Individuazione di criteri omogenei di inserimento (codici ATECO – Master list).
- ✓ Correzione delle anagrafiche sulla base dei criteri condivisi.
- ✓

Azione 2: Redazione relazione Controllo Ufficiale con gli item individuati nell'obiettivo al fine di uniformare e rendere omogenea l'ispezione

Azione 3: Redazione della procedura

Azione 4: Redazione "brochure" volta a informare gli OSA sull'opportunità offerte dalla legge antispreco al fine di favorire le donazioni delle eccedenze alimentari

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Completezza ed Omogeneità delle anagrafiche
Risultato 2: Omogeneità dei controlli ufficiali
Risultato 3: Omogeneità dei controlli ufficiali e incremento delle donazioni di eccedenze alimentari

Le garanzie igienico sanitarie nel settore turistico recettivo

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017
Le strutture turistico recettive rappresentano una attività economica importante del territorio con la presenza di 10.499 esercizi di somministrazione; di questi 1107 riguardano attività stagionali e temporanee.
Il mancato rispetto delle garanzie igieniche può determinare eventi avversi (Malattie Trasmesse da Alimenti) con forte impatto sui servizi sanitari per accesso alle strutture di cura e perdite economiche legate ai costi dell'assistenza ed alle perdite di giorni di lavoro.
Le imprese sono censite nell'anagrafica specifica dell'Area Funzionale della Sicurezza Alimentare e sono state sottoposte a valutazione di rischio in conformità col DPGRT n. 867 del 4° marzo 2008 che stabilisce anche la periodicità dei controlli.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: ottimizzare la programmazione in modo da garantire un maggiore livello di copertura del territorio
Obiettivo 2: migliore l'efficacia dei controlli e la affidabilità degli operatori economici allo scopo di ridurre le notifiche di malattie infettive legate a MTA (Malattie trasmesse da alimenti)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Azione 1: rivedere la programmazione al fine di eliminare le prestazioni di minor efficacia a favore di una miglior copertura del territorio.

Azione 2 Migliorare la qualità dei controlli con le seguenti priorità:
- Ristoranti
- Alberghi ed altre strutture ricettive con ristorante
- Agriturismi con ristorante
- Bar con somministrazione
- Esercizi con somministrazione al banco
- B&B
- Altri

Risultati attesi
Risultato 1: Incremento del livello di copertura del 5% rispetto al 2017
Risultato 2: Riduzione delle notifiche di MTA

La sicurezza alimentare in produzione primaria

Lo stato dell'arte:
Le politiche dell'Unione Europea in materia di sicurezza alimentare sono strategicamente mirate a garantire la salvaguardia della salute attraverso gli strumenti normativi del cosiddetto "pacchetto igiene" che costituiscono una corposa serie di regolamenti applicati a tutta la filiera agroalimentare. I controlli nella c.d "produzione primaria" (coltivazione ed allevamento di animali) sono difficilmente attuabili, soprattutto per quanto riguarda la produzione vegetale, per la scarsa disponibilità di banche dati fruibili (ISTAT ARTEA ecc.)e per la minore competenza del personale addetto, storicamente impiegato in controlli sulla fase post primaria (vendita, somministrazione ecc..).
Il comparto agroalimentare toscano contribuisce per circa il 2% alla formazione del valore aggiunto dell'economia regionale, e svolge un ruolo multifunzionale a livello territoriale, limitando il fenomeno dello spopolamento delle aree rurali, garantendo il presidio e la protezione del territorio, e costituendo il motore di un più ampio sistema economico che ha importanti ricadute nel commercio, nella ristorazione, nell'artigianato, nel turismo.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: Implementare la fruibilità delle banche dati da cui attingere per programmare il controllo sulle aziende
Obiettivo 2: Definire criteri comuni per pianificare e condurre il controllo ufficiale in modo da garantire omogeneità di interventi
Obiettivo 3: sviluppare la competenza professionale del personale addetto
Obiettivo 4: Organizzare incontri con le associazioni di categoria/OSA al fine di condividere corrette prassi, linee guida ecc..

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1: estendere l'accesso alle banche dati esistenti e di migliorarne la fruibilità secondo le esigenze del controllo ufficiale
Azione 2:organizzare per il 2018, da ripetersi nel 2019, un corso di formazione sulla produzione primaria
Azione 3organizzare incontri con le associazioni di categoria/OSA produzione primaria per trasmettere informazione sugli obiettivi del controllo ufficiale e sulla normativa che disciplina il settore

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Accesso alle banche dati garantito a tutte le UUFF zonali

Risultato 2:
- ✓ programmazione comune del controllo ufficiale, coordinamento dell'attività, criteri uniformi e strumenti condivisi
- ✓ costituzione di un gruppo di operatori addetti al controllo ufficiale con competenze specifiche nella materia
- ✓ almeno un incontro annuale con le associazioni/OSA

La Sicurezza in un bicchiere ovvero i MOCA (Materiali destinati al contatto con gli alimenti)

Gli alimenti vengono a contatto con molti materiali e oggetti durante le rispettive fasi di produzione, trasformazione, conservazione, preparazione e somministrazione, prima del loro consumo finale. Tali materiali e oggetti sono denominati materiali ed oggetti a contatto con gli alimenti (MOCA) – ad esempio contenitori per il trasporto degli alimenti, macchinari per la trasformazione dei prodotti alimentari, materiali da imballaggio, utensili da cucina e posate e stoviglie – e dovrebbero essere sufficientemente inerti da evitare che i loro componenti incidano negativamente sulla salute del consumatore o influenzino la qualità degli alimenti. Per garantire la sicurezza dei MOCA e per favorire la libera circolazione delle merci, nell'Unione europea (UE) vige una serie di requisiti legali e forme di controllo. La libera circolazione delle merci e l'arrivo di materiali ed oggetto anche da Paesi che hanno sistemi di controlli meno efficaci possono determinare l'introduzione ed il conseguente utilizzo di prodotti non sicuri, con possibili rischi per la salute del consumatore, in particolare per le fasce più sensibili (lattanti, bambini). La Usl Toscana Nordovest ha costituito un gruppo di lavoro aziendale che cerca di dare un contributo all'orientamento dei controlli ufficiali fornendo istruzioni operative e/o modulistica adeguata allo scopo.. Nel 2018 la programmazione stabilita prevede 3 audit presso produttori/trasformatori nell'ambito della USL Toscana Nordovest e 1 ispezione in ogni ex USL

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Completare la registrazione nel Sistema Informativo della Prevenzione collettiva dell'anagrafica dei produttori, trasformatori e distributori, anche promuovendo una maggiore informazione territoriale.
- ✓ Implementare le competenze professionali necessarie al personale coinvolto nella vigilanza
- ✓ Garantire un numero minimo di controlli in ogni zona (n.3 audit e 10 ispezioni per ogni anno)
- ✓ Definire procedure e/o istruzioni operative condivise

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Aggiornamento e implementazione dell'anagrafica in SISPC anche tramite la promozione dell'informazione sul territorio attraverso il coinvolgimento delle associazioni di categoria sulle modalità di controllo ufficiale e l'applicazione del D.Lvo 29/2017 (entro il 31/12/2018)
- ✓ Realizzare momenti formativi per sviluppare le competenze del personale
- ✓ Definire programmazione aziendale entro il primo trimestre 2018 e 2019
- ✓ Predisposizione di strumenti operativi utili ad un controllo omogeneo ed efficace su tutto il territorio (Check-list, Relazione di controllo ufficiale, atto di diffida) e implementazione di istruzioni operative specifiche.

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Aggiornamento dell''Anagrafica SISPC ai fini di una programmazione adeguata.
- ✓ Acquisizione di competenze specifiche.
- ✓ Realizzazione degli interventi programmati
- ✓ Uniformità di controllo ufficiale.

Il Piano nazionale di contrasto all'antimicrobico resistenza - la sorveglianza dell'AMR in ambito veterinario – l'integrazione con la rete ospedaliera

Lo stato dell'arte:
La resistenza agli antimicrobici è oggi uno tra i più importanti problemi di salute pubblica in ambito sia umano sia veterinario ed è destinata a diventare una delle principali sfide per la salute dei prossimi decenni. La crescente incidenza di infezioni causate da microrganismi multiresistenti (Multi-Drug Resistant Organisms, MDRO) determina un aumento di morbosità, mortalità e costi associati all'assistenza sanitaria.
In Italia il problema dell'antimicrobico-resistenza (AMR) vede la sua origine soprattutto nella convergenza di diversi fattori, in particolare l'elevato consumo di antibiotici sia in medicina umana che veterinaria, la bassa adesione all'igiene delle mani, le azioni di controllo del fenomeno non sufficientemente coordinate, l'uso spesso inappropriato degli antibiotici. Questi fattori hanno determinato una diffusione tra le più elevate in Europa per molti MDRO quali le Enterobacteriaceae produttrici di carbapenemasi (CPE), Staphylococcus aureus meticillino-resistente (MRSA), o Acinetobacter baumannii e Pseudomonas aeruginosa multiresistenti (MDR) o pan-resistenti (XDR), come dimostrato dai dati raccolti ed inviati al sistema di sorveglianza Europeo EARS-net. Ne consegue che un approccio integrato al fenomeno dell'antimicrobico-resistenza rappresenta un elemento importante per il suo contrasto.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Effettuare tutti i campioni per la ricerca dell'antibioticoresistenza su matrici alimentari come previsto dal Piano Nazionale
- ✓ Valutare l'uso degli antibiotici di importanza critica in campo veterinario sia in animali da compagnia che animali zootecnici
- ✓ Sensibilizzare la classe veterinaria sull'importanza di ridurre l'uso di antibiotici di importanza critica e sull'uso appropriato di tutti gli antibiotici al fine di ridurre l'antimicrobico resistenza
- ✓ Realizzare iniziative di informazione, educazione e promozione alla salute in collaborazione con la rete ospedaliera, il Dipartimento del farmaco e le altre strutture aziendali interessate

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Effettuazione dei campionamenti previsti dal piano nazionale di ricerca dell'antimicrobicoresitenza anno 2018 e 2019
- ✓ Riesame dei risultati dei campionamenti effettuati entro il 31 gennaio di ciascun anno
- ✓ Effettuazione di incontri con i veterinari liberi professionisti tramite gli ordini professionali illustrando la problematica dell'antimicrobico-resistenza e delle LINEE GUIDA "Uso dell'antimicrobico negli animali da compagnia" approvate dal ministero della Salute entro 1 semestre 2019
- ✓ Realizzazione di materiale informativo

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Completamento del Piano di monitoraggio
- ✓ Effettuazione dei relativi riesami
- ✓ Completamento degli incontro con gli ordini professionali dei veterinari
- ✓ Diffusione del materiale realizzato

Animali in città

Lo stato dell'arte:
La relazione tra uomo e animale è una fonte inesauribile di effetti positivi. Negli anziani, un amico a quattro zampe ha la forza di riaccendere l'interesse verso la vita e verso gli altri con indiscutibili benefici, anche sul piano fisico. Nei bambini le relazioni con gli animali incidono fortemente sulla formazione della personalità e contribuiscono a sviluppare benefici a livello psichico. Tutto ciò è più forte ed evidente quando l'impiego di animali è d'ausilio in ambiti terapeutici. Gli animali domestici svolgono, infatti, un ruolo insostituibile di mediatori anche nei processi terapeutico - riabilitativi ed educativi e i dati scientifici lo confermano.
Scegliere di possedere un animale significa assumersi una serie di oneri, non ultimo quello di conoscere da vicino le sue esigenze etologiche, di provvedere al suo benessere, di tutelarlo e di impedirne la riproduzione incontrollata. Per questo motivo, la diffusione della cultura del possesso responsabile resta uno degli obiettivi principali dell'Igiene Urbana Veterinaria.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Educazione/formazione popolazione scolastica e cittadini portatori di interesse
- ✓ Formazione professionisti veterinari
- ✓ Incontri associazioni del settore/formazione operatori di associazioni

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Educazione sanitaria in ambito scolastico con distribuzione del materiale informativo predisposto dalla Regione Toscana
- ✓ Eventi Formativi per i veterinari LP che operano nell'ambito della patologia e clinica degli animali d'affezione (un evento nel 2018 e uno nel 2019)
- ✓ Incontri con le associazioni animaliste (un incontro per zona distribuito nel biennio) e formazione volontari operanti in canile o su ambulanze veterinarie (un evento formativo operatori volontari ambulanze veterinarie nel 2018 ed un evento formativo operatori di canile 2019)

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Incontri di educazione e promozione alla salute – setting scuola – in coerenza con il Piano Regionale di Prevenzione
- ✓ Almeno un evento formativo/anno
- ✓ Almeno 6 incontri/anno

Medicina dello Sport

L'anagrafe Sanitaria degli atleti ed il Sistema Informativo Sanitario di Prevenzione Collettiva

Lo stato dell'arte:
Nel 2016-2017 le strutture di Medicina dello Sport hanno aderito al programma regionale della scheda sanitaria informatizzata per mettere in rete gli ambulatori aziendali, favorire l'accesso alle prestazioni, garantire omogeneità nella effettuazione delle visite di Idoneità sportiva Agonistica nelle Strutture Pubbliche e Private accreditate e garantire la condivisione delle informazioni.

Gli Obiettivi e azioni specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: anno 2018
- ✓ Sperimentazione in tutti gli Ambulatori di Medicina dello Sport della ASL Nordovest del Sistema Informativo SISPC
- ✓ collaborazione con Comuni, CONI e Federazioni Sportive per l'Anagrafe delle Società Sportive,Impianti Sportivi per implementare l'anagrafica delle Società Sportive e sviluppare modalità di prenotazione on line

Obiettivo 2: anno 2019
- ✓ Estensione del Sistema Informativo SISPC a tutti gli Ambulatori di Medicina dello Sport privati accreditati della ASL Nord Ovest e A.O. Universitaria entro il 2019,almeno per la fase Sperimentale.

I Risultati attesi 2018-2019

Risultato 1:
- ✓ Omogenizzazione dell'attività su pubblico e privato accreditato con possibilità di estrapolare dati utili per valutazioni scientifiche e Studi Epidemiologici.
- ✓ Possibilità di utilizzare i dati dell'attività di medicina dello sport per iniziative finalizzate di prevenzione con utilizzo dei Dati in termini di Attività di Prevenzione
- ✓ Verifica della qualità delle prestazioni (in termini di Prevenzione)

Risultato 2:
- ✓ Controllo delle Società sportive e degli Impianti Sportivi
- ✓ Controllo Centri Privati accreditati**.** Possibilità di inviare "alert" alle società sportive sulla scadenza delle certificazioni e quindi migliorare la programmazione delle visite e la pianificazione delle attività

Tutela sanitaria delle attività sportive

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016-2017:

- ✓ unificazione della procedura della visita condivisa e poi presentata ed estesa anche ai privati
- ✓ collaborazione con consorzio Metis e Regione Toscana per la messa a punto della cartella informatizzata
- ✓ identificazione del repertorio delle attività della medicina dello sport e delle relative prestazioni al fine della loro prenotazione uniforme tramite CUP

Le principali criticità da risolvere

- ✓ Garantire in egual misura la copertura LEA in tutte le Zone
- ✓ Percorso qualità, disomogeneo nelle varie zone

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: Garantire l'effettuazione delle prestazioni 1 e 2 livello
Obiettivo 2: Individuazione di poli di attività differenziati nelle diverse zone in riferimento alle prestazioni integrative punto 4 art. LR.35 e alle competenze della medicina dello sport
Obiettivo 3: Percorso qualità
Obiettivo 4: Garantire al cittadino l'accesso a tutte prestazioni del repertorio della medicina dello sport attraverso le modalità di prenotazione del CUP 2.0 dell'Azienda USL Toscana Nordovest e dare la possibilità ai soggetti con patologie che possono trarre giovamento da programmi di attività fisica di poter accedere alle prestazioni di valutazione funzionale e alla certificazione non agonistica con richiesta su ricettario regionale del medico curante

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1:

- Riunioni almeno annuali con Privati accreditati
- Vigilanza e controllo impianti e società sportive
- Riunioni con Associazioni Sportive e Federazioni CONI per comunicazioni sui LEA e pianificazione visite 2018 e 2019

Azione 2:

- Mappatura delle attività di medicina dello sport nelle varie ex ASL per costruire poli differenziati

Azione 3:

- Primo step percorso qualità entro giugno 2018
- Secondo step percorso qualità entro dicembre 2018
- Prosecuzione percorso qualità : 2019

Azione 4:

- Predisposizione di procedure omogenee e modulistica condivise e messa a regime delle prestazioni della medicina nel Cup 2.0 entro il 2018

Informazione ed assistenza

Teniamoci in contatto

Lo stato dell'arte:

Descrizione del contesto

Sono molteplici i fattori che contribuiscono a rendere complessa la comunicazione del Dipartimento di Prevenzione verso l'esterno.

Gli utenti che afferiscono ai servizi del Dipartimento di Prevenzione (cittadini, imprese associazioni di categoria, ordini professionali) si confrontano con criticità:

- ✓ nel contestualizzare le norme di riferimento e gli obblighi derivanti;
- ✓ nel comprendere l'organizzazione interna del Dipartimento di Prevenzione, con una conseguente incapacità ad individuare l'interlocutore istituzionale adatto;
- ✓ nel ricevere risposte univoche da parte degli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Gli operatori del Dipartimento di Prevenzione si confrontano con criticità:

- ✓ nell'interagire con un'elevata varietà di utenza (dalle grandi industrie alle microimprese, fino ai consumatori);
- ✓ nel contestualizzare gli obblighi legali in modo efficace ed omogeneo;
- ✓ nel gestire il proprio ruolo istituzionale nelle attività d'informazione e assistenza alle Imprese, senza entrare nell'ambito della consulenza.

Proposta:sportello informativo "teniamocincontatto"

Prendendo spunto dalle esperienze di comunicazione maturate nelle ex AUSL, è stato progettato nel corso del 2017 un nuovo sportello informativo telematico attraverso cui gli utenti possono inoltrare richieste di informazione o quesiti accedendo alla pagina web del sito dell'AUSL Toscana NO. Tale sportello vuole offrire

- ✓ un orientamento agli utenti ed un supporto qualificato per aumentare il loro livello di consapevolezza fornendo indicazioni e strumenti utili ad assolvere in maniera semplice ed efficace agli obblighi normativi.
- ✓ un contributo alla realizzazione dell'obiettivo di uniformare i comportamenti del personale deputato ai controlli ufficiali attraverso la condivisione delle risposte fornite agli utenti.

La finalità del servizio è di fornire risposte ai quesiti univoche, comprensive dei vari apporti funzionali coinvolti, omogenee sul territorio, tracciabili, archiviabili e condivise con tutti gli operatori delle U.F.

Lo sportello è stato denominato "Teniamocincontatto" per esprimere il rapporto di reciprocità e disponibilità che si intende instaurare con l'utenza.

La struttura del servizio prevede la gestione di tre fasi:

1) Invio del quesito da parte dell'Utente:

L'utente accede allo sportello informativo attraverso il sito web aziendale compilando form esposti per ognuna delle tre aree funzionali e per la Medicina dello Sport.

2) Gestione del quesito:

Attraverso una piattaforma informatica dipartimentale denominata Robot, il quesito sarà gestito in modo da fornire al richiedente una risposta scritta entro un tempo massimo di 30 giorni.

3) Gestione della risposta
L'utente riceverà la risposta al proprio quesito via mail entro massimo 30 giorni dall'invio.
La risposta, qualora il quesito abbia comportato il coinvolgimento di più aree funzionali, sarà unica e comprensiva del contributo di tutte.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ rendere operativa la proposta di attivazione dello sportello informativo "teniamocincontatto"approvata nel 2017 dal Direttivo del Dipartimento di Prevenzione
- ✓ Sensibilizzazione di tutto il personale del Dipartimento di Prevenzione coinvolto sia direttamente che indirettamente alla gestione dell'attività comunicativa
- ✓ Presentazione dell'iniziativa agli stakeholders (cittadini, imprese, professionisti, associazioni di categoria, enti, altro)
- ✓ Monitoraggio del sistema.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Predisposizione della piattaforma informatica per la gestione dello sportello informativo sul sistema ROBOT
- ✓ Predisposizione nel sito web axziendale della pagina dedicata allo sportello Teniamocincontatto
- ✓ Diffusione di comunicati stampa sia sui quotidiani, sia su piattaforme social
- ✓ Organizzazione di incontri di presentazione con i cittadini, le imprese, i professionisti, le associazioni di categoria, enti, ecc)
- ✓ Produzione di report periodici delle risposte elaborate ed inviate agli stakeholders con verifica dello stato di avanzamento,
- ✓ Monitoraggio sul corretto funzionamento del sistema di diffusione dei quesiti e delle risposte significative fornite all'interno del Dipartimento.

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ piena operatività della piattaforma web
- ✓ partecipazione di almeno 80%del personale agli incontro di informazione sull'iniziativa
- ✓ realizzazione entro l'anno 2018 degli incontri programmati
- ✓ report periodici con cadenza mensile

La collaborazione con gli stakeholders: Focus Group interventi efficaci in sicurezza alimentare

Lo stato dell'arte:
Le strutture aziendali che operano nell'ambito della Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria agiscono da molti anni sul territorio con l'obiettivo generale di migliorare i livelli di sicurezza degli alimenti destinati in modo diretto o indiretto al consumatore. Il settore è regolamentato da disposizioni normative molto articolate che mirano a garantire la tutela della salute del consumatore e prevedono un diretto impegno in termini di valutazione del rischio e attuazione di misure di prevenzione da parte di produttori, trasformatori, distributori di alimenti nonché i conseguenti interventi di verifica da parte dell'organo di controllo.

Aree di miglioramento

- ✓ manca un sistema strutturato a livello Aziendale per ottenere il feedback di come vengono percepiti gli interventi di vigilanza da parte dell'organo di controllo
- ✓ manca un sistema condiviso con gli stakeolder a livello Aziendale per individuare l'efficacia degli interventi di vigilanza
- ✓ manca un confronto permanente e strutturato con gli stakeholder della sicurezza alimentare a livello Aziendale
- ✓

PROPOSTA

Oltre agli interventi effettuati, sopra descritti e stabiliti per legge, proponiamo l'attivazione di un gruppo di lavoro (focus group) trasversale composto da:

- ✓ Operatori dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest, in particolare assegnati al settore della Sicurezza Alimentare e Sanità Pubblica Veterinaria (Veterinari, medici, tecnici della prevenzione)
- ✓ Operatori del Settore Alimentare: produttori primari, produttori alimenti biologici,
- ✓ responsabili imprese di trasformazione, responsabili imprese di ristorazione ecc…
- ✓ Consulenti che operano nell'ambito della Sicurezza Alimentare
- ✓ Rappresentanti dei cittadini
- ✓ Rappresentanti delle associazioni di categoria degli OSA.
- ✓

La proposta è quindi di organizzare incontri a tema (da 2 a 4 all'anno) con lo scopo di:

- ✓ condividere innovazioni che possano avere impatto sui processi e sulle imprese del settore alimentare
- ✓ condividere linee guida, protocolli per l'applicazione delle norma di sicurezza alimentare
- ✓ confrontarsi sulle criticità rilevate nel corso dei controlli ufficiali effettuati dalle strutture di prevenzione
- ✓

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Presentazione dell'iniziativa ai potenziali stakeholder
- ✓ Costituzione di componenti del gruppo di lavoro trasversale AUSL– stakeholder
- ✓ Predisposizione del progetto operativo di dettaglio dell'attività del gruppo.
- ✓ Svolgimento di incontri a tema (1 nel 2018 e 4 nel 2019) attuando quanto previsto dal progetto operativo.
- ✓ Elaborare ed aggiornare un documento contenente i punti condivisi
- ✓ Organizzare un evento informativo conclusivo a livello del territorio aziendale (per OSA, rappresentanti dei cittadini, consulenti ecc…) per la divulgazione degli elementi condivisi
- ✓ Effettuare una valutazione complessiva della esperienza maturata e definire con gli stakeholder possibili interventi per gli anni a seguire

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Definizione elenco stakeholder
- ✓ Preparazione della iniziativa di presentazione
- ✓ Predisposizione del progetto operativo di dettaglio (2018)
- ✓ Organizzazione e svolgimento di incontri (1 nel 2018 e 4 nel 2019 – fino a ottobre)
- ✓ Redazione di documento condiviso contenente criticità e punti condivisi (novembre 2019)
- ✓ Organizzazione e svolgimento di un convegno per l'illustrazione dell'esperienza maturata (dicembre 2019)
- ✓ Elaborazione di una valutazione condivisa con gli stakeholder in merito all'attività svolta e definizione degli interventi da attuare negli anni a seguire (dicembre 2019)

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ costituzione di un osservatorio permanente Azienda USL – stakeholder in ambito della sicurezza alimentare
- ✓ conoscenza delle criticità incontrate dagli stakeholder in merito agli adempimenti previsti in materia di sicurezza alimentare.
- ✓ definizione di un documento condiviso con gli stakeholder contenente criticità e punti condivisi in ordine agli interventi in materia di sicurezza alimentare

Area Farmaceutica

Governo dell'appropriatezza farmaceutica

Con la dizione "Tetto **della Spesa Farmaceutica Convenzionata**" si intende il limite stabilito per la spesa di farmaci erogati presso le Farmacie Territoriali fissato come 7,96% del FSN.
Il **"Tetto di spesa per Acquisti Diretti**", fissato come 6,89% del FSN, è invece il limite posto dalla norma alla spesa per i farmaci destinati ai pazienti ricoverati, ambulatoriali /Day Hospital, in ADI o per coloro che sono in carico alle Cure Intermedie, Hospice, ecc. Comprende altresì i medicinali erogati ai cittadini presso i Punti Farmacia Aziendali e tutti quei prodotti erogati presso le Farmacie sul territorio, ma acquistati centralmente presso ESTAR ai favorevoli prezzi fissati con Gara Regionale (DPC).
Dai dati di monitoraggio AIFA pubblicati nel 2017 e nel 2018 si evince come la Spesa per Acquisti Diretti abbia l'impatto maggiore sulla spesa complessiva per medicinali; rispetto alla Spesa in Convenzionata si discosta in misura più ampia dal tetto fissato e si caratterizza per una crescita progressivamente maggiore.
Negli ultimi anni la sanità italiana ha visto un sempre maggiore incremento della spesa per medicinali erogati alla Distribuzione Diretta, cioè forniti ai pazienti presso i Punti Farmacia, principalmente su prescrizione specialistica. Spesso si tratta di medicinali dall'altissimo costo unitario, impiegati per mesi in ambito oncologico o, per anni, in altri setting clinici ('HIV, Sclerosi Multipla, Morbo di Crohn, ecc.)
La Regione Toscana è risultata pronta a cogliere le opportunità costituite da nuove tecnologie e nuove terapie anche se meno veloce nel cogliere le opportunità correlate alle scadenze brevettuali; ciò ha determinato un aumento della spesa per Acquisti Diretti, realizzando nei primi 11 mesi del 2017 una spesa in questo ambito del 9,88% quale incidenza sul FSN, risultando una tra le regioni con spesa più elevata.

Tabella 3.1.11 Spesa e consumi per farmaci acquistati dalle strutture sanitarie pubbliche (Tabella) 2017 e variabilità regionale della spesa pro capite (Figura)

Regione	Spesa pro capite	Scostamento % dalla media nazionale	Confezioni pro capite	DDD/1000 ab die
Piemonte	175,92	-9,6	5,0	171,3
Valle d'Aosta	139,40	-28,4	5,0	170,1
Lombardia	165,79	-14,8	3,1	98,2
PA Bolzano	183,83	-5,5	6,8	183,4
PA Trento	154,94	-20,4	4,7	160,3
Veneto	175,58	-9,8	6,6	216,0
Friuli VG	200,20	2,9	5,6	172,6
Liguria	189,94	-2,4	5,4	209,1
Emilia R.	205,75	5,7	8,1	317,6
Toscana	215,75	10,9	5,2	197,8
Umbria	207,96	6,9	5,8	201,6
Marche	211,96	8,9	5,3	168,1
Lazio	191,43	-1,6	3,7	115,6
Abruzzo	192,18	-1,2	3,9	116,0
Molise	181,47	-6,7	3,3	105,5
Campania	223,34	14,8	3,5	137,2
Puglia	227,13	16,7	3,7	139,2
Basilicata	216,95	11,5	4,5	141,6
Calabria	209,15	7,5	3,4	126,2
Sicilia	185,12	-4,9	3,5	118,9
Sardegna	239,64	23,2	4,7	151,1
Italia	**194,58**	**0,0**	**4,6**	**158,7**
Nord	178,66	-8,2	5,2	179,3
Centro	203,17	4,4	4,5	155,3
Sud e Isole	211,89	8,9	3,7	131,5

Fonte: elaborazione OsMed su dati NSIS relativi alla Tracciabilità del Farmaco – DM 15 luglio

Fonte AIFA_Rapporto OSMED 2017

Nella tabella che segue si rappresenta la spesa **farmaceutica territoriale 2017** (convenzionata, Diretta e per conto)

CONVENZIONATA (dati contabili)

	MASSA CARRARA		LUCCA		PISA			LIVORNO			
	LUNIGIANA	APUANA	PIANA DI LUCCA	VALLE DEL SERCHIO	Pisana	Alta val di Cecina	Val d'Era	Bassa val di Cecina	Livornese	Val di Comia	Elba
TOTALE	8.269.504	18.631.031	20.616.393	8.019.089	25.046.237	2.692.262	14.198.157	10.715.589	22.544.797	8.238.609	3.538.224
spesa per assistito pesato	€ 129,64	€ 123,32	€ 118,67	€ 125,98	€ 118,28	€ 111,86	€ 119,84	€ 120,79	€ 119,82	€ 123,02	€ 104,22

DPC (solo spesa farmaci) -DATO FED

	MASSA CARRARA		LUCCA		PISA			LIVORNO			
	LUNIGIANA	APUANA	PIANA DI LUCCA	VALLE DEL SERCHIO	Pisana	Alta val di Cecina	Val d'Era	Bassa val di Cecina	Livornese	Val di Comia	Elba
TOTALE	1.630.467	3.930.838	5.502.512	2.245.723	7.323.502	515.202	3.662.699	2.209.185	5.760.252	1.868.674	1.087.500
spesa per assistito pesato	€ 25,56	€ 26,02	€ 31,67	€ 35,28	€ 34,58	€ 21,41	€ 30,92	€ 24,90	€ 30,61	€ 27,90	€ 32,03

DIRETTA CLASSE A (escluso HCV /ossigeno liquido domiciliare/sert)

	MASSA CARRARA		LUCCA		PISA			LIVORNO			
	LUNIGIANA	APUANA	PIANA DI LUCCA	VALLE DEL SERCHIO	Pisana	Alta val di Cecina	Val d'Era	Bassa val di Cecina	Livornese	Val di Comia	Elba
TOTALE	1.685.130	6.158.817	5.734.977	1.928.826	11.076.363	786.231	5.210.347	2.498.166	7.355.747	2.107.473	2.739.320
spesa per assistito pesato	€ 26,42	€ 40,76	€ 33,01	€ 30,30	€ 52,31	€ 32,67	€ 43,98	€ 28,16	€ 39,09	€ 31,47	€ 80,69

Totale

	MASSA CARRARA		LUCCA		PISA			LIVORNO			
	LUNIGIANA	APUANA	PIANA DI	VALLE DEL	Pisana	Alta val di	Val d'Era	Bassa val di	Livornese	Val di Comia	Elba
TOTALE	€ 11.585.102	€ 28.720.686	€ 31.853.882	€ 12.193.638	€ 43.446.102	€ 3.993.695	€ 23.071.204	€ 15.422.940	€ 35.660.796	€ 12.214.757	€ 7.365.043
pro capite pesata (CONV+dpc+dd)	€ 181,62	€ 190,10	€ 183,35	€ 191,56	€ 205,17	€ 165,93	€ 194,74	€ 173,85	€ 189,53	€ 182,39	€ 216,95

Azioni di maggiore impatto spesa farmaceutica convenzionata anno 2018

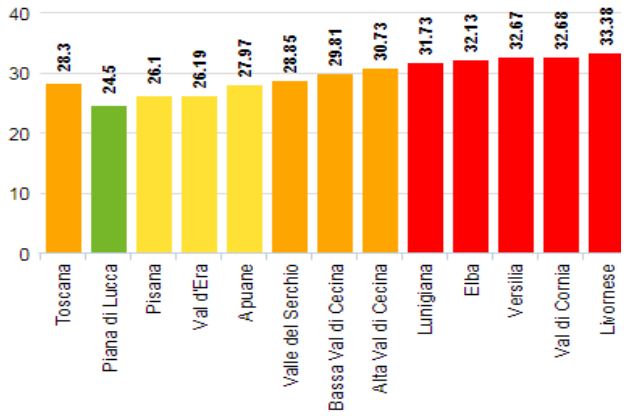
La recente **DGRT 828 del 23/7/2018** individua gli obiettivi economici e di appropriatezza prescrittiva relativi alla spesa farmaceutica convenzionata assegnati alle Aziende Sanitarie. Le azioni di risparmio sono possibili, a parità di consumi, anche dalle previste **scadenze brevettuali**. In coerenza con quanto indicato dalla delibera, si riportano le azioni di maggior impatto previste per l'ATNO a seguito delle scadenze brevettuali di alcune molecole:

Molecole	Margini di recupero
Rosuvastatina	2.400.000 €
Antiacidi (IPP)	1.200.000 €
Dutasteride	1.000.000 €
Colecalciferolo	600.000 €
Beclometasone	200.000 €
Olmesartan	200.000 €
Olmesartan+diuretico	200.000 €
Rasagilina	44.000 €
Rupatadina	15.000 €
Totale	**5.859.000 €**

Azioni sull'appropriatezza: focus su antiacidi (IPP Inibitori di pompa protonica)

La delibera 828/2018 ha definito inoltre gli obiettivi di appropriatezza su alcune molecole.
In particolare la categoria degli antiacidi (**inibitori di pompa protonica IPP**) è una delle classi terapeutiche più prescritte in Toscana, con consumi molto elevati. Si consideri che incidono per il 7,5% rispetto alla spesa farmaceutica territoriale complessiva. Vista anche la grande variabilità nel loro utilizzo, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, è ragionevole pensare che esistano ambiti di inappropriatezza e fenomeni di iperprescrizione. La delibera regionale ha fissato il limite di consumo per questa categoria di farmaci **entro 25 unità posologiche/assistito pesato**. Come mostra il grafico di seguito, i consumi di IPP sono molto al di sopra dell'obiettivo a livello aziendale (29 up/assistito pesato) e in quasi tutte le zone (dati MeS 2017). Nell'ipotesi in cui l'Azienda raggiungesse l'obiettivo di appropriatezza riducendo anche i consumi, come indicato a livello regionale, potrebbero essere recuperati per la convenzionata fino a un massimo di 1.500.000 euro.

C9.1 Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) anno 2017 (fonte MeS)



Valore Azienda 2017: 29,19 up per assistito pesato

Strategie
Al fine di raggiungere gli obiettivi si intende agire attraverso:
- ✓ Incontri con i coordinatori di AFT e medici AFT su temi appropriatezza
- ✓ Incontri individuali con i medici per l'analisi dei profili prescrittivi ed individuazione azioni di intervento
- ✓ Attivazione Commissione Legge n.425/96 e DGRT n.254/99
- ✓ Accordo aziendale con i MMG: per la definizione di obiettivi di appropriatezza
- ✓ Reports medici MMG e AFT per il monitoraggio della spesa e di appropriatezza
- ✓ Newsletter su maggiori temi di appropriatezza: PPI, colecalciferolo con specifica presentazione rivolta anche agli utenti
- ✓ Incontri con gli specialisti compreso AOUP

Azioni di maggiore impatto spesa farmaceutica acquisti diretti
Per quanto riguarda la spesa per Acquisti Diretti, il Dipartimento del Farmaco ha promosso e promuove numerose azioni di appropriatezza e contenimento della spesa, classificabili nelle seguenti tre tipologie:
1) Biosimilari: promozione e controllo dell'adozione delle direttive regionali, con prescrizione dei biologici aggiudicatari di Gara nei naive e shift nei pazienti già in terapia con prodotti non aggiudicati. I principali prodotti attualmente interessati, con il relativo ordine di impatto

economico annuo sono: Insulina glargine (circa 1,7 mil €), Insulina lispro (circa 155.000 €), Filgrastim (circa 200.000 €), Epoetina alfa (circa 3 mil €), Infliximab (circa 600.000 €), Etanercept (circa 4,9 mil €), Rituximab (circa 3 mil €), Somatormone (circa 4 mil €), Enoxaparina (circa 3,8 mil €). Inoltre nuovo *Accordo Quadro sul Somatormone* efficienterà ulteriormente la spesa, così come per altri biosimilari per Trastuzumab (circa 4,4 mil €), Bevacizumab (circa 2,9 mil €) e Adalimumab (circa 7 mil €).

Il risparmio ottenibile con i Biosimilari è variabile in funzione di molteplici fattori tra i quali sono da considerare il turn-over dei pazienti (maggiore in ambito oncologico, minore in ambito reumatologico) e la facilità all'adozione massiva (sia nei naive che nei pazienti experienced).

Vi sono poi una serie di condizioni di carattere commerciale e logistico che possono influenzare il fenomeno anche in maniera significativa.

2) Classi di medicinali con opzioni terapeutiche a differente impatto economico: approfondimento e rivalutazione periodica dei costi annui terapia associati alle differenti alternative e diffusione ai Dipartimenti/Specialisti sia ATNO che AOUP; rivalutazione periodica della spesa complessiva ATNO anche tramite Report specifici focalizzati sulle molecole a maggiore rischio di spesa inappropriata tra i quali farmaci reumatologici, HIV, epatite B, Nuovi Anticoagulanti Orali, Epoetine, Antipsicotici Long Acting, Sclerosi Multipla, Oncologici, ecc.

3) Direttive / indirizzi regionali / rispetto Gara - Prontuario regionale, ad esempio:

Biosimilari (adozione e rivalutazione performance ATNO, gestione e segnalazione alla Regione dei casi "difficili"

Teicoplanina (riduzione suo impiego a favore di Vancomicina)

Albumina e Immunoglobuline aspecifiche ev (riduzione impiego tramite vaglio prescrittivo da parte dei Centri Trasfusionali e sensibilizzazione degli Specialisti

EBPM

Immunoglobuline anti-epatite B (approfondimento della spesa in Diretta – ove disponibile il solo aggiudicatario di gara, Igantibe – e in Convenzionata, al fine di identificare le prescrizioni extra-gara, di Immunohbs e Zutectra)

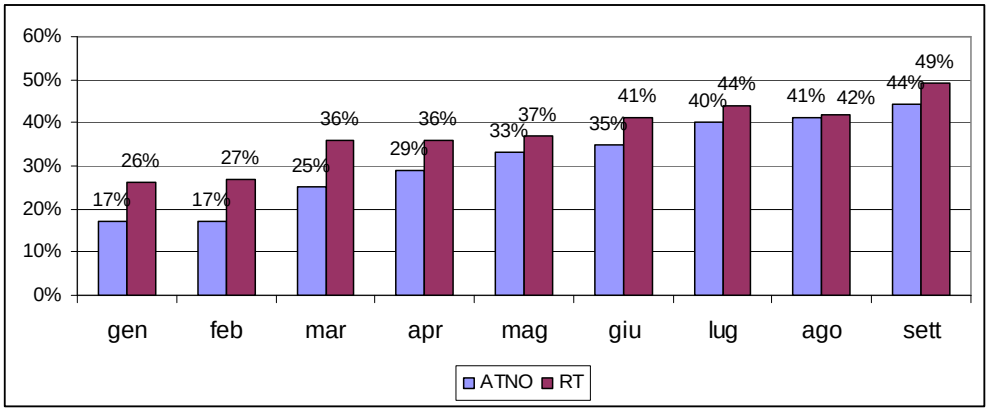
Glivec, Revatio, Cell Cept ecc… (verifica del rispetto dei termini di gara, che ha aggiudicato gli equivalenti, tramite identificazione dei pazienti e confronto con gli Specialisti, che sono extra-ATNO, per ricondurre tutti i pazienti alle risultanze di gara)

Iniezioni intravitreali: aumento dell'adozione di Avastin648, a costo virtualmente zero

E'comunque importante evidenziare che molte azioni sono già state avviate e si cominciano a vedere i primi risultati: si riporta a questo proposito il dato relativo all'impatto economico dei biosimilari tra aprile e settembre 2018

Osservando i grafico è evidente un **aumento significativo dell'incidenza dei biosimilari**, con un miglioramento del risultato, che si sta progressivamente avvicinando al dato regionale.

Percentuale importo mensile biosimilari. Periodo gen-sett 2018_Confronto Azienda Regione



Le Risorse

Nel Piano sono previste una serie di azioni che hanno un significativo impatto economico.
In particolare gli investimenti per i **servizi territoriali** che si seguito si riportano, oltre a migliorare la qualità dell'assistenza, specialmente dei pazienti cronici, sono il presupposto per un utilizzo più efficace ed efficiente dei servizi ospedalieri:

- Lo sviluppo della sanità di iniziativa
- Lo sviluppo delle case della salute
- Lo sviluppo delle cure intermedie
- Azioni per il governo delle liste di attesa
- Lo sviluppo dell'Hospice
- Attivazione di SPDC a Piombino

Per i miglioramento invece della **rete ospedaliera** le azioni più onerose sono:

- Progetto per il governo delle liste di attesa chirurgiche
- Attivazione di sala di emodinamica a Piombino

Dall'analisi dei dati emerge che esistono diversi **margini di rilevante risparmio nell'ambito del governo della spesa farmaceutica**. E'pertanto dovere etico di tutti noi professionisti e amministratori l'impegno deciso in tal senso per **liberare le risorse necessarie da investire nei settori che necessitano di sviluppo**.

APPENDICE
LA RETE TERRITORIALE
INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

APPENDICE

Area Salute Mentale

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura

Lo stato dell'arte:

Il sistema dei servizi per la Salute Mentale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest comprende 5 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC):

1) SPDC c/o Ospedale San Luca (Lucca)
2) SPDC c/o Ospedale Unico (Versilia)
3) SPDC c/o Ospedale S. Chiara (Pisa)
4) SPDC c/o Spedali Riuniti (Livorno)
5) SPDC c/o Ospedale SS. Giacomo e Cristoforo (Massa)

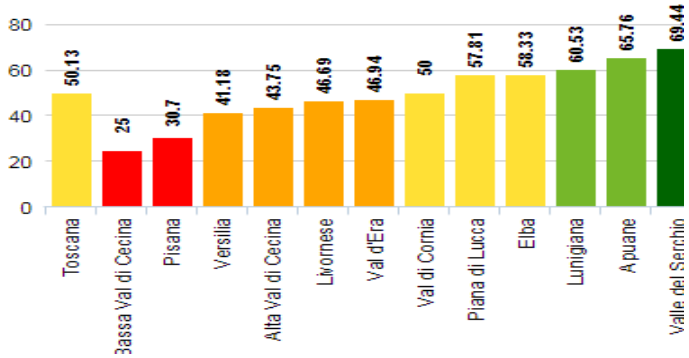
Quattro dei SPDC sopraelencati hanno una disponibilità di 12 posti letto; soltanto il Servizio Psichiatrico di Livorno, struttura di riferimento della zona sud dell'Area Vasta compresa l'isola d'Elba, dispone di 16 posti letto. Nella tabella 1 riportiamo i dati 2017 relativi al numero totale dei ricoveri in Trattamento Sanitario Volontario e in Trattamento Sanitario Obbligatorio.

Tabella 1: TSV/TSO/Ricoveri totali **anno 2017**, SPDC A.USL TNO

SPDC	TIPO RICOVERO	TSV	TSO	RICOVERI TOTALI
Ospedale San Luca (Lucca)	Psichiatria	249	16	265
Ospedale Unico "Versilia"	Psichiatria	548	5	553
Ospedale Livorno	Psichiatria	350	44	394
Ospedale S.Chiara (Pisa)	Psichiatria	254	29	283
Apuane (Massa)	Psichiatria	327	14	341
TOTALI		**1.728**	**108**	**1.836**

Aree di miglioramento

Gli indicatori del Sistema di Valutazione restituiscono per la salute mentale un quadro eterogeneo, evidenziando alcune problematiche. A titolo di esempio si riporta di seguito l'indicatore relativo al contatto entro 7 giorni con il Dipartimento Salute Mentale (DSM) degli utenti maggiorenni residenti con disturbi dello spettro schizofrenico, affettivi psicotici e di personalità dalla dimissione del ricovero ospedaliero (anno 2017)



Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: La distribuzione degli SPDC all'interno dell'Azienda USL Toscana Nordovest non è omogenea in quanto la zona sud dell'Area Vasta compresa l'Isola d'Elba fa rifermento ad un unico SPDC, quello situato presso il Presidio Ospedaliero di Livorno a cui pertanto afferiscono quattro zone distretto. Considerando quindi l'ampio bacino di utenza del territorio della provincia di Livorno, al fine di garantire un'omogenea risposta assistenziale, si è ritenuta necessaria la copertura del maggior fabbisogno di posti letto presentato da questa zona. Pertanto, a supporto dei territori a sud dell'Area Vasta compresa l'Isola d'Elba è stata proposta **l'apertura di un nuovo SPDC presso il Presidio Ospedaliero di Piombino**.

Obiettivo 2: Valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri con riduzione dei TSO. Negli ultimi anni abbiamo assistito all'effettuazione di numerosi ricoveri non del tutto appropriati. Per esempio, si sono verificati ricoveri di persone autori di reato in assenza di un disturbo psichico "stricto sensu" così come, seppur in numero limitato, ricoveri in SPDC di soggetti minorenni.
Questo tema, già argomento di discussione nei tavoli regionali, sottolinea la necessità di promuovere un sistematico "lavoro di rete" che coinvolga non solo gli altri servizi ASL (la REMS-D, le U.F.S.M.I.A., i Ser.D., il Servizio Sociale) ma anche l'Autorità Giudiziaria, i Comuni, le associazioni del Terzo Settore, i medici di famiglia, i familiari e tutti i cittadini.
Ciò consentirebbe non solo di ottimizzare il management del paziente attraverso una presa in carico multidisciplinare integrata ma anche di favorire esperienze di sensibilizzazione e di lotta allo stigma realizzando un effettivo Servizio di Comunità.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1: Agevolare l'apertura del nuovo SPDC attraverso la pianificazione e lo snellimento delle procedure necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo.
Azione 2: Favorire la collaborazione tra i servizi psichiatrici aziendali, la REMS-D Volterra e l'Autorità Giudiziaria per la gestione dei pazienti autori di reato.
Azione 3: Garantire la presa in carico del paziente di minore età da parte di una équipe multi professionale che provveda all'elaborazione di progetti terapeutici globali in stretta relazione con le famiglie e che garantisca la continuità assistenziale.
Definire insieme all'U.F.S.M.I.A. le procedure per la gestione delle urgenze psichiatriche riguardanti i pazienti di minore età.
Azione 4: Promuovere la qualificazione e l'omogeneizzazione della rete residenziale e semiresidenziale, l'attenzione ai processi di riabilitazione e l'implementazione sul territorio dei programmi di inclusione sociale e dei gruppi di auto aiuto per il contenimento dell'ospedalizzazione.
Azione 5: Promuovere un sistematico "lavoro di rete" e potenziare le esperienze di sensibilizzazione e di lotta allo stigma.

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Apertura del nuovo SPDC con aumento della disponibilità di posti letto per il bacino di utenza della provincia di Livorno.
Risultato 2: Contenimento delle ospedalizzazioni e in particolare dei TSO attraverso un lavoro di rete che consenta di ristabilire l'appropriatezza dei ricoveri e il superamento dello stigma.
Risultato3: miglioramento risultati bersaglio

La rete con le associazioni di tutela

Lo stato dell'arte:
I Servizi di Salute Mentale (SSM) sono investiti oggi da un cambiamento radicale della domanda d'aiuto, sia sul piano quantitativo che qualitativo: la risposta d'aiuto deve cimentarsi con nuove "patologie" che affiancano le dimensioni diagnostiche tradizionali. Si tratta di un non definito "Disagio Psichico", verosimile esito delle criticità dell'attuale mondo sociale. Altresì, assistiamo ad dissimulata recrudescenza dello stigma verso le persone affette da malattie mentali, con troppo facili (e spesso non ragionevoli) accostamenti tra violenza, reato e impegno psichiatrico. Infine le proiezioni epidemiologiche indicano un allarmante incremento dei disturbi psichiatrici: l'O.M.S. prevede che entro il 2020 la Depressione sarà la seconda causa d'invalidità nel mondo occidentale ed entro il 2030 diventerà la prima patologia a livello mondiale, superando le malattie cardiovascolari e quelle metaboliche. Con tali prospettive i Servizi di Salute Mentale, da soli, rischiano di non esser più in grado di fornire adeguate risposte di aiuto basate sui principi di recovery ed empowerment e dovranno sempre più trovare sinergie e promuovere un sistematico "lavoro di rete" che coinvolga, in un ordine non casuale, i familiari in primis, i medici di famiglia, gli altri servizi ASL (in particolare il Servizio Sociale, le U.F.S.M.I.A., i Ser.D. ed i Servizi per l'Emergenza-Urgenza), i Comuni, le associazioni del Terzo Settore, i cittadini tutti. Questa filosofia del "fare insieme" non è né retorica, né vaga, né solo etica: al contrario, recupera risorse, economicità (efficienza) migliora la qualità del lavoro svolto (efficacia), realizza un effettivo Servizio di Comunità. Risulta essenziale la collaborazione tra Salute Mentale e le Associazioni di Tutela. Tale collaborazione, il cui valore è diffusamente e da tempo riconosciuto, non è stata formalizzata in modo omogeneo da tutti i SSM: le Consulte per la Salute Mentale, il cui ruolo attivo e partecipativo è stato statuito dalla Regione Toscana con le DGRT 1016 del 27-12-2007 e 784 del 01-08-2016, riconoscendone la funzione propositiva e valutativa, non sono state attivate con regolarità nella Toscana Nordovest.
Per tali motivi, nell'agosto 2016, subito dopo l'istituzione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, è stato fatto un incontro preliminare con tutte le Associazioni di Volontariato e Tutela afferenti al Coordinamento Toscano. Tra le varie problematiche affrontate nel corso della riunione, è stato concordato un calendario di incontri successivi.
Nell'aprile 2017 si è tenuta la prima riunione tra i Servizi di Salute Mentale Adulti, i Servizi di Salute Mentale per l'Infanzia e l'Adolescenza e le Associazioni di Volontariato e Tutela del territorio della USL Toscana nord ovest. Sono stati affrontati temi riguardanti le buone pratiche in atto e le questioni ancora aperte presenti sul nostro territorio, con l'intento di fondo di consolidare la collaborazione fra servizi e associazioni. La principale criticità emersa è stata quella di diffondere una cultura della solidarietà, come prerequisito della lotta allo stigma: proprio in tal senso sta il razionale del lavoro di rete.

Gli Obiettivi specifici e le azioni: *Gli obiettivi sono stati condivisi con le Associazioni*
Obiettivo 1: Promuovere l'omogenea effettuazione delle Consulte per la Salute Mentale, sostenendo la crescita nei servizi della dimensione del "transito" (il cui contrario è il "ghetto"): 4 riunioni annuali da effettuarsi nei territori delle ex ASL tra le Associazioni locali e i responsabili di UU.FF. e UU.OO. Queste riunioni hanno la funzione di favorire una collaborazione attiva, prossima ai luoghi dove Servizi e Associazioni insistono.
Obiettivo 2: Realizzare 2 riunioni annuali plenarie sui temi che emergeranno dalle riunioni locali con la finalità di giungere ad un Regolamento unico delle Consulte, revisionando e congiungendo i contenuti dei vari Regolamenti esistenti. Aumento della Cooperazione sinergica tra Servizi e Associazioni

La rete residenziale e semiresidenziale

Lo stato dell'arte:
La creazione di strutture residenziali territoriali a differente intensità assistenziale ha la funzione di creare un *setting* che sia inserito nel tessuto sociale e allo stesso tempo favorisca il cambiamento nelle relazioni e nei comportamenti attraverso la risposta alle diverse necessità degli utenti (diverse patologie, diversi livelli di autonomia, dipendenza personale e comportamentale, età, legami con la famiglia di origine.).
Il "panorama" della residenzialità psichiatrica è alquanto variegato. Oltre che nelle strutture residenziali psichiatriche (SRP) propriamente dette, inquadrate in base alle 6 tipologie di SRP prevista dalle DGRT N° 1027/2014, i pazienti in carico, in base a patologie specifiche, ai loro bisogni e alla prevalenza o meno di maggiori necessità assistenziali, sono stati inseriti in RSD, RSA, Comunità Terapeutiche per Doppia Diagnosi, strutture residenziali a carattere comunitario (L.R. 41/2005). La mappatura riportata nelle tabelle sottostanti riproduce il quadro complessivo della residenzialità per Zona, aggiornato al dicembre 2017.

	PUBBLICHE a gestione aziendale (A), mista (M), global service (GS)							
	SRP1	SRP2 24h	SRP2 12h	SRP3 24h	SRP3 12h	SRP3 Fasce h	SOCIALI	N.C. RSD RSA
LUNIGIANA	1 (A 50%)						2 (GS)	
APUANE		1 (M)		1 (M)		1 (M)		
VERSILIA	1 (A)			1 (M)				
VDS	1 (A)	1 (M)				1 (M)		
PDL							6 (GS)	1 RSD + 1 RSA
PISANA	1 (GS)			2 (GS)	1 (GS)			2 RSA
VALDERA						1		
AVC		1 (A)				1 (A)		1 RSA
LIVORNESE	2 (A)		1 (GS)	1 (GS)				
BVC				2 (A)		1 (A)		
VDC				1 (GS)		2 (GS)		
ELBA								

	PRIVATE in Zona e Fuori Zona (non fuori ASL o Regione)							
	SRP1	SRP2 24h	SRP2 12h	SRP3 24h	SRP3 12h	SRP3 Fasce h	SOCIALI	N.C. RSD RSA
LUNIGIANA	1+1 dca			1			4	
APUANE	7			2	3			
VERSILIA	2			1				1 + 9 RSA
VDS								
PDL	1	1		2				4 RSA
PISANA	1							1 RSD + 2 RSA
VALDERA	1			2			1	3 RSA
AVC								1 RSD
LIVORNESE	1							1 + 2 RSD
BVC	1+1 dca	2						1 RSD + 2 RSA
VDC								1 RSA
ELBA				1		1		

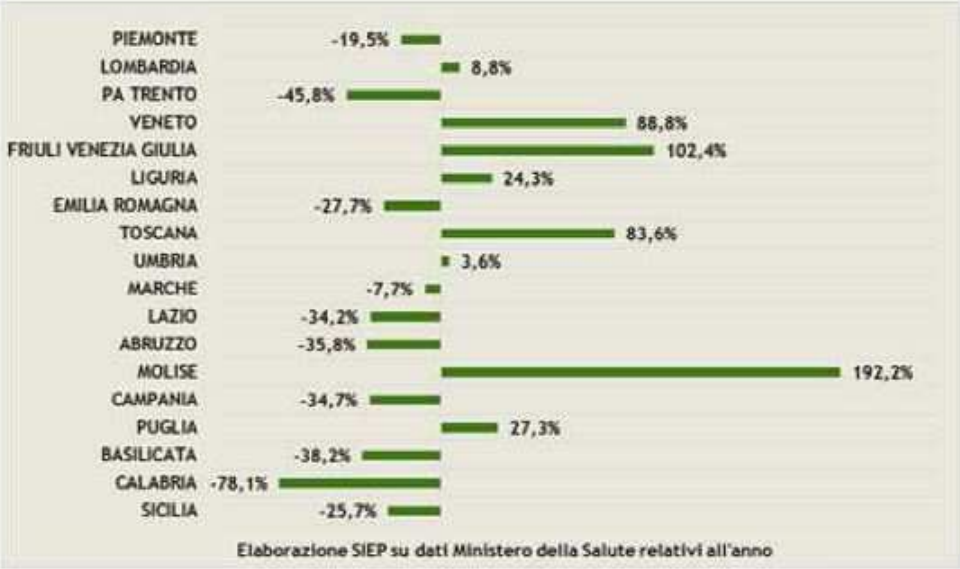
Le tabelle sono tratte da un complessivo data base sulla residenzialità, che richiederà puntuali aggiornamenti e potrà costituire un indice di confronto e omogeneizzazione dell'offerta dei Servizi di Salute Mentale afferenti al Dipartimento. Analizzando le sole SRP pubbliche, vediamo che sul territorio dell'ATNO ci sono 26 SRP gestite dalle UFSMA (in modo diretto, misto, in

global service) per un totale di 206 posti letto (pl), a cui si aggiungono le così dette strutture intermedie (non riportate in tabella), Morel 3 a Volterra e Tiziano ad Aulla, con posti dedicati ai percorsi di superamento dell'OPG. Di questi pl, 134 prevedono assistenza sulle 24 h e 72 con 12 ore di assistenza o a fascia oraria flessibile.
Occorre sottolineare che il bisogno di residenzialità della popolazione della ATNO non risulta pienamente soddisfatto dalle SRP pubbliche collocate sul territorio: come mostra la tabella sulle residenze private, sempre nel territorio della Toscana Nordovest, quasi tutti i servizi hanno fatto ricorso a pl di tali strutture. Bisogna però tener conto che il progetto di cura viene governato dal servizio pubblico, sono già in atto passaggi e collaborazioni fra zone limitrofe e non della Toscana Nordovest in modo da mettere in rete sia le SRP pubbliche sia le private, in una prospettiva di condivisione delle risorse, infine l'aspetto economico della residenzialità psichiatrica pubblica e privata è al vaglio dei competenti uffici amministrativi.
Per quanto concerne l'inserimento di pazienti in RSA, pratica insorta nel periodo post manicomiale, è oggi argomento di una sistematica revisione: negli ultimi due anni non sono stati inserite in RSA persone con diagnosi psichiatrica, disturbi "attivi" ed età inferiore ai 65 anni. Altresì, le persone che hanno compiuto 65 anni e con prevalenti bisogni assistenziali, hanno pieno diritto di ingresso in RSA, anche se portatori di una pregressa diagnosi psichiatrica.
Al 31-12-2017 erano presenti in percorsi residenziali 604 pazienti, quindi il 3,1% delle persone in carico (19.103), 18 pazienti erano in strutture extra aziendali, 9 in strutture extra regionali. Tali valori confermano il rilievo che viene dato alla prossimità del percorso di cura, alla deistituzionalizzazione e alle pratiche di una Psichiatria di Comunità.

Per migliorare l'istituto della residenzialità, tutti i servizi hanno adottato iniziative per l'**Abitare Supportato**. In una scala di intensità di cura, l'Abitare Supportato si pone come ultimo passaggio verso l'autonomia e la riqualificazione della persona (recovery). La sua importanza nel garantire l'uscita dal circuito residenziale e quindi il turn over delle strutture, è evidente ed indubbia. Inoltre è un intervento a forte valenza emancipativa, valorizzando le autonomie personali e promuovendo l'integrazione socio-ambientale, favorita dallo stare in una abitazione collocata nel tessuto cittadino.
Nella Toscana Nordovest, due territori provinciali, Pisa e Livorno, hanno una tradizione storica verso l'Abitare Supportato e contano oltre 50 pazienti in tale setting. Negli altri territori lo sviluppo dell'Abitare Supportato è sorto in tempi più recenti ed i numeri sono più modesti. Altresì sono sorti tavoli di confronto sull'argomento, tesi a diffondere le migliori pratiche.

Le strutture semiresidenziali
Le strutture semiresidenziali rappresentano un universo multiforme in quanto a metodologie, accomunato dall'orientamento verso la riabilitazione sociale. L'apertura varia da metà giornata alla giornata intera, da alcuni giorni alla settimana alla settimana intera.
Il dato SISM (Sistema Informativo Salute Mentale – Ministero della Salute 2017) mostra come la Toscana sia ben fornita di posti semiresidenziali; nel 2015 erano state infatti censiti 977 pazienti inseriti in centri diurni a fronte dei 1150 in trattamento residenziale.

Figura 3. Numero di Strutture Semiresidenziali Psichiatriche attive pubbliche e private - Variazione % sui tassi regionali - Valore di riferimento nazionale: 1,7 / 100.000 residenti*



*Non sono presenti i dati di Valle D'Aosta, PA di Bolzano e Sardegna per mancato invio dei dati

Cod Struttura	Denominazione Struttura	Azienda della struttura pre-riorganizzazione	N.Utenti semiresidenziali 2017	GG Assistenza 2017
00513E	CD psichiatrico Tuiavii di Tiavea	102	86	3728
05453E	CD San Marco	102	28	2795
10083E	CENTRO SEMIRESIDENZIALE v F.lli Rosselli	106	4	680
10093E	CENTRO SEMIRESIDENZIALE Loc. Vignone	106	1	3
10103E	CENTRO SEMIRESIDENZIALE I due Casoni	106	24	935
10153E	CENTRO SEMIRESIDENZIALE CASA DI ULISSE	106	6	177
10163E	CD Psichiatrico Presidio Pietrasanta	112	32	1806
10493E	CD Psichiatrico Presidio Viareggio	112	65	7078
111M3E	C.D.PSICHIATRICO-VIA ROMITI	105		
112G3E	C.D.PSICHIATRICO SAN FREDIANO	105	38	874
123M1E	Centro Diurno Laboratorio Artificio	105		
20083E	Centro Semiresidenziale BLU CAMMELLO	106	129	14880
20133E	Centro Semiresidenziale VILLA GRAZIANI	106	9	523
20243E	Centro Semiresidenziale B. POGGIALI	106	18	4679
20253E	Centro Semiresidenziale N. FREDIANI	106	30	6418
20283E	CD Psichiatrico Presidio Camaiore	112	41	3593
20303E	C.D. PROVIAMOCI	106	93	1566
20553E	Centro Semiresidenziale VILLA SONNINO	106	3	710
20613E	Centro D.G.S.	106	50	2641
20623E	Centro Semiresidenziale IL DELFINO	106		
210A3M	C.D.PSICHIATRICO LA LUNA AZZUR	105	20	169
22473E	Centro Diurno psichiatrico	101	2	50
30153E	Centro Semiresidenziale OASI	106	8	220
311B3M	C.D.EX STAMPERIA-ED.KRAEPELIN	105		
40083E	Centro Semiresidenziale BAUHAUS	106	13	697
Totale:			**700**	**54222**

Nella Azienda Toscana Nordovest ci sono 25 Centri Diurni, ben distribuiti sul territorio. E' in atto un confronto fra le metodologie di lavoro adottate e le determinazioni degli esiti, promosso dal Coordinamento Toscano dei Centri Diurni che ha come capofila Pisa.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
In considerazione del fatto che sia il Piano di Azioni per la Salute Mentale del 2013 che le direttive regionali contenute DGRT N° 1027/2014 sostengono l'importanza che il percorso residenziale venga effettuato in una struttura ubicata nel territorio di competenza del DSM, o comunque del territorio regionale, al fine di favorire la continuità terapeutica ed il coinvolgimento della rete familiare e sociale si possono condividere per il biennio 2018/2019 i seguenti obiettivi:

Obiettivi primari
- ✓ Rendere più omogenea nel territorio ATNO la risposta di tipo residenziale in modo da consentire, come previsto dai Lea, a tutti i cittadini di ricevere prestazioni adeguate ai bisogni di cura
- ✓ Rivedere ed omogeneizzare la rete delle strutture semiresidenziali, con il processo di accreditamento
- ✓ Creazione di nuove strutture nell'ambito delle Zone più carenti di PL calibrando in base ai bisogni del territorio la tipologia della Struttura

Obiettivi secondari
- ✓ Impegno affinché le Strutture Residenziali delle UFSMA raggiungano un elevato turnover con periodi di permanenza relativamente brevi, investendo nella realizzazione di progetti residenziali orientati alla recovery come l'Abitare supportato e esperienze di Cohausing.
- ✓ Potenziamento degli interventi di tipo semiresidenziale che consentano di alleggerire il carico per le famiglie
- ✓ Potenziamento degli interventi dedicati a percorsi riabilitativi all'esterno delle residenze inclusi gli inserimenti lavorativi

Indicatori di primo livello
Indice di occupazione, Indice di rotazione, Indice di turnover
Degenza media all'interno della struttura da sottolineare che da una recente indagine epidemiologica la regione toscana il tempo medio di degenza è di circa 5 anni
Indicatori di secondo livello
N di ricoveri in SPDC o riacutizzazioni del quadro psicopatologico nel periodo della residenzialità
N di incontri periodici effettuati con l'Equipe inviante
N di inserimenti socio-terapeutici- lavorativi attivati

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1: Revisione della rete residenziale (giugno 2018)
Azione 2: Revisione della rete semiresidenziale (dicembre 2018)
Azione 3: Omogeneizzazione dell'offerta residenziale nelle Zone ATNO (dicembre 2019)
Azione 4: Omogeneizzazione dell'offerta semiresidenziale per quanto concerne la metodologia e la rilevazione degli esiti nelle Zone ATNO (dicembre 2019)

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Rendere ancor più omogenea la rete omogenea dei posti residenziali
Risultato 2: Omogeneizzare la metodologia operativa dei Centri Diurni

I programmi di inclusione sociale e i gruppi ai auto aiuto

Lo stato dell'arte:
Le caratteristiche fondamentali dell'**abitazione supportata** sono le seguenti:
- Supporto flessibile, disponibile nelle 24 ore, ma non stabilmente presente nell'abitazione,
- Utilizzazione del gruppo dei pari per la risoluzione dei problemi riguardanti la gestione della vita indipendente,
- Interventi riabilitativi finalizzati all'apprendimento delle abilità per la vita indipendente promossi da operatori sanitari in proiezione e/o da facilitatori sociali.

Si tratta di un intervento a forte valenza emancipativa, improntato alla valorizzazione della autonomia personale in un piccolo gruppo e alla promozione della integrazione socio-ambientale favorita dallo stare in una abitazione collocata nel tessuto della comunità cittadina.

Favorire percorsi lavorativi per gli utenti dei servizi di salute mentale acquisisce un ruolo centrale tra le azioni finalizzate a promuovere salute.
Le pratiche di inclusione socio-lavorativa, che si sono maggiormente sviluppate nel campo della salute mentale in questi ultimi 15 anni, possono essere differenziate tra quelle mirate alla creazione di nuove e/o protette opportunità lavorative, ad es. le borse lavoro, i tirocini lavorativi, la cooperazione sociale di tipo B e le fattorie sociali e quelle centrate sul sostegno alle abilità personali degli utenti, come il microcredito gruppale e il sostegno all'impiego.
Si intende per inserimento socio-terapeutico un intervento articolato ed integrato, che offre l'opportunità a persone con disabilità psichiche o in situazione di svantaggio sociale di poter sviluppare abilità e competenze specifiche tramite l'accompagnamento in un contesto lavorativo sufficientemente protetto.
Tali inserimenti vengono realizzati attraverso apposite convenzioni tra l'Azienda Sanitaria, la Società della Salute con ditte/associazioni/cooperative individuate nel territorio di appartenenza e possono prevedere una remunerazione forfettaria alla persona per un massimo di 20 ore settimanali.
Si accede a tale intervento attraverso la segnalazione dello psichiatra all' assistente sociale della UF SMA di riferimento, che condivide con il paziente in carico e con gli operatori sanitari coinvolti (psicologi, infermieri, educatori, tecnici della riabilitazione psichiatrica) il PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale), che prevede appunto anche tale opportunità lavorativa da sostenere e verificare.
La esperienza sul campo dimostra che, terminati i tempi della durata del progetto (che spesso tendono ad essere lungamente prolungati), l'inserimento in azienda non supera il 20%.
Non si può disconoscere che tali progetti di inclusione legati al lavoro svolgono una elevata funzione evolutiva tanto per gli utenti dei servizi che per i servizi coinvolti.
Le fonti di finanziamento provenienti da un fondo strutturale specifico dell'Unione Europea: Fondo Sociale Europeo (POR FSE) messo a bando nel 2016
I Servizi che utilizzano i **gruppi come modalità di cura** e di partecipazione favoriscono l'uscita dall'isolamento dei singoli pazienti e delle loro famiglie.
I gruppi di auto-mutuo aiuto (A. Kats e E. Bender, 1976: self-help groups) sono strutture di piccolo gruppo a base volontaria finalizzate all'aiuto reciproco ed al raggiungimento di particolari scopi.
Si basano appunto sul concetto della mutualità, dello scambio reciproco di aiuto, dell'impegno per sé e per l'altro, di un sostegno attivato tra pari, che vivono in un'analoga situazione di vita.
I membri vivono una duplice condizione:

- Da una parte forniscono un ascolto partecipato ed offrono aiuto, valorizzando quel tipo particolare di conoscenza, che scaturisce dall'avere vissuto in prima persona la condizione problematica su sé stessi.
- Dall'altra, fornendo il loro aiuto agli altri, vengono ad accrescere la propria competenza interpersonale e il senso della autodeterminazione e dell'autoefficacia, facendoli così sentire più attivi e corrispondentemente meno dipendenti e soli.

Inoltre, ricevendo aiuto dagli altri, vengono stimolati ad accrescere la capacità di problem solving e di coping, avendo la possibilità di osservare e rivedere la propria situazione problematica da punti di vista nuovi e diversi dal passato.
Il facilitatore sociale è una persona che ha avuto un disagio o un disturbo psichico e si trova ad un buon punto nel percorso di cura e di riappropriazione di una identità sufficientemente salda, consapevole ed orientata all'empowerment.
Attraverso la partecipazione ad uno specifico corso di formazione e a un successivo percorso di aggiornamento professionale, ha la possibilità di trasformare il vissuto personale di malattia e di successivo progressivo miglioramento fino alla remissione in una vera e propria risorsa nella relazione di aiuto, migliorando progressivamente le proprie competenze e prevenendo eventuali fenomeni di burn-out. Lavora in équipe con i professionisti della Salute Mentale, che hanno in carico l'utente, svolgendo un importante ruolo di mediazione, aiutando il paziente ad utilizzare con fiducia le opportunità terapeutiche e riabilitative ed a comunicare più liberamente ed approfonditamente i propri bisogni, favorendo così la concreta possibilità per l'utente di essere al centro della propria cura.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

Obiettivo 1: Promozione di percorsi di autonomia abitativa ispirati al modello di intervento denominato 'Abitare supportato' (sec. DRG 1127/2014 Allegato B) orientati alla recovery di pazienti in carico

Obiettivo 2: Promozione di interventi di orientamento e di sostegno per l'attivazione di percorsi di formazione finalizzati all'acquisizione di autonomie lavorative (inserimenti socio-terapeutici e socio-lavorativi) di pazienti in carico, in particolare legati al Progetto POR FSE

Obiettivo 3: Promozione ed attivazione di gruppi di aiuto-mutuo aiuto con formazione della figura del facilitatore sociale

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

Azione 1: Definizione e selezione dei pazienti in carico in programmi di abitare supportato con ridefinizione dei PTRI con specifico budget di salute
Azione 2: Reperimento di unità abitative (civili abitazioni) con l'aiuto degli utenti, familiari ed Associazioni
Azione 3: Rafforzamento delle competenze degli operatori coinvolti nel progetto abitare supportato per sostenere l'empowerment degli utenti con riconoscimento e valorizzazione di loro potenzialità e risorse e delle loro famiglia attraverso un programma specifico di formazione e di aggiornamento continuo
Azione 4: Promozione di un lavoro sulla rete formale ed informale relativa al contesto comunitario di appartenenza tesa alla rimozione delle barriere con incentivazione della relazione e della collaborazione tra Enti Locali, Associazioni di familiari e utenti e famiglie singole con particolare attenzione all'implementazione dei gruppi di auto-aiuto

Azione 5: Definizione di una strategia operativa condivisa ed unitaria per l'attivazione ed il monitoraggio degli inserimenti socio-terapeutici e socio-lavorativi
Riproposizione dopo esperienza maturata del Progetto POR FSE

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Realizzare annualmente almeno una unità abitativa per utenti provenienti da strutture residenziali psichiatriche
Risultato 2: Incrementare i percorsi di inclusione sociale tramite la promozione e la implementazione di inserimenti socio-terapeutici e socio-lavorativi, in particolare tramite il Progetto POR FSE
Risultato 3: Incentivare i gruppi di auto-aiuto (sia come numero di gruppi che di partecipanti ad essi) in stretta collaborazione con le Associazioni del territorio

La continuità delle cure nel passaggio all'età adulta

Lo Stato dell'arte

La "continuità assistenziale", intesa come possibilità per un minore in carico all'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di poter proseguire il progetto terapeutico riabilitativo e la presa in carico dopo il compimento del 18° anno di età, rappresenta un requisito fondamentale del percorso di cura e richiede una graduale integrazione e una efficace comunicazione tra i professionisti che si avvicendano in tale percorso.

Fino a 18 anni l'Unità Funzionale di Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è la struttura operativa multiprofessionale deputata alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione di tutti i disordini dello sviluppo del bambino e dell'adolescente nelle sue varie espressioni (psicomotoria, linguistica, cognitiva, intellettiva e relazionale) e di tutte le patologie neurologiche, neuromotorie, neuropsicologiche e/o psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza. Afferiscono infatti alle strutture UUFF Smia: disabilità intellettive, paralisi cerebrali, disturbi della coordinazione motoria, disturbi specifici del linguaggio e dell'apprendimento, disturbi dello spettro autistico, epilessia, sindromi genetiche rare, malattie neuromuscolari e neurodegenerative, encefalopatie acquisite, tumori cerebrali, disabilità complesse, disturbo da deficit di attenzione con iperattività, disturbi della condotta, psicosi, disturbi bipolari, depressione.

La complessità di tali quadri clinici e dei disturbi ad essi associati, possono rendere difficile l'individuazione di un singolo specialista come unico referente dopo il diciottesimo anno ma piuttosto necessitano di una presa incarico complessa che richiede una forte integrazione tra gli specialisti coinvolti e attualmente afferenti a diversi Dipartimenti (Dipartimento Salute Mentale, Dipartimento di Riabilitazione , Dipartimento delle Professioni Sanitarie, Dipartimento del Servizio Sociale).

Sintesi di ciò che è stato fatto nel 2016/17

Nelle varie Zone Distretto dell'Azienda ASL TNO erano già in atto modalità operative, che assicuravano tale continuità assistenziale. Tuttavia le prassi operative risultavano disomogenee perché condizionate dalla complessità clinica sopra descritta e dalle diverse modalità organizzative presenti nelle Zone.

Per questo motivo, al fine di assicurare maggiore uniformità e omogeneità degli interventi, nel 2016 è stata effettuata una ricognizione delle procedure relative alla transizione verso l'età adulta degli utenti con patologie psichiatriche ed una comparazione tra le varie Zone della ASL. Dopo tale revisione che ha riguardato il 100% dei protocolli operativi, è stata prodotta una **Buona prassi relativa alla transizione all'età adulta degli utenti con diagnosi psichiatrica**

Nel documento è presente un indicatore (n. utenti presi in carico dall'UFSMA/ n. di segnalazioni per il passaggio effettuate dalla UFSMIA X 100> 80%) necessario ai fini del monitoraggio dell'applicazione della Buona Prassi prodotta e operativa dal 2017. Si segnala che ad oggi non in tutte le Zone della ASL TNO l'indicatore è > 80%.

Per quanto riguarda la transizione all'età adulta degli utenti con patologia neuromotoria (paralisi cerebrale infantile, Sindromi neurodegenerative , Sindromi neurometaboliche, esiti di patologia acquisita come neoplasie cerebro-midollari, patologie vascolari e infettive, traumi cranici) nel 2016 è stata effettuata una ricognizione analoga a quella sopra descritta che ha evidenziato ancora una volta una notevole disomogeneità tra le varie Zone. Quindi è stata realizzata dai professionisti del Dipartimento Salute Mentale una Buona Prassi per la transizione all'età adulta che non ha riscontrato unanimità di consensi da parte dei professionisti del Dipartimento di Riabilitazione.

è prevista la stesura di un documento condiviso tra i Dipartimenti Salute Mentale, Riabilitazione e Sociale, che descriva le modalità di transizione all'età adulta degli utenti con patologie neuro motorie delle UUFF SMIA.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: Realizzare un Tavolo di lavoro con i professionisti coinvolti per il passaggio verso l'età adulta degli utenti con Disturbo neuromotorio
Obiettivo 1: Stesura di una Buona prassi relativa alla transizione verso l'età adulta degli utenti con Disturbo neuromotorio
Individuazione congiunta di uno o più Indicatori
Obiettivo 2: Monitoraggio degli indicatori presenti nelle Buone prassi già prodotte e condivise nel 2017 (passaggio SMIA/SMA) e monitoraggio degli indicatori delle Buone prassi da produrre nell'anno in corso

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1: Incontro tra professionisti dei Dipartimenti coinvolti entro Luglio 2018
Azione 2: Revisione della Buona prassi proposta con apporto di modifiche condivise
Azione 1: Buona prassi entro Dicembre 2018
Azione 2: Monitoraggio degli indicatori da gennaio 2019
Azione 3: Monitoraggio dell'indicatore della Buona prassi passaggio SMIA/SMA già approvata

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: (n. utenti presi in carico dagli specialisti dei Dipartimenti coinvolti / n. di segnalazioni per il passaggio effettuate dalla UFSMIA X 100> 80%)
Risultato 2: Relativo alla Buona Prassi approvata nel 2017 passaggi SMIA/SMA (n. utenti presi in carico dall'UFSMA/ n. di segnalazioni per il passaggio effettuate dalla UFSMIA X 100> 80%)

Il percorso assistenziale del minore con disturbo neuropsichiatrico e l'integrazione con gli altri servizi sanitari, socio sanitari, scolastici e centri di terzo livello

Lo stato dell'arte:
La maggior parte dei disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva necessitano di percorsi assistenziali integrati che coinvolgono non solo i servizi sanitari territoriali multiprofessionali (UFSMIA) ma anche i servizi sanitari ospedalieri di 1° 2° e 3° livello (Pediatria aziendale, SPDC aziendale, Meyer e Istituto di Ricerca a Carattere Scientifico Stella Maris,) i servizi sociosanitari (Servizio Sociale Aziendale) e gli Enti Locali (Servizi Sociali professionali), le Istituzioni Scolastiche. La **costituzione di una rete interistituzionale integrata** di servizi ed il suo costante monitoraggio si pone come condizione indispensabile per garantire percorsi di cura efficienti, efficaci, accessibili, equi e sicuri. Il confronto all'interno dell'Area Salute Mentale Infanzia Adolescenza ha evidenziato alcune criticità relative alla collaborazione/integrazione con altri servizi sanitari aziendali e extraziendali, con le Istituzioni Educative e gli Enti Locali legate, in alcuni servizi, a fattori organizzativi, in altri a risorse umane non sufficienti a fronte di un numero sempre più crescente di utenti con bisogni complessi. La revisione delle procedure esistenti su singoli percorsi diagnostici e terapeutico - riabilitativi (non sempre presenti in ogni area territoriale) alcune disomogeneità. Per garantire equità delle risposte in tutto il territorio aziendale si è provveduto a:
1)ridefinire compiti e funzioni propri dei servizi infanzia e adolescenza;
2)elaborare un vademecum per il personale sanitario sulle competenze istituzionali dell'azienda sanitaria nei percorsi scolastici di bambini in situazione di handicap (legge n°104), con Disturbo specifico degli apprendimenti scolastici (DSAP- legge n° 170), bambini con bisogni speciali (BES;)
3) condividere modalità di collaborazione con le Istituzioni Scolastiche in tema di prevenzione secondaria (individuazione precoce Disturbi del linguaggio ecc.)
4)elaborare congiuntamente il percorso assistenziale gestione emergenze/urgenze psichiatriche e la scheda Handower per la richiesta dei ricoveri urgenti con l'IRCSS Stella Maris e condividere il documento con i responsabili UFSMA e U.O Pediatria attraverso il direttore di Area del Dipartimento Materno Infantile;
5)elaborare Linee di Indirizzo Aziendali per la Valutazione delle Funzioni Genitoriali su richiesta della Procura del Tribunale dei Minori, del Tribunale per i Minori, del Tribunale Ordinario e del Servizio Sociale (aziendale e degli enti locali) con l'Area Consultoriale e Dipartimento Sociale.
Permangono alcune criticità relative all' integrazione dell'IRCCS in alcuni percorsi di cura come 1) interventi riabilitativi ex art. 26, 2) ricoveri ordinari per patologie non complesse richiesti direttamente dai genitori con impegnativa del pediatra che meritano di essere ulteriormente approfondite.
Si segnala la necessità di avere pacchetti ambulatoriali per prestazioni strumentali (risonanza, EEG, genetiche), consulenze genetiche, utili per approfondimenti eziopatogenetici di disabilità complesse e consulenze psicofarmacologiche per disturbi psicopatologici gravi (psicosi, disturbi affettivi, disturbi di personalità associati a disturbi della condotta e abuso uso di sostanze) in soggetti sotto i 13 anni.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
Obiettivo 1: Recepimento da parte delle Direzioni delle Zone e delle Società della Salute Aziendali delle Linee di indirizzo sulla" Valutazione delle Funzioni "genitoriali"; costituzione dell' UVMi (Unità di Valutazione Multidisciplinari per minori) a livello consultoriale, nomina del coordinatore e individuazione degli psicologi che costituiscono l'equipe (psicologo ATTIVITA' CONSULTORIALI, UFSMIA, UFSMA, SERD) e dell' assistente sociale, definizione dell'articolazione

operativa nel rispetto della specificità delle singole Zone. Comunicazione della nuova organizzazione agli Organi Giudiziari competenti e agli Enti Locali.
Obiettivo 2: Revisione delle procedure di collaborazione tra Azienda Sanitaria e Istituzioni Scolastiche per l'inclusione scolastica dei soggetti in situazione di handicap (legge 104) secondo il decreto attuativo del 16/5/2017 della Legge n° 107 del 2015 "Riforma del Sistema Nazionale di Istruzione e Formazione". Attuazione delle indicazioni previste dalla DGR 1449/2017 con la costituzione in ciascuna Società della Salute/ Zona dell'UVM disabilità minori che sostituisce il Gom nella sue funzioni. L'UVM rappresenta il luogo nel quale "confluiscono tutte le risposte (obiettivi, sostegni e opportunità) e offerte dei sistemi sanitario e sociale, previdenziale e scolastico, lavorativo, ambientale/ domestico e socio-relazionale, scelte in accordo con la persona e/o con i suoi familiari". Diventa di competenza dell'UVM la stesura del Profilo Funzionale (sostituisce Diagnosi funzionale e Profilo Dinamico Funzionale) e del PARG. La stesura del PEI (Piano Educativo Individualizzato) da parte delle Istituzioni scolastiche è condivisa con la stessa Unità di Valutazione all'inizio dell'anno scolastico e con i genitori. Verifiche in itinere sono di pertinenza delle Istituzioni Scolastiche e solo in casi eccezionali può essere richiesta la consulenza dell'unità di valutazione.

Obiettivo 3: Implementazione della collaborazione con l'IRCSS Stella Maris per:
- ✓ condivisione di percorsi riabilitativi ex art. 26 (strategie di intervento, tempi di trattamento, ciclizzazione, strumenti di valutazione degli esiti) mirata alla costituzione di un'equipe riabilitativa AUSL/IRCCS per la gestione integrata dei percorsi di cura per alcune tipologie di disturbi neuropsichiatrici;
- ✓ maggior appropriatezza nei ricoveri, a fini valutativi, per alcuni disturbi neuropsichiatrici;
- ✓ realizzazione di pacchetti ambulatoriali per esami strumentali (EEG, esami genetici, Risonanza magnetica, consulenza genetica ecc.), consulenza nei casi di maggiore complessità clinica.
- ✓ formazione del personale.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
Azione 1: Costituzione delle UVMi per la Valutazione delle Funzioni Genitoriali in ogni Zona /Società della Salute entro dicembre 2018; operatività dell'UVMi a regime entro il 2019.
Azione 2: Costituzione dell'UVM Disabilità minori entro il 2018; condivisione della sua organizzazione con gli Enti Locali e le Istituzioni Scolastiche e operatività a regime entro il 2019.
Azione 3: Costituzione gruppo di lavoro AUSL/IRCCS Stella Maris per la condivisione dei percorsi riabilitativi ex art. 26, appropriatezza dei ricoveri, elaborazione di pacchetti di prestazioni utili per una diagnosi eziopatogenetica di alcune tipologie di disturbi neuropsichiatriche, ed avvio dei lavori entro dicembre 2018; conclusione entro prime semestre 2019.

I Risultati attesi 2018-2019
Risultato 1: Ricollocazione della competenza "Valutazione delle Funzioni Genitoriali all'interno dell'UF Attività Consultoriali e conseguente riduzione del numero di valutazioni delle funzioni genitoriali da parte degli psicologi assegnati alle UFSMIA (almeno 1/3 rispetto al dato del 2017.)
Risultato 2: Ricollocazione in ambito educativo di alcune funzioni attualmente svolte dai servizi sanitari con riduzione significativa delle risorse che l'UFSMIA impegna attualmente per partecipare ai gruppi di lavoro sul caso.
Risultato 3: Riduzione inappropriatezza di alcuni percorsi riabilitativi ex art. 26 con gestione integrata di dei percorsi di cura (equipe integrata AUSL/IRRCS stabile); miglioramento nell'appropriatezza dei ricoveri ordinari e possibilità di effettuare in tempi brevi indagini strumentali, ematochimiche e genetiche per approfondimenti eziopatogenetici.

Area Dipendenze

L'Area delle Dipendenze dell'ASL Toscana nord ovest, comprende tre U.O.C. (Nord-Centro-Sud) e dodici U.F. (Deliberazione D.G. n. 1017 del 25 ottobre 2017). I Servizi per le Dipendenze garantiscono interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei Disturbi da Uso di Sostanze legali e illegali e Disturbo da Gioco d'Azzardo.
Nell'anno 2017 sono stati autocertificati i requisiti di **Accreditamento** (L.R. n. 51 del 5 agosto 2009 e del DPGR n. 79/R del 16 novembre 2016), declinati nei seguenti sottoprocessi: ambulatoriale (droghe-alcool-farmaci, gioco d'azzardo e tabagismo), comunità (diurno e residenziale) e detenuti tossico e/o alcooldipendenti.
Fin dall'istituzione dell'Area delle Dipendenze si sono rilevate le disomogeneità assistenziali e organizzative sono state adottate **procedure condivise**. Particolare attenzione è stata rivolta alla gestione degli utenti in strutture pubbliche per dipendenze patologiche e al percorso assistenziale detenuti tossico/alcol dipendenti. Nell'anno 2018 è prevista la revisione e/o redazione di protocolli operativi tra Ser.D e UFSMA e Ser.D, UFSMIA e Servizio Sociale del Comune per la gestione degli utenti con comorbidità psichiatriche, anche minorenni.
Inoltre è in fase di approvazione finale la **convenzione tra ASL Toscana nord ovest e la AOUP**, per l'esecuzione di accertamenti tossicologici di secondo livello, che consentirà ai servizi di avere referti con valenza medico legale.
Per quanto concerne l'**informatizzazione della documentazione clinica**, è in fase di collaudo il registro informatizzato di carico-scarico degli stupefacenti, che permetterà a breve di adeguare l'applicativo presente nei servizi, a quanto previsto dal DM 11 maggio 2010. Contemporaneamente, sono stati avviati e calendarizzati gli eventi formativi necessari all'espertizzazione del personale.
Nonostante siano stati garantiti i **debiti informativi** aziendali, regionali e ministeriali, è stato avviato un lavoro di revisione sistematica circa le modalità di registrazione e rilevazione dei dati nel software HTH, al fine di ottenere report omogenei su utenti e prestazioni .
Come previsto dalla DGRT 1245 del 5 dicembre 2016 e dall'Accordo Sottoscritto tra la Regione Toscana, le Aziende USL e il Coordinamento Enti Ausiliari Regione Toscana (CEART) il 16 febbraio 2017, si sono periodicamente tenuti i tavoli intregrati tra i servizi pubblici e le comunità terapeutiche appartenenti al CEART, al fine di monitorare le azioni proprie del citato Accordo e consolidare l'**integrazione tra pubblico e privato**, anche attraverso la condivisione delle progettualità delle Zone e l'elaborazione congiunta di nuovi percorsi assitenziali residenziali e semiresidenziali.
A seguito dell'inserimento nei **LEA (DPCM 12 gennaio 2017) dell'assistenza a persone con Disturbo da gioco d'azzardo** e dell'adozione della DGRT 882 del 7 settembre 2016 che approvava il PDTA GAP e conferiva alle aziende i fondi previsti dalla Legge di Stabilità 28 dicembre 2015, è stato possibile acquisire personale di diversa professionalità per dare attuazione agli adempimenti previsti.
Relativamente ai progetti inseriti nel **PRP** (n° 15-Accordo CEART e n° 29–Interventi di prevenzione, formazione e trattamento GAP) la cui titolarità spetta ai Ser.D, sono stati soddisfatti gli indicatori previsti. Per le annualità 2018 e 2019 saranno consolidate e implementate le azioni dei servizi relativamente a:

-interventi di prevenzione,
-diffusione di sani e corretti stili di vita in particolare alcol e fumo
-assistenza degli utenti con disturbo da gioco d'azzardo

Gli interventi di prevenzione

Lo stato dell'arte:
Nell'ambito dell'attività di prevenzione, le metodologie operative attualmente utilizzate sono di tipo attivo, basate sulla "Peer Education" e "Life Skills Education", metodiche indicate dalle Linee guida dell'OMS come buone pratiche.
La tendenza all'abbassamento dell'età in cui è presente il rituale di iniziazione, ci induce a valutare l'importanza di una precoce e strutturata attività di prevenzione mirata al target degli studenti delle scuole secondarie di primo grado**.**
Il modello "Unplugged", inserito nel progetto n° 2 del Piano Regionale di Prevenzione (PRP) 2014-2018 (prorogato al 2019), basato sul concetto dell'influenza sociale e sulla Life Skills Education, già attivo in alcune Zone afferenti all'Azienda USL nord ovest (Apuane, Versilia, Lucca e Bassa Val di Cecina), rappresenta un valido strumento di prevenzione da implementare ed estendere all'intero territorio aziendale, in collaborazione con la Educazione alla Salute dei Dipartimenti della prevenzione.
Nella pratica preventiva risultano essere, altresì, utili le esperienze basate sull'utilizzo del "linguaggio teatrale"**.** Nel 2017 ad esempio è stato sperimentato in cinque Comuni della Zona Lunigiana e Apuane, un percorso teatrale itinerante sulla tematica del gioco, denominato "Il Circo delle Illusioni", che ha visto il coinvolgimento di circa mille studenti degli Istituti Scolastici Superiori. Negli anni 2016-2017 è stato replicato più volte in vari contesti scolatici ed extra-scolastici della Versilia lo spettacolo teatrale "La scelta è tua e tu non hai bisogno" sul tema dei problemi alcolcorrelati ed in particolare degli incidenti stradali.
Si prevede pertanto l'implementazione su tutto il territorio all'Azienda USL nord ovest di percorsi simili, anche sulle tematiche alcol/droga correlate.
Tra le azioni di prevenzione realizzate dai Servizi per le Dipendenze si segnalano le seguenti iniziative :

Ser.D Zona Versilia
Incontri di sensibilizzazione rivolti ad insegnanti , studenti e genitori (percorsi formativi per il mondo adulto in varie scuole, "Caffè scientifico junior" organizzato con gli studenti del Liceo Scientifico Michelangelo situato a Forte dei Marmi...);

Partecipazione con vari tipi di intervento basati sulla "Peer Education" e "Life Skills Education" all'appuntamento annuale del Festival della Salute;

Ser.D Zona Lunigiana
Sensibilizzazione culturale dei giovani attraverso il Centro di aggregazione giovanile "ICARO", divenuto un punto di riferimento per iniziative pubbliche, come festival e spettacoli;

Ser.D Zona Alta Val di Cecina e Zona Elba
Percorsi di sensibilizzazione sulle problematiche correlate all'uso e abuso di sostanze legali ed illegali nelle scuole superiori, inseriti nell'iter di conseguimento del patentino per la guida di ciclomotori;

Ser.D Zona Apuane
Servizio CIC (Centro Informazione e Consulenza) presente presso 15 Istituti Scolastici, attraverso il quale sono stati effettuati, nell'a.s. 2016-2017, circa 600 colloqui, coinvolgendo 352 studenti*;* di tale servizio è attiva anche la versione sperimentale il C.I.C. ON LINE, dove le richieste veicolano tramite il sito web dei vari istituti;

-Progetto di prevenzione dai comportamenti di abuso/ dipendenza fra gli adolescenti, denominato “Creativamente”. Nell’anno scolastico 2016-2017 sono stati sensibilizzati tramite la metodica attiva della Peer Education, 1300 studenti delle classi prime e seconde degli istituti scolastici superiori del territorio zonale;

Ser.D Bassa Val di Cecina
Progetto di ascolto “Be Free”;
Progetto Unplugged.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019
- ✓ Prevenzione selettiva (Unplugged, CIC, Peer Education, Life Skills Education)
- ✓ Teatro come strumento di prevenzione - alcool e guida
- ✓ Teatro come strumento di prevenzione - gioco d’azzardo

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019
- ✓ Incontri informativi/formativi insegnanti studenti
- ✓ Rappresentazioni teatrali sul tema alcool e guida
- ✓ Rappresentazioni teatrali sul tema gioco d'azzardo

I Risultati attesi 2018-2019
- ✓ Almeno 1 incontro per Zona
- ✓ Almeno 5 rappresentazioni teatrali a livello aziendale
- ✓ Almeno 5 rappresentazioni teatrali a livello aziendale

La diffusione dei corretti stili di vita: fumo e alcool

Lo stato dell'arte:
L'alcol risulta essere il terzo fattore di rischio, per la popolazione europea, di incorrere in malattie o morti premature, preceduto solo da tabacco e ipertensione (WHO, 2002). Il fenomeno del consumo problematico dell'alcol (specie con modalità "binge drinking") e degli incidenti alcol-correlati, rappresenta pertanto per la comunità un rilevante problema socio-sanitario. Il fumo di tabacco costituisce oggi in Italia la prima causa di morte prematura con circa 80.000 morti l'anno (24% di tutti i decessi tra gli uomini eil 7% dei decessi tra le donne con oltre 1 milione di anni di vita persi). Per questo le attività in tema di prevenzione alcologica e di abitudine al fumo di tabacco, hanno ormai una consolidata tradizione nel territorio dell' Azienda USL Toscana nord ovest; la rete territoriale vede coinvolti non solo i Servizi per le Dipendenze ed i Dipartimenti di Prevenzione, ma anche i Medici di Medicina Generale (MMG), le istituzioni locali (Prefetture, Provincie, Comuni, Forze dell'Ordine, etc.), le associazioni e le realtà del terzo settore. L'OMS ha dato vita nel 2006 alla strategia europea contro le malattie non trasmissibili, denominata "Gaining Health" ("Guadagnare salute") per integrare e rendere sinergici i programmi europei rivolti a particolari fattori di rischio (fumo, alcol, inattività fisica, obesità) o a specifiche patologie (tumori, malattie cardiovascolari, diabete). "**Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari**", è il programma del Ministero della Salute che ha recepito questa strategia. A questo proposito, la Regione Toscana, con il Programma Regionale "Guadagnare salute in Toscana" "Rendere facili le scelte salutari" (DGRT n.800 del 13 ottobre 2008), ha definito le linee di indirizzo e le strategie per attivare sul territorio azioni finalizzate a mitigare i fattori di rischio e favorire nella popolazione comportamenti salutari. L'altra azione portante del programma è stata l'istituzione dell'**Osservatorio sugli stili di vita** che attraverso il coordinamento dell'Agenzia Regionale di Sanità, ha raccolto tutti i principali attori istituzionali e territoriali per la progettazione e l'implementazione di azioni di prevenzione e promozione della salute sul territorio regionale. Tra le azioni inerenti i Sani e corretti stili di vita relativi a consumo di alcol e fumo di tabacco, si segnalano le seguenti iniziative:

Zona Versilia: "Stili di vita, Alcol, fumo, Gioco d'azzardo", "Incidenti stradali e sostanze", "Gli effetti delle droghe legali e illegali sul cervello", "+ DIVERTIMENTO – ALCOL", "Guadagnare salute in 4 mosse", "Corso Walking Leader per gruppi di cammino" e "No al fumo"

Zona Apuane: "CREATIVAMENTE" progetto basato su peer education "Alcol & Lavoro", "La Sanità di iniziativa alcol fumo", *Giornata mondiale senza tabacco* 31 MAGGIO 2016 e 2017

Zona Lunigiana: Progetto "Deep-End" , progetto "CI PROVO GUSTO"

Zona Alta Val di Cecina: "Sani e corretti stili di vita relativi a consumo di alcol, fumo e tabacco "

Zona Bassa Val di Cecina: "Alcol e Guida Sicura"

Zona Livornese: "OKKIOBIMBI" (Unità di strada)

Zona Piana di Lucca: Incontro " Alcolismo giovanile e non…"

Zona Valle del Serchio: *Giornata mondiale senza tabacco* 31 MAGGIO 2017

Zona Bassa Val di Cecina: "PILLOLE IN BIBLIOTECA"

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Consolidare la rete di collaborazione SERD, il Dipartimento della prevenzione, MMG e le realtà del terzo settore.
- ✓ Garantire continuità agli interventi di prevenzione nei vari ambiti (scuola, tempo libero, lavoro..)
- ✓ Incrementare momenti preventivi sugli stili di vita dedicati agli utenti.

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Organizzazione eventi sensibilizzazione \formazione (es. corso per walking leader, formazione con MMG, ecc.).
- ✓ Incontri con insegnanti e alunni delle scuole (privilegiando il lavoro con il mondo adulto, l'educazione tra pari e interventi continuativi sul tema delle life skills, Unplugged).
- ✓ Organizzazione Attività di sensibilizzazione specifiche.

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Almeno 1 evento di sensibilizzazione per zona.
- ✓ Almeno 2 incontri per zona.
- ✓ Almeno 1 percorso per zona di sensibilizzazione sui corretti stili di vita dedicato agli utenti del servizio.

Il contrasto alle ludopatie

Lo stato dell'arte

Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP), rappresenta un problema di salute pubblica in quanto coinvolge non solo il giocatore e la sua famiglia, ma anche la comunità in cui è inserito; per questo si ritiene che tale fenomeno debba essere affrontato attraverso azioni sistemiche di contrasto così declinate:

1- ampliare e consolidare le Reti Territoriali;

2- promuovere il benessere dei giovani attraverso interventi di prevenzione selettiva;

3- mantenere e implementare la cura degli utenti e il sostegno alle famiglie;

Nel corso degli anni tutti i Ser.D dell'Area Vasta nord ovest si sono attivati per l'accoglienza e la cura del DGA, utilizzando risorse e personale già presenti nelle singole realtà.

Dall' osservazione dei diversi contesti, emerge come alcuni Servizi hanno orientato le loro azioni sulla presa in carico dell'utente, altri hanno maggiormente incentivato gli interventi di prevenzione giovanile, altri ancora hanno tentato di unire la cura, agli interventi di sensibilizzazione e formazione rivolti ad interlocutori coinvolti a vario titolo nelle gestione delle problematiche determinate dal GAP.

Una maggiore omogeneizzazione degli interventi è stata resa possibile dalle disposizioni contenute nella DGRT 882 del 06 settembre 2016, con la quale sono state approvate linee di indirizzo su "Interventi di informazione, prevenzione, formazione e definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il giocatore d'Azzardo Patologico (PDTA GAP)".

Sul territorio sono, inoltre, presenti diverse associazioni appartenenti al privato sociale, che si occupano del gioco d'azzardo patologico, con le quali i servizi hanno strutturato collaborazioni e interventi di diverso tipo.

Nelle diverse Zone sono stati inoltre organizzati corsi di informazione/sensibilizzazione ai gestori delle sale da gioco lecito, attualmente resi obbligatori dalla L.R. n. 4 del 23 Gennaio 2018.

Gli Obiettivi specifici: anni 2018-2019

- ✓ Attivazione e gestione reti territoriali
- ✓ Prevenzione selettiva
- ✓ Attuazione DGRT n. 882/2016 (PDTA GAP)

Le Azioni e i tempi: anni 2018-2019

- ✓ Incontri con le istituzioni e il terzo settore
- ✓ Incontri di sensibilizzazione e informazione per vari target
- ✓ Trattamento integrato multiprofessionale

I Risultati attesi 2018-2019

- ✓ Almeno 1 incontro per Zona con le istituzioni e il terzo settore
- ✓ Almeno 1 incontro di formazione e sensibilizzazione per zona
- ✓ Almeno 1 gruppo di psicoeducazione e/o psicoterapia

Area Sociale, non autosufficienza e disabilità

Non Autosufficienza

1. La rete dei servizi

Azioni avviate e i corso

SISTEMA DI LIBERA SCELTA E PORTALE "VALORE IN RSA"

La Regione Toscana con la Delibera di Giunta n. 398/2015 ha inteso richiamare la necessità per l'effettiva realizzazione del sistema di libera scelta, definendo gli elementi essenziali che regolano il rapporto tra RSA e ospite e evidenziando l'esigenza di stipulare accordi tra gli enti pubblici deputati alla programmazione socio-assistenziale e i soggetti accreditati produttori dei servizi. La successiva Delibera di Giunta Regione Toscana n. 995 del 11.10.2016, ha infatti approvato uno schema di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra soggetti pubblici e i soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti, in attuazione della precedente DGRT n. 398/2015.

Gli Uffici regionali hanno anche affidato all'Agenzia Regionale di Sanità l'impostazione, la gestione e l'implementazione di un portale dedicato all'offerta residenziale toscana che possa essere utilizzato sia dai cittadini che si trovano nella situazione di dover scegliere la struttura e abbiano interesse a confrontare l'offerta per valutare e orientare la propria decisione, sia dagli operatori del sistema allo scopo di verificare in tempo reale la disponibilità dei posti letto. Il sito del portale è http://www.regione.toscana.it/-/residenze-sanitarie-assistenziali e saranno indicate le sole strutture che hanno sottoscritto l'accordo di cui alla DGRT n. 995/2016 (libera scelta).

Con la Deliberazione DG n. 1272 del 14/12/2016 l'Azienda Usl Toscana Nordovest ha proposto a tutte le Zone una Delibera di recepimento della DGRT n. 995 del 11.10.2016 individuando uno schema di accordo contrattuale per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra le SDS/Zone e i soggetti gestori delle strutture socio-sanitarie accreditate per l'erogazione di prestazioni a favore di anziani non autosufficienti presenti sul territorio. E'stata redatta la Delibera Aziendale (563 e 838 2018) per la definizione dei rapporti convenzionali tra le SDS/Zone con le stesse strutture presenti sul territorio in caso di erogazione di prestazioni in favore di anziani non autosufficienti relativi a moduli specialisti, moduli a bassa intensità assistenziale (BIA) e centri diurni.

RIDEFINIZIONE DEI CONTRATTI IN ESSERE PER LE RSA A GESTIONE DIRETTA DELL'AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST

In considerazione del fatto che la nuova Azienda è subentrata ai rapporti contrattuali precedentemente stipulati dalle ex cinque Ausl per la gestione delle RSA, in base alla scadenza dei contratti in essere e nel rispetto della normativa nazionale e comunitaria, che disciplina le procedure di affidamento dei servizi da parte della pubblica amministrazione. Sono state attivate procedure per l'affidamento in concessione di residenze sanitarie assistenziali pubbliche.

LA MAPPATURA E IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE RSA (MES – SCUOLA SUPERIORE SANT'ANNA)

La Mappatura e la Valutazione delle residenze per anziani in Toscana è un programma promosso e finanziato dalla Regione Toscana dal 2011 (DGRT 398/2015 e DGRT 496/2013) e riguarda tutte le strutture per anziani indipendentemente dalla loro condizione giuridica. Ha lo scopo di rilevare le determinanti della variabilità, promuovere un vocabolario comune, promuovere il confronto ed il miglioramento continuo, garantire una miglior qualità dei servizi e qualità di vita degli assisti nonché maggiore equità per i cittadini.

Si articola in due sotto–progetti: la mappatura e la valutazione.

La **mappatura** è obbligatoria, è annuale, riguarda tutte le residenze per anziani non autosufficienti ed è una sorta di censimento. La prima rilevazione è stata effettuata nel secondo semestre 2013, in riferimento all'anno 2012, tramite una piattaforma informatica messa a punto dai ricercatori del Laboratorio management e sanità in collaborazione col Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria della Regione Toscana.

La **valutazione** è facoltativa, è annuale e si basa sul sistema brevettato (RT – Scuola Superiore Sant'Anna) conosciuto come «Bersaglio».

Per quanto riguarda l'Ausl Toscana Nordovest al 31/12/2016 (ultimo dato disponibile) le RSA risultano essere 110, di cui:

- 101 mappate
- 9 NON mappate

28 RSA dell'AUSL Toscana Nord-Ovest aderiscono al sistema di valutazione. Si tratta di residenze localizzate in 7 Zone Distretto:

- Lunigiana (4 RSA)
- Valle del Serchio (1 RSA)
- Valdera (9 RSA)
- Pisana (3 RSA)
- Bassa Val di Cecina (3 RSA)
- Elba (1 RSA)
- Versilia (7 RSA)

Al fine di favorire la partecipazione delle RSA al sistema di valutazione che prossimamente sarà realizzato, il MES ha ipotizzato la possibilità di incentivare le strutture attraverso la compartecipazione al 30% della spesa da parte di ogni Zona/SDS. Sono attualmente in corso la raccolta delle adesione da parte delle Zone/Distretto. A latere della mappatura di tutte le strutture RSA e CDA presenti sul territorio, il Dipartimento aggiorna il database con anche le strutture ex art. 22 LRT n. 41/2005 (gruppo appartamenti, casa famiglia per anziani) al fine di avere una visione globale di tutte le strutture presenti sulle Zone.

MONITORAGGIO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI (Flussi AD/RSA RFC 115/118 e indicatore ministeriale LEA 9.1)

Dal 10/05/2017 ad oggi nella Usl Toscana Nordovest è stato attivato un coordinamento delle attività di registrazione dei dati negli applicativi INSELMERCATO e GESTI (quest'ultimo in uso nelle Zone della ex Usl6 Livorno) per cercare di risolvere le criticità dei flussi AD/RSA legate all'indicatore LEA 9.1 (Posti Letto equivalenti). Il coordinamento ha effettuato l'analisi delle problematiche zona per zona, individuando e attivando per ogni situazione le migliori modalità di recupero dati nei tempi definiti da Regione Toscana; in questo lavoro sono stati coinvolti operatori della Zona (PUA, UVM, servizio sociale), la ditta fornitrice (nel caso di INSELMERCATO) ed ESTAR per il software GESTI e per attività generali di supporto in questo processo. I risultati di questo lavoro hanno comportato il recupero di circa 170.000 giornate in RSA di utenti, pari a

457 posti letto equivalenti per l'anno 2016. L'indicatore LEA 9.1 della Usl Toscana Nordovest è passato quindi da un valore di 4,75 del 10/05/2017 al 6,18 del consolidato NSIS del 19/06/2017. Resta prioritario agire con questa attenzione, garantire la registrazione dei dati e il conseguente monitoraggio.

PROTOCOLLO OPERATIVO "PERCORSO PER L'ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE"

In seguito al lavoro del gruppo aziendale PUA/UVM che aveva l'obiettivo di omogenizzare tra le varie Zone composizione, funzionamento e metodo di lavoro/valuatazione di PUA e UVM tenendo conto delle normative regionali di riferimento, è stato approvato il Protocollo Operativo "PERCORSO PER L'ASSISTENZA CONTINUA ALLA PERSONA NON AUTOSUFFICIENTE" PO AZI003 del 30/01/2018. Le Zone sono tenute ad applicare i contenuti di suddetto protocollo operativo.

RICONVERSIONE STRUTTURE (COMMISSIONE DI VIGILANZA)

In relazione al lavoro della Commissione Multidisciplinare di Vigilanza sulle strutture residenziali e semiresidenziali, sta emergendo la necessità di riconversione di strutture per anziani autosufficienti in strutture per anziani non autosufficienti. Ai sensi della Delibera di Giunta Regione Toscana n. 995 del 11.10.2016, nel secondo trimestre del 2018 sarà richiesto alle Assemblee delle SDS e alle Conferenze integrate dei Sindaci delle Zone il parere obbligatorio e non vincolante per procedere alla riconversione. E' inoltre emersa la necessità di riconversione delle strutture per anziani non autosufficienti che in realtà rivolgono la propria offerta assistenziale a pazienti che sono in percorsi di lunga assistenza con patologie psichiatriche e con disabilità. L'azione si integra pienamente con l'obiettivo aziendale della Salute Mentale che tende a superare il concetto tradizionale di struttura come soluzione abitativa permanente e favorire soluzioni di sostegno e accompagnamento alle persone con problematiche di salute mentale al fine di riappropriarsi della propria autonomia. A tale scopo sono state realizzate le seguenti azioni a livello aziendale: 1. analisi dell'utenza e dei loro bisogni; 2. ridefinizione della tipologia delle strutture semiresidenziali e delle strutture residenziali ai sensi della DGRT n. 1127/2014 nella Zona, secondo le risultanze del tavolo aziendale costituito allo scopo; 3. implementazione dei percorsi abitare supportato (appartamenti e sviluppo esperienze di co-housing).

COSTRUZIONE BUDGET RESIDENZIALITÀ

Per quanto riguarda le quote RSA e Centri Diurni è stata realizzata una mappatura della dotazione storica delle quote. La mappatura ha permesso di attribuire per ciascuna Zona/Distretto-SDS il budget residenzialità che deve garantire il raggiungimento dell'obiettivo ministeriale LEA 9.1.

Riportiamo le tabelle "situazione 2017" come ricostruzione della dotazione storica e "situazione 2018" come costruzione budget residenzialità 2018 (i dati della popolazione sono al 01/01 di ciascun anno – fonte: http://demo.istat.it/).

situazione 2017				
Zona	**pop anziana 2016**	**n° quote RSA storiche + aggiuntive**	**indice copertura X 100 anziani res**	**lista attesa 31/12/2016**
LUNIGIANA	16270	112	0,69	0
APUANE	35269	130	0,37	4
VALLE DEL SERCHIO	15821	142	0,90	0
PIANA DI LUCCA	40523	244	0,60	65
ALTA VAL DI CECINA	6144	77	1,25	15
VALDERA	26763	197	0,74	37
PISA	50297	484	0,96	49
BASSA VAL DI CECINA	21565	91	0,42	31
VAL DI CORNIA	16990	90	0,53	42
Bassa VAL DI CECINA/ VAL DI CORNIA	38555	181	0,47	73
ELBA	7912	30	0,38	4
VERSILIA	41462	377	0,91	90
LIVORNO	45361	356	0,78	67
Totale azienda USL NO	**324377**	**2330**	**0,72**	**477**

situazione 2018				
Zona	**pop anziana 2017**	**quote RSA budget 2018**	**indice copertura X 100 anziani res**	**Liste attesa al 31/12/2017**
Lunigiana	16653	124	0,74	0
Apuane	35494	200	0,56	0
Valle del Serchio	15070	135	0,90	0
Piana di Lucca	40827	261	0,64	59
Alta Val di Cecina	6178	77	1,25	19
Valdera	27020	202	0,75	21
Pisa	50727	484	0,95	31
Bassa Val di Cecina Val di Cornia	38862	228	0,59	58
Elba	8344	40	0,48	2
Versilia	41766	359	0,86	47
Livorno	45467	356	0,78	19
Totale azienda USL NO	**326408**	**2466**	**0,76**	**256**

PROCEDURA INSERIMENTI IN RSA E SCHEDA SOCIALE

E' stato costituito un gruppo di lavoro aziendale al fine di elaborare un regolamento aziendale per gli inserimenti in RSA e la gestione della Lista di Attesa, dedicato inoltre a predisporre un vademecum teso a omogeneizzare i criteri di valutazione previsti dalla scheda sociale, di cui alle Deliberazioni della Giunta Regione Toscana n. 1354/2010 e n. 2259/2012. Il gruppo ha elaborato un documento. E' stata rilevata la necessità di una formazione che investa tutte le AA.SS. che lavorano nell'Area della Non Autosufficienza per realizzare in sede di UVM progetti assistenziali quanto più equi per tutti i cittadini della Azienda Usl Toscana Nordovest, tenuto conto dell'importanza che la scheda sociale riveste nella scelta del percorso domiciliare o residenziale. Inoltre è in discussione l'opportunità di inserire in allegato al vademecum un documento relativo ai criteri di valutazione economica dell'utente.

2. La rete dei servizi alternativi e sperimentazione innovative

Azioni avviate e in corso

PROGETTO "POTENZIAMENTO DEI SERVIZI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE – BUONI SERVIZIO PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITÀ" (POR FSE 2014-2020 Linea di attività B.2.1.3.A) - Sostegno alle famiglie per l'accesso ai servizi di cura rivolti a persone con limitazioni dell'autonomia)

Sulla base dell'Avviso Pubblico della Regione Toscana emanato con il Decreto n. 12305 del 16/11/2016, le Zone dell'Azienda Usl Toscana Nordovest hanno presentato progetti con lo scopo di potenziare i servizi di continuità assistenziale ospedale-territorio, attraverso interventi complementari e integrativi (non sostitutivi) rispetto agli ordinari servizi previsti dai livelli essenziali di assistenza, assegnando buoni servizio per l'erogazione di assistenza appropriata con caratteristica di tempestività, qualità e temporaneità, a favore di persone anziane, con limitazione temporanea dell'autonomia o a rischio di non autosufficienza, e persone disabili gravi le quali, dopo le dimissioni le dimissioni da un presidio ospedaliero zonale o da Azienda Universitaria Ospedaliera o da strutture pubbliche di cure intermedie o riabilitative presenti sul territorio regionale. I progetti sono stati approvati dalla Regione Toscana con Decreto DRT n. 12511 del 29.08.2017 per il territori dell'Azienda per complessivi **€. 3.364.713,94**:

ZONA	BENEFICIARIO	TITOLO	IMPORTO
VERSILIA	SDS VERSILIA	Pacchetto Servizi Assistenza Territoriale – Versilia (P.A.S.T. VERSILIA)	317.847,00
LUNIGIANA	SDS LUNIGIANA	Potenziamento dei servizi per sostegno alla domiciliarità (P.S.S.D.)	121.212,00
ALTA VAL DI CECINA	SDS ALTA VAL DI CECINA	VERSO IL DOMICILIO CON SERVIZI DI CURA – IN ALTA VAL DI CECINA (V.I.D. - in AVC)	72.774,00
VALLE DEL SERCHIO	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	Dimissione – Sicura Potenziamento servizi di continuità Ospedale Territorio (DI-SI)	151.116,00
PISANA	SDS PISANA	"Il filo di Arianna per la non autosufficienza"- dall'Ospedeale a Casa	564.108,00
ELBA	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	Progetto di implementazione di risposta ai bisogni complessi dei pazienti "fragili" in dimissione da strutture di ricovero: potenziamento ACOT ed erogazione buoni servizio (S.I.G.FR.I.D.O. Sistema Integrato di Gestione della Fragilità in Dimissione Ospedaliera)	86.019,00
LIVORNESE	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità (BU.S.)	479.108,00
VAL DI CORNIA E BASSA VAL DI CECINA	SDS VALDICORNIA	Percorsi Riabilitativi e Infermieristici di continuità nella Costa Etrusca (P.R.I.C.E.)	405.701,94
VALDERA	SDS VALDERA	"E.R.A. - Equità nelle Risorse e Appropriatezza: dall'intensità alla continuità nelle cure" (E.R.A.)	294.170,00
APUANE	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	SALUTE A CASA	405.961,00
PIANA DI LUCCA	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	Migliorare le Reti Domiciliari. Progetto di Potenziamento dei servizi di continuità Ospedale-Territorio (Mi.Re.Dò.)	466.697,00
			3.364.713,9

I progetti sono tutt'ora in fase di realizzazione e si concluderanno in 2 anni (entro novembre 2019). Per la realizzazione del progetto, i territorio hanno emanato una evidenza pubblica di

manifestazione d'interesse, per la costituzione di un Elenco di operatori per l'erogazione di prestazioni relative ai buoni servizio agli utenti. Inoltre i territori, oltre alle risorse per l'assegnazione dei buoni servizio agli utenti, hanno previsto azioni di rafforzamento del sistema di valutazione dell'Agenzia Continuità Ospedale-Territorio prevedendo il figure professionali dedicate. Ruolo importante dell'Azienda anche nella gestione amministrativa delle risorse.

PROGETTO PRONTO BADANTE

Progetto regionale attivo dal 1/03/2016 e per tutto il 2018 in tutte le Zone-distretto della Toscana con cui la Regione ha deciso di mettere a disposizione delle famiglie toscane un servizio di sostegno rivolto alla persona anziana nel momento in cui si presenta, per la prima volta, una situazione di fragilità. Il progetto è gestito realizzato da soggetti del Terzo settore e del volontariato. Il ruolo delle Zone è di supporto, mettendo a disposizione dell'utenza e dei gestori di tale attività un raccordo con i sevizi. In questo senso sono state attivate sui territorio azioni di sensibilizzazione e conoscenza del servizio così da garantire un ampio coinvolgimento delle persone necessitanti di tale attività.

PROGETTO HCP (HOME CARE PREMIUM ASSISTENZA DOMICILIARE)

Progetto dell'INPS già attivo da vari anni, finalizzato al rafforzamento dell'Assistenza domiciliare per le persone non autosufficienti, rivolto ai dipendenti e ai pensionati pubblici, ai i loro coniugi, parenti o affini di primo grado non autosufficienti. Il progetto HCP intende rafforzare il sistema del welfare integrando gli interventi pubblici destinati alle persone disabili. A questo fine, prevede il coinvolgimento degli Ambiti territoriali sociali e/o di enti pubblici che prendano in carico le persone non autosufficienti residenti sui territori di propria competenza.

Il programma HCP consiste in due tipologie di prestazioni:

- ✓ Erogazione di un contributo economico mensile, denominato prestazione prevalente, da utilizzare quale rimborso delle spese sostenute per l'assunzione di un assistente familiare;
- ✓ Erogazione servizio di assistenza alla persona, la cosiddetta prestazione integrativa, erogata attraverso la collaborazione degli Ambiti territoriali sociali (ATS) ovvero, in caso di inerzia degli Ambiti, da enti pubblici che abbiano competenza a rendere i servizi di assistenza alla persona e che vorranno convenzionarsi. Il progetto in corso si concluderà il 31 dicembre 2018.
- ✓ I territori partecipano in maniera differenziata a seconda di quale sia l'Ambito Territoriale Sociale della Zona. Possiamo comunque riscontrare in ogni Zona/Distretto un ruolo di supporto anche attraverso azioni di sensibilizzazione a favore degli utenti.

Azioni da avviare

PROGETTO PER L'ATTIVAZIONE DI AZIONI INNOVATIVE E SPERIMENTALI AD INTEGRAZIONE DEI PERCORSI ASSISTENZIALI PER LA DEMENZA

Con la DGRT n. 224 del 06/03/2018 la Regione Toscana ha reso noto l'Avviso pubblico a presentare progetti per l'attivazione di azioni innovative e sperimentali ad integrazione dei Percorsi Assistenziali per la demenza. Si tratta di realizzare servizi sperimentali o di Caffè Alzheimer e di Atelier Alzheimer con la finalità di supportare gli anziani e le loro famiglie, nell'ottica del rafforzamento delle reti informali e la creazioni di possibili modelli di servizi a bassa soglia caratterizzati da elementi innovativi. I territori hanno inviato i propri progetti entro il 13/04/2018 e pertanto con l'esito sulle progettualità che la Regione Toscana renderà noto, i progetti dovranno essere realizzati.

Disabilità

La rete dei servizi

Azioni avviate e in corso

PERCORSO DI ATTUAZIONE DEL MODELLO REGIONALE DI PRESA IN CARICO DELLA PERSONA CON DISABILITÀ: IL PROGETTO DI VITA

DGRT n. 1449 del 19 dicembre 2017

In seguito alla delibera regionale 1449/2017 sono state specificate a livello aziendale le principali tappe del Percorso di presa in carico della persona con disabilità, le aree di intervento e le fasi operative, con l'indicazione, per ciascuna di esse, delle azioni e degli strumenti concreti da attivare per la loro realizzazione e la relativa tempistica, per l'attuazione di un modello regionale che possa garantire al cittadino equità e omogeneità di risposte, pur nel rispetto delle specificità di ciascun territorio (delibere aziendali 279 e del 709 2018).

INDIRIZZI AZIENDALI (Delibera DG n. 279 del 13/04/2018)

L'Equipe multidisciplinare di zona, la UVM disabilità, stabile e dedicata è composta da tutte le professionalità sanitarie e sociali che operano nell'area della disabilità, nonché integrata dal medico di medicina generale/pediatra di libera scelta della persona e dalle professionalità specialistiche aziendali necessarie. In sede di prima valutazione, l'UVM disabilità procede alla nomina del case manager. La UVM disabilità, come specificato agli artt. 10 e 11 della l.r. 66/2008, è costituita con atto del Direttore della Società della Salute/ zona distretto, in quanto responsabile della presa in carico, che ne assegna il coordinamento ad uno dei suoi membri. In ciascuna Società della Salute/ zona distretto è costituita una UVM disabilità, alla quale devono essere ricondotte le funzioni dei GOM. La Deliberazione DG n. 279 del 13/04/2018, frutto del lavoro di un gruppo aziendale, ha approvato una procedura, recependo e concretizzando quanto espresso nella DGRT n.1449/2017, con le seguenti attività:

- ✓ costituire a livello aziendale un organismo collegiale e multidisciplinare a cui ricondurre anche le funzioni dei GOIF e il cui coordinamento è affidato al Direttore del Dipartimento dei Servizi Sociali, Non Autosufficienza e Disabilità**,** che provvederà, con successivo provvedimento, all'individuazione dei componenti, in coerenza con gli atti di indirizzo regionali che emergeranno dal gruppo di lavoro sui livelli di governo;
- ✓ costituire a livello zonale in ciascuna Società della Salute/Zona distretto l'UVM disabilità, quale equipe stabile e dedicata, così composta: un Medico ASC, un Infermiere, un Fisiatra e un Assistente Sociale che operano nell'area della disabilità, nonché integrata dal Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta della persona e dalle professionalità specialistiche aziendali necessarie;
- ✓ adottare le schede di valutazione multidimensionale dell'adulto con disabilità realizzate dal gruppo di lavoro;
- ✓ adottare la scheda d'integrazione alla valutazione multidimensionale per le valutazioni delle disabilità gravissime.

Disabilità minori

Per i minori disabili è stato replicato il percorso seguito sulla disabilità adulti, ovvero si è reso necessario istituire un gruppo di lavoro aziendale in accordo con la UFSMIA per la definizione della scheda di valutazione. Al fine di facilitare l'intervento attuativo a livello di zone distretto sarà fondamentale il rafforzamento dei passaggi professionali con Neuropsichiatria. Stante i vari tentativi anche in passato proposti a livello delle precedenti Usl e delle Zone Distretto/SdS in questo delicato passaggio tra la minore età e l'età evolutiva, sarà necessario focalizzare

l'attenzione sulla fase applicativa del percorso delle valutazioni multiprofessionali e trasmissione dei piani personalizzati ai vari professionisti che avranno in carico la persona nella delicata fase dell'età evolutiva e poi della successiva età adulta.

MAPPATURA CDH, RSD E CAP

In considerazione del fatto che l'ultima mappatura regionale elaborata dal MeS per le strutture residenziali e semiresidenziali sulla disabilità risale all'anno 2012, il Dipartimento aggiorna periodicamente il database di tutte le strutture CDH, RSD e CAP presenti sul territorio della Ausl. L'obiettivo è di avere una visione globale di tutte le strutture presenti sulle Zone, per meglio valutare l'allocazione dei servizi sul territorio, anche sulla base dei bisogni espressi dalla popolazione.

La rete dei servizi alternativi e sperimentazione innovative

Azioni avviate e in corso

PROGETTO "SERVIZI DI ACCOMPAGNAMENTO AL LAVORO PER PERSONE DISABILI E SOGGETTI VULNERABILI" (POR FSE 2014-2020 Investimenti a favore della crescita e dell'occupazione ASSE B - inclusione sociale e lotta alla povertà)

Creare un sistema diffuso e articolato di servizi per l'accompagnamento al lavoro di persone disabili e soggetti vulnerabili in carico ai servizi socio-sanitari territoriali attraverso lo sviluppo di percorsi di sostegno all'inserimento socio-terapeutico e socio-lavorativo dei soggetti destinatari attraverso:

- ✓ Valutazione multiprofessionale a partire dal passaggio minori adulti tramite il GOM di riferimento che tenga conto anche di una valutazione delle vocazioni e delle potenzialità della persona valutata
- ✓ Percorsi formativi condivisi con Enti, Aziende, Servizi, Centro per l'Impiego, Terzo Settore che dia una continuità di pre formazione e formazione in un crescendo di nozioni che abilitino in maniera chiara e certificata la persona disabile in linea con le proprie vocazioni e potenzialità legate al livello e alla tipologia di disabilità.
- ✓ Individuare aziende che condividono il percorso di inserimento fin nella fase finale del percorso formativo relativo a stages mirati e garantiscano una forma di inserimento che sia legato al piano formativo e non si trasformi nel corso della reale attività lavorativa all'interno dell'azienda.
- ✓ Adattamento locali delle aziende che decideranno di essere coinvolte nel percorso con possibile sperimentazione di ausili, protesi e diverse ubicazioni logistiche degli impianti produttivi
- ✓ Diversificazione dei percorsi di formazione, occupabilità e occupazione in base alle tipologie di disabilità e al livello di gravità delle medesime.

I progetti sono stati attivati nelle singole Zone nell'ottobre 2016 e hanno una durata di 2 anni.

Di seguito riportiamo lo stato delle attività finora realizzate (quadro della RT):

ZONA	BENEFICIARIO	TITOLO	IMPORTO ASSEGNATO (DDT n. 7781 26/07/2016)	UTENTI BENEFICIARI AL 31/12/2017
VERSILIA	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	VAL.O.RE. - Valutazione, Occupazione, Reti. Reti e percorsi di sostegno al lavoro per persone disabili e vulnerabili	€ 761.097,76	33
LUNIGIANA	SDS LUNIGIANA	In.Lav. - Accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili	€ 191.806,40	11
ALTA VAL DI CECINA	IDEALCOOP SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS	TUTTI A BOTTEGA!	€ 99.999,70	7
VALLE DEL SERCHIO	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	INNESTI – una nuova linfa per la Comunità	€ 269.576,05	12
PISANA	SDS PISANA	Anche noi	€ 694.531,71	40
LIVORNESE	PEGASO NETWORK DELLA COOPERAZIONE SOCIALE TOSCANA	CRISALIDI – Costruire Reti Integrate e Sinergie di Accompagnamento al lavoro inclusivo= Disabilitare le Inoccupabilità	€ 697.205,65	14
VAL DI CORNIA	SDS VALDICORNIA	C.RE.A.RE. Costruire Reti per AccresceRE l'inclusione lavorativa in Val di Cornia	€ 247.789,60	10
BASSA VAL DI CECINA	PEGASO NETWORK DELLA COOPERAZIONE SOCIALE TOSCANA	P.O.L.O Progetti di Orientamento e Laboratori per l'Occupazione	€ 330.013,54	10
VALDERA	UNIONE VALDERA	Invulnerabili-sistema valdera Servizi di accompagnamento al lavoro per persone disabili e soggetti vulnerabili	€ 448.498,96	20
APUANE	AZIENDA USL TOSCANA NORDOVEST	Lavoro in corso…	€ 606.790,40	18
PIANA DI LUCCA	COMUNE DI LUCCA	O.N.D.A. Opportunità Nuove di Accompagnamento	€ 676.828,55	28
			€ 5.024.138,32	

PERCORSI DI DE-ISTITUZIONALIZZAZIONE: PROGETTI SPERIMENTALI

A seguito della DGRT n. 841/2012 che dava avvio alla sperimentazione di un nuovo modello organizzativo in campo riabilitativo assistenziale rappresentato dai Centri Integrati di Servizio, la nuova azienda con Deliberazione DG n. 956 del 31/08/2016 ha costituito il gruppo di lavoro interprofessionale per dare supporto al gruppo di lavoro regionale di cui al punto 2) della sopracitata DGRT. Il gruppo di lavoro interprofessionale ha il compito di monitorare i progetti di de-istituzionalizzazione che sono in corso all'interno delle strutture della Fondazione Casa Cardinal Maffi. Di seguito riportiamo i progetti attualmente in corso:

Progetto Germoglio: DGRT n. 841/2012 costituzione Centri Integrati di Servizio; Delibera DG n. 1006 del 25/10/2017 percorso di de-istituzionalizzazione di soggetti in carico alla CdR-RSD Santa Caterina di Collesalvetti costituzione equipe integrata pubblico-privato e elaborazione percorso di accesso

Progetto Sole: DGRT n. 1194/2015 percorsi assistenziali per adulti inabili Fondazione Casa Cardinal Maffi RSA San Pietro in Palazzi modulazione di nuovi percorsi assistenziali e rimodulazione delle strutture; Deliberazione DG n. 954/2016 costituzione equipe integrata e gruppo di monitoraggio

Progetto Aurora: DGRT n. 464/2012 progetto per la sperimentazione di assistenza sanitaria residenziale alle persone in stato vegetativo o in stato di minima coscienza; Deliberazione DG n. 670/2017 definizione di rapporto contrattuale. Questa progettualità sarà ricompresa tra le strutture previste dalla DGRT n. 309 del 26/03/2018 per pazienti in stato vegetativo o con grave disabilità conseguente a patologia neurologica (SUAP-USV Speciali Unità di Accoglienza Permanente – Unità per stati vegetativi). La struttura è in corso di accreditamento sanitario.

Progetto Luna: percorso sperimentale deliberato dalla SDS Lunigiana con Delibera di Giunta n. 23/2017 progetto sperimentale per percorsi assistenziali ed educativi per adulti inabili.

PROGETTO VITA INDIPENDENTE

Bando nazionale ministeriale e Bando regionale imperniati su progetti personalizzati necessariamente frutto di una valutazione multiprofessionale che viene intesa come un'azione integrata di misure, "sostegni, servizi, prestazioni, trasferimenti in grado di supportare il progetto di vita della persona con disabilità e la sua inclusione, redatti con la sua diretta partecipazione o di chi lo rappresenta, previa valutazione della sua specifica situazione in termini di funzioni e strutture corporee, limitazioni alle azioni e alla partecipazione, aspirazioni, oltre che a valutazione del contesto ambientale nella sua accezione più ampia"- In questo senso è stato richiesto che nei territori coinvolti si disponga di un modello di accompagnamento verso l'autonomia delle persone con disabilità e di presa in carico dei suoi bisogni.

Riportiamo il trend dei beneficiari dei Progetti di Vita Indipendente 2012-2017 come presentato dalla Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria ad un incontro del 16 marzo 2018 relativo alla Disabilità:

MONITORAGGIO VITA INDIPENDENTE REGIONALE – trend 2012 / 2017

Zona distretto	2012	2013	2014	2015	2016	2017	DIFFERENZA 2017-2016
Lunigiana	14	18	18	17	17	16	-1
Apuane	18	23	23	23	23	23	0
Valle del Serchio	8	14	14	14	14	14	0
Piana di Lucca	24	30	29	27	27	32	5
Alta Val di Cecina	2	3	3	3	4	3	-1
Valdera	10	15	14	14	14	14	0
Pisana	16	25	24	23	28	28	0
Bassa Val di Cecina	16	27	27	26	25	25	0
Val di Cornia	21	26	21	19	18	16	-2
Elba	2	2	5	6	6	6	0
Livornese	21	34	33	31	34	34	0
Versilia	25	33	33	32	42	40	-2

PROGETTO GRAVISSIME DISABILITÀ

Dare un sostegno alla permanenza al domicilio della persona con disabilita gravissima, laddove possibile, garantendo risposte eque e omogenee sul territorio regionale, migliorare la qualità di vita promuovendo un percorso di presa in carico globale, centrato sulla persona e sui familiari

Questa azione nella sua applicazione concreta si coordina con l'attuazione della DGRT 1449/2017 prevista come attività nella "rete dei servizi" nell'ambito Disabilità. Si è così cercata una uniformità attuativa all'interno dell'azienda anche nell'attribuzione di modularità del contributo, attraverso la Deliberazione DG n. 279 del 13/04/2018 che prevede la costituzione in ogni Zona/Distretto della UVM Disabilità e le relative schede di valutazione.

Progetto ADA Adattamento Domestico Autonomia personale

Il progetto ha l'obiettivo di orientare e sostenere la persona con disabilità grave e il suo nucleo familiare al fine di migliorare il grado di autonomia all'interno dell'abitazione, attraverso un'azione di informazione e consulenza sulle possibili soluzioni architettoniche, tecnologiche e informatiche, nonché attraverso un contributo economico per l'acquisto di prodotti, attrezzature e/o la realizzazione di opere edili.

Riportiamo nella tabella l'attuale livello di attivazione registrato dalla stessa Regione Toscana al 24/04/2018:

ZONE DISTRETTO	NUMERO ASSISTITI PROGETTO ADA	
Versilia	9	(-)
Bassa val di Cecina	12	10
Bassa Val di Cornia		2
Apuane	16	(-)
Elba	1	(-)
Valle del Serchio	3	(-)
Piana di Lucca	11	(-)
Lunigiana	12	(-)
Pisana	30	(-)
Livornese	22	(-)
Valdera	12	11
Alta Val di Cecina		1

AZIONI DA AVVIARE

PROGETTO DOPO DI NOI (Legge n. 112/2016 - Decreto Interministeriale per i requisiti di accesso al Fondo Dopo di Noi del 21/06/2017)

Promuovere e definire la realizzazione di un sistema diffuso e articolato di servizi finalizzati all'accrescimento dell'autonomia, del benessere e dell'integrazione sociale delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare, ovvero in previsione del venir meno della rete genitoriale e familiare, anche attraverso la definizione, all'interno del progetto di vita personalizzato, delle soluzioni per l'abitare. La definizione del progetto di vita personalizzato dovrà prevedere la partecipazione del beneficiario, in accordo con la sua famiglia/amministratore di sostegno, al fine di favorire così la piena realizzazione delle aspirazioni individuali, evitando, in tal modo, il ricorso all'istituzionalizzazione come pure, nel caso di soggetti già residenti in strutture, favorire, attraverso percorsi di revisione dei progetti di vita personalizzati, ove opportuno, i processi di deistituzionalizzazione.

PROGETTO DI VITA E BUDGET DI SALUTE

Il Progetto di vita è il documento che, a partire dal profilo funzionale della persona, dai bisogni e dalle legittime aspettative, e nel rispetto della propria autonomia e capacità di autodeterminazione, individua quale è il ventaglio di possibilità, servizi, supporti e sostegni, formali (istituzionali) e informali, che possono permettere alla stessa di migliorare la qualità della propria vita, di sviluppare tutte le sue potenzialità, di poter partecipare alla vita sociale, avere laddove possibile una vita indipendente e poter vivere in condizioni di pari opportunità rispetto agli altri

Il budget di salute. Costituisce il paniere di possibilità che la UVM disabilità ha a disposizione per la realizzazione del Progetto di vita della persona e deve ricomprendere tra le altre, le risorse previste a livello previdenziale, quelle previste dai percorsi riabilitativi e assistenziali garantite dai LEA, nonché i pacchetti assistenziali aggiuntivi; tutte le risorse costituite dall'apporto della famiglia adeguatamente sensibilizzata, informata e specificamente formata; le risorse del privato sociale, del volontariato e di tutte le associazioni attrezzate per affrontare le numerosissime forme di disabilità anche a bassa o bassissima incidenza; nonché tutte le risorse che la UVM disabilità può ricercare per il miglioramento delle performance ambientali.

APPROCCIO BIO-PSICO-SOCIALE E ICF

La disabilità è il risultato della interazione tra le condizioni di salute della persona e i fattori ambientali e di conseguenza, qualunque persona in qualunque momento della vita può avere una condizione di salute che in un ambiente sfavorevole diventa disabilità. Il risultato del reciproco influenzarsi delle condizioni individuali (funzioni e strutture corporee, attività - capacità e performance- e partecipazione) e di quelle ambientali (relazioni sociali, servizi, ambiente fisico, ecc.) va a determinare il **profilo di funzionamento** di una persona. Obiettivo di lavoro è quello di definire le aree, gli ambiti di valutazione, all'interno dei domini ICF ma non solo, che concorrono a determinare il profilo di funzionamento e orientare la valutazione.

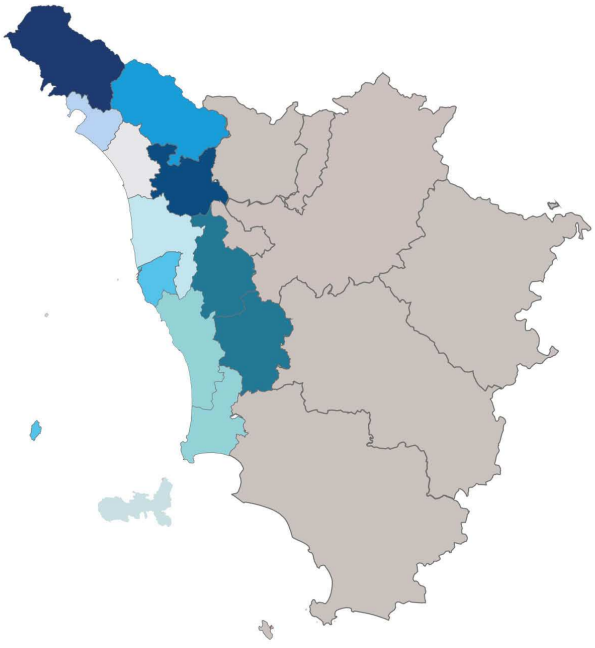
INFORMATIZZAZIONE

Esigenza di informatizzare il percorso della presa in carico e valutazione dei soggetti disabili, con modalità analoga alla non autosufficienza in linea con quanto previsto negli obiettivi generali e specifici della DGRT n. 1449/2017. La possibilità che il casellario dell'assistenza possa dialogare con un sistema informatico adeguato al sistema del SIUS è fondamentale per poter popolare e quindi successivamente interrogare i dati immessi soprattutto per un settore, quale la disabilità, che all'interno della Non Autosufficienza sconta un ritardo nelle schede valutative, nella raccolta e sistematizzazione dei dati di oltre 14 anni rispetto al segmento +65 anni

AZIONI TRASVERSALI DA AVVIARE NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO SERVIZI SOCIALI, NON AUTOSUFFICIENZA E DISABILITA'

PROCEDURA PER IL CONSENSO INFORMATO E LA NOMINA DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO PER SOGGETTI FRAGILI

E' questa una azione fondamentale per arrivare ad un sistema coordinato e rapido sufficientemente uniforme sull'intera azienda. La doverosità del percorso è determinato dagli stessi obiettivi della DGRT n. 1449/2017 e della DGRT n. 370/2010 che intersecano la necessità di individuare in maniera rapida e corretta per i soggetti fragili l'amministratore di sostegno e avere il consenso informato. Nel caso dell'amministratore di sostegno sarà importante far sì che la piattaforma elettronica e le procedure da attuare si integrino anche con i Tribunali, soggetti fondamentali del sistema.



Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FERRI GIAN LUIGI
CODICE FISCALE: TINIT-FRRGLG61S01G489W
DATA FIRMA: 10/10/2018 19:14:35
IMPRONTA: 6330666638333965653863666565313831323662626537646565323963333935643234316236306 3