



## VERBALE N° 2 DELL'ASSEMBLEA DEI SOCI DEL GIORNO 20 MAGGIO 2013

Il giorno 20 mese di maggio 2013 alle ore 16.00 presso gli uffici di COeSO - SdS, siti, in Grosseto, Via Damiano chiesa 7, si è riunita l'Assemblea dei soci come convocata con nota n. 6380 del 13 maggio 2013, che all'inizio della seduta risulta composta come segue:

Nome e cognome	Carica	presente	assente	quote
Bonifazi Emilio	Presidente	X		22.31%
Mariotti Fausto	Direttore Generale Az. USL 9	X		33.33%
Innocenti Giancarlo	Sindaco del Comune di Roccastrada	X		9.31%
Farnetani Giancarlo	Sindaco Comune di Castiglione della Pescaia	X		9.31%
Cavezzini Sabrina	Sindaco del Comune di Scansano		X	9.31%
Luca Ricciardi	Sindaco del Comune di Campagnatico		X	7.12%
Fratini Paolo	Sindaco del Comune di Civitella Paganico	X		9.31%

E' presente il Direttore, dott. Fabrizio Boldrini, che verbalizza ai sensi dell'art. 6 del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva.

Sono invitati e partecipano: il Responsabile UF Servizi tecnico amm.vi dei Coeso Sds, Dott.ssa Marta Battistoni, il Direttore amm.vo della zona distretto grossetana, Dott. Roberto Mantiloni.

Ai sensi dell'art. 12 c. 7 dello Statuto sono invitati i componenti del Collegio sindacale, ivi incluso il Presidente, Dott. Mario Veninata, ed i revisori Ardito Ferroni ed Eligio Macelloni.

Il Presidente dell'Assemblea, constatata la presenza del numero legale di soci previsto per la valida costituzione della seduta ai sensi del vigente Regolamento Assemblea consortile e Giunta esecutiva, dichiara aperta la seduta medesima sul seguente ordine del giorno:

1. Lettura e approvazione verbale della seduta precedente;
2. Convenzione con ASL 9 per affidamento alla SdS di compiti di assistenza per gare riservate alle cooperative di tipo B;
3. Proroga collegio sindacale;
4. Modifica del Regolamento di Organizzazione;
5. Sottoscrizione Patti Territoriali della Zona Grossetana ;

6. Varie ed eventuali.

**2/1. Lettura e approvazione verbale della seduta precedente**

Il Presidente sottopone all'esame dell'Assemblea la bozza di verbale n. 1 relativa alla seduta del giorno 13 maggio 2013.

**L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

dopo averlo esaminato, ne dà approvazione con voto unanime dei rappresentanti degli enti che erano presenti alle relative sedute. I membri non presenti ne prendono atto.

**2/2 Convenzione con ASL 9 per affidamento alla SdS di compiti di assistenza per gare riservate alle cooperative di tipo B**

Il Direttore dà atto che nell'ottica della prosecuzione lungo il percorso dell'integrazione socio sanitaria, intrapreso dalla Regione Toscana e che le autorità locali e la Direzione dell'Asl hanno manifestato di voler continuare a seguire, nella forma giuridica che sarà adottabile agli esiti delle decisioni regionali ad oggi in corso, l'Asl 9 ha attivato la richiesta di assistenza a questo consorzio in ordine alle procedure di gara cosiddette sotto soglia per affidamento di servizi alle cooperative sociali di tipo B. A questo punto lascia la parola al Responsabile UF Servizi tecnico amministrativi, competente per materia ai sensi del regolamento interno del consorzio sui procedimenti Regolamento dei procedimenti, del diritto di accesso e della pubblicità degli atti amministrativi e di gestione art 8 e relativo allegato. Il Responsabile spiega che sarà effettuato uno studio specifico per valutare la fattibilità e l'eventuale istituto giuridico al quale ricorrere per instaurare il rapporto nell'ambito del quale svolgere la suddetta forma di assistenza.

Inoltre richiama la convenzione stipulata tra consorzio e Sds delle Colline Metallifere per il supporto nella gestione di uno sportello immigrati e nell'organizzazione dell'attività connessa in scadenza il 30/06/2013, della cui attivazione proroga la G.E. prendeva atto nella seduta n. 7 del 9/10/2012 e n. 1 del 17/01/2013 e informa che il Consorzio Società della Salute delle Colline Metallifere chiedeva ulteriore proroga fino al 31/12/2013 del rapporto alle stesse condizioni concordate nella convenzione, con nota del responsabile dell'Unità funzione tecnico amministrativa della zona distretto delle Colline Metallifere del 13/03/2013 presente agli atti; infine dà atto che il Direttore ha eseguito valutazione finalizzata ad individuare gli elementi di vantaggio operativo ed economico relativi alla suddetta proroga

**Il Direttore presenta alla G.E. la seguente proposta:**

- dare mandato alle strutture aziendali per attivare lo studio di fattibilità, che dovrà enucleare i vantaggi e le relative modalità tecnico giuridiche per instaurare il rapporto di assistenza per gare riservate alle cooperative di tipo B;
- accettare la richiesta del Consorzio Società della Salute delle Colline Metallifere di proroga fino al 31/12/2013 del rapporto in corso alle stesse condizioni concordate nella convenzione per il supporto nella gestione di uno sportello immigrati e nell'organizzazione dell'attività connessa

**L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

**Preso atto** di quanto esposto dal Direttore

**Udito** l'intervento del Responsabile UF Servizi tecnico amministrativi

**Vito** il regolamento procedimenti Regolamento dei procedimenti, del diritto di accesso e della pubblicità degli atti amministrativi e di gestione art 8 e relativo allegato

- l'art. 15 della 241/1990 e s.m.i. ai sensi del quale in via generale i soggetti pubblici possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune;
- il vigente Statuto con particolare riferimento all'art. 26 c. 1 lett. n) che prevede che il consorzio sia finanziato anche da prestazioni a nome e per conto terzi,

### **Richiamato**

- il combinato disposto dell'art. 31 e l'art. 114 del D.Lgs. 267/2000;
- la L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;
- il D.P.R. 902/1986;
- la convenzione disciplinante l'esercizio in forma associata dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari stipulata tra il Comune di Grosseto, Castiglione della Pescaia, Roccastrada, Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico e la Asl 9 di Grosseto il giorno 22/01/2010;

## **D E L I B E R A**

- 1) dare mandato alle strutture aziendali per attivare lo studio di fattibilità in ordine ai vantaggi e al tipo di rapporto nell'ambito del quale svolgere l'attività di assistenza a favore dell'Asl 9 nelle procedure di gara cosiddette sotto soglia per l'affidamento di servizi alle cooperative sociali di tipo B, subordinando le decisioni del competente organo agli esiti di tale procedura;
- 2) di accettare la richiesta del Consorzio Società della Salute delle Colline Metallifere di proroga fino al 31/12/2013 del rapporto in corso alle stesse condizioni concordate nella convenzione per il supporto nella gestione di uno sportello immigrati e nell'organizzazione dell'attività connessa

<b>2/3 Proroga collegio sindacale</b>
---------------------------------------

Il Direttore

- dato atto che

che secondo il combinato disposto dell'art. 71 quater e 71 nonies c.1 della LRT 40/2005 e smi il collegio sindacale è organo necessario delle società della salute che esercitano direttamente le funzioni gestionali attribuite ai sensi dell'articolo 71 bis, comma 3, lettere c) e d);

che secondo l'art. 71 nonies c. 9 l'attività del collegio sindacale è disciplinata dalla legge e dallo statuto della società della salute;

che ai sensi dell'art. 16 c. 3 dello Statuto il collegio sindacale dura in carica tre anni e può essere riconfermato;

del c. 4 secondo il quale il regolamento di contabilità disciplina le modalità di nomina, revoca e decadenza, applicando, in quanto compatibili, le norme del codice civile relative ai Sindaci delle Società per azioni,

Richiamato l'art. 2400 del C.C., capo V sezione società per azioni, che prevede che i sindaci restino in carica per tre esercizi e cessino il loro mandato alla data dell'assemblea convocata per l'approvazione del bilancio relativo al terzo esercizio della carica;

Richiamato il verbale di assemblea straordinaria dell'azienda consortile denominata "Conorzio per la gestione delle politiche sociali" del 22/01/2010 in cui, formalizzata l'adesione dell'Azienda USL n. 9 di Grosseto al fine di trasformare il COeSO in *COeSO - SDS della zona socio sanitaria grossetana si procedeva all'elezione ai sensi dell'art. 9 del nuovo statuto del collegio sindacale; nominando membri del collegio Sindacale:*

- Mario Veninata
- Ardito Ferroni
- Macelloni Eligio

Dato atto che con la seduta di Assemblea n. 1 del 13/05/2013 è stato approvato il bilancio consuntivo dell'annualità 2012 che costituisce il terzo esercizio della carica del collegio

#### **Il Direttore presenta alla G.E. la seguente proposta:**

- prorogare il collegio sindacale nelle more delle decisioni regionali circa il futuro dell'integrazione socio sanitaria e delle società della salute.

Durante il dibattito che segue il Presidente ed il Sindaco del Comune di Civitella precisano che in punto di diritto ritengono preferibile procedere nella prossima assemblea alla nomina del collegio per la durata prevista dalla normativa applicabile.

#### **L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

**Udito** l'intervento del Direttore e preso atto di quanto esposto

**Ritenuto** di dover decidere al riguardo nell'ambito della propria potestà decisionale, come da art. 16, c. 1 dello Statuto;

**Visto**

- il combinato disposto dell'art. 31 e art. 114 del D.Lgs. 267/2000;
- la L.R.T. 40/2005 e s.m.i.;
- il D.P.R. 902/1986;

- il vigente Statuto;

- la convenzione disciplinante l'esercizio in forma associata dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari stipulata tra il Comune di Grosseto, Castiglione della Pescaia, Roccastrada, Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico e Asl 9 di Grosseto il giorno 22/01/2010;

### **DELIBERA**

1) di non addivenire alla proroga, ma di rinviare alla prossima seduta la nomina del collegio sindacale per la durata prevista dalla normativa applicabile.

<b>2/4 Modifiche al Regolamento di organizzazione approvato dall'Assemblea dei Soci con verbale n. 11 del 27/10/2011</b>
--

Premesso il verbale di G. E. n. 1 del 17/01/2013 avente ad oggetto *Direttive per la gestione del personale nel 2013 e per la revisione della dotazione organica* in cui Venina deliberata l'approvazione dell'omonima relazione;

Per effetto del mandato ricevuto in tale data di procedere all'adozione dei provvedimenti connessi e conseguenti di attuazione del deliberato;

Visto in particolare il punto 3 sezione III della relazione approvata in cui si prevede la costituzione di un'unica Unità Funzionale "Servizi sociali residenziali e territoriali", con soppressione delle due precedenti UU.FF. Servizi Socio-sanitari Integrati e Servizi Socio-sanitari Residenziali, modificando opportunamente il repertorio delle strutture;

Richiamato il verbale n. 1/2013 dell'Assemblea dei Soci ad oggetto la variazione qui presentata;

Visto il Regolamento di organizzazione approvato dall'Assemblea dei soci con verbale n.11 del 27 ottobre 2010 ed il sopraccitato repertorio delle strutture ivi allegato, recante le UU.FF. Servizi Socio-sanitari Integrati e Servizi Socio-sanitari Residenziali;

Dato atto che si provvedeva a dare informativa preventiva alle OO.SS. dell'ipotesi di costituzione di un'unica Unità Funzionale "Servizi sociali residenziali e territoriali", con soppressione delle due precedenti UU.FF.;

Visto l'asseverazione del Collegio dei revisori dei conti del 03/04/2013 al piano di razionalizzazione proposto per l'anno 2013;

### **Ciò detto, il Direttore propone alla G.E. quanto segue:**

- di approvare la modifica al Regolamento di organizzazione approvato dall'Assemblea dei Soci con verbale n. 11 del 27/10/2011, come riportata nella tabella "repertorio delle strutture" qui unita;

- di dare atto pertanto che la tabella qui unita sostituirà integralmente il precedente repertorio delle strutture;

- di dare mandato alle competenti strutture aziendali di provvedere alla pubblicazione permanente del testo del Regolamento di organizzazione come modificato nell'allegato repertorio strutture sul sito internet ufficiale, dando atto della modificazione e dell'atto con cui è intervenuta.

### **L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

**Udito** la proposta del Direttore;

**Rilevata** la propria competenza, art. 8 c1 lett h) del vigente Statuto;

**Visti**

- la LRT n. 40 del 2005 e s.m.i.:

- il combinato disposto dell'art. 31 e l'art. 114 del D.Lgs. 267/2000;

- il D.P.R. 902/1986;

- il vigente Statuto,

- la convenzione disciplinante l'esercizio in forma associata dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari stipulata tra il Comune di Grosseto, Castiglione della Pescaia, Roccastrada, Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico e la Asl 9 di Grosseto il giorno 22/01/2010;

**Richiamato** il verbale di G. E. n. 1 del 17/01/2013

### **DELIBERA**

1) di apportare la modifica al Regolamento di organizzazione approvato dall'Assemblea dei Soci con verbale n. 11 del 27/10/2011, come riportata nella tabella "repertorio strutture" qui unita;

2) di dare atto pertanto che la suddetta tabella qui unita sostituirà integralmente il precedente repertorio delle strutture;

3) di dare mandato alle competenti strutture aziendali di provvedere alla pubblicazione permanente del nuovo testo del Regolamento di organizzazione nell'allegato repertorio strutture sul sito internet ufficiale, dando atto della modificazione e dell'atto con cui è intervenuta.

#### **2/5 Sottoscrizione Patti Territoriali della Zona Grossetana**

Il Presidente ricorda che nella seduta di Assemblea del 13 maggio 2013 i Soci prendevano atto della presentazione dei nuovi patti territoriali come esposta dal Direttore generale dell'Asl 9.

Poi il Direttore generale stesso prende la parola e preliminarmente spiega che è stata elaborata la versione definitiva del documento ed inviata a tutti gli interessati.

I patti territoriali rappresentano oggi un momento significativo e indispensabile di riassetto dell'organizzazione sanitaria da farsi subito, senza indugio, per ottenere quei vantaggi che mettono

in sicurezza il servizio sanitario e devono essere impostati secondo principi e obiettivi recentemente definiti dalla Regione Toscana.

La crisi economica ha comportato una contrazione delle risorse a disposizione dei servizi sanitari e ha posto la necessità di definire una strategia che conservi quanto di positivo è stato fatto e contemporaneamente affronti l'indispensabile riorganizzazione dell'offerta sanitaria secondo le linee individuate dalla Regione Toscana con la delibera di G.R.T. 1235 del 28/12/2012 di una maggiore appropriatezza e ulteriore razionalizzazione dell'offerta ospedaliera e potenziamento ulteriore dei servizi territoriali.

Con la citata delibera la Regione Toscana punta ad una significativa contrazione della spesa grazie alla riduzione dei posti letto e loro tasso di utilizzo, alla trasformazione degli ospedali per specializzazione/missione, contro un maggior investimento sul territorio rafforzando le cure intermedie (necessarie ad una buona dimissione ospedaliera), il governo della cronicità e il maggior coinvolgimento dei medici prescrittori.

Tale strategia viene perseguita con strumenti nuovi, ovvero le AFT e le UCCP per i medici, le case della salute, per quanto attiene ai servizi territoriali.

L'aggregazione funzionale territoriale è un raggruppamento mono professionale di medici di medicina generale, che avrà tra gli altri i compiti di assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG; realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità; valutare i bisogni della popolazione assistita; attuare azioni di *governance* clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili; garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;

L'unità complessa di cure primarie è un'aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i medici di medicina generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale. Dovrà provvedere a: erogazione ai cittadini delle prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA); assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso; fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità.

La casa della salute sarà una sorta di ambulatorio del medico di famiglia "allargato" (team multidisciplinare). In particolare a Grosseto si prevede la riconversione e ristrutturazione di spazi all'interno del PO Misericordia e di spazi all'interno del Presidio territoriale di Villa Pizzetti, dal momento che

In ordine alla riorganizzazione della rete ospedaliera l'obiettivo da perseguire è quello di arrivare a 120 ricoveri per 1000 abitanti.

Per le attività chirurgiche si prevede anche la possibilità di sviluppare forme di mobilità dei professionisti tra le zone con attivazione di specifici ambulatori istituzionali per patologia e forme di integrazione. Tale percorso privilegiato dovrebbe ricondurre i tempi di attesa a valori ottimali.

Infine, il Direttore generale Asl fa presente che non è ancora raggiunto l'obiettivo richiesto dal Mes di coinvolgere i medici di famiglia nella prevenzione

Il Presidente interviene rappresentando l'opportunità di effettuare un'azione di comunicazione dei contenuti dei nuovi patti territoriali, al fine di consentire la partecipazione dei cittadini per far comprendere appieno i cambiamenti imposti dalle modifiche normative regionali e le relative ragioni e a render noto che a fronte della riduzione dei posti letto in ospedale si assiste alla creazione di forme alternative di assistenza.

Il Direttore generale spiega che sarà fatta attività di comunicazione costante, con particolare riferimento anche ai miglioramenti nel campo dell'appropriatezza e riduzione della spesa farmaceutica; sul miglioramento dell'offerta in RSA, sul potenziamento delle cure intermedie.

Il Presidente infine precisa che a seguito della delibera regionale le istituzioni territoriali sono chiamate a riorganizzare l'offerta sanitaria e a sottoscrivere i patti territoriali, ma da tempo insieme alla comunità professionale stanno elaborando il Pis, nell'impossibilità di approvarlo, mancando il Piano integrato regionale; pertanto viene meno il succedersi logico dei processi di programmazione; poichè la programmazione del Piano integrato di salute rappresenta una visione strategica, condivisa dalla comunità, basata sull'individuazione di obiettivi di salute, il lavoro sul Pis svolto finora dovrà essere adeguato a quanto definito nei patti territoriali.

Il Direttore generale ed il Direttore sostengono che il lavoro sul Pis sarà necessariamente adeguato prendendo atto della delibera regionale, ma senza difficoltà per affinità di contenuti, pur nello stallo istituzionale.

Al termine degli interventi, il Direttore pertanto **propone** di

- prendere atto dei patti territoriali già presentati il 13/05/2013 ed allegati e di darne integrale approvazione;
- di rinviare la sottoscrizione formale alla sede competente dell'articolazione zonale.

### **L'ASSEMBLEA DEI SOCI**

**Udito** la proposta del Direttore;

**Rilevata** la propria competenza, art. 8 c1 lett h) del vigente Statuto;

**Visti**

- la LRT n. 40 del 2005 e s.m.i.;
- il combinato disposto dell'art. 31 e l'art. 114 del D.Lgs. 267/2000;
- il D.P.R. 902/1986;
- il vigente Statuto,
- la convenzione disciplinante l'esercizio in forma associata dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari stipulata tra il Comune di Grosseto, Castiglione della Pescaia, Roccastrada, Scansano, Civitella Paganico, Campagnatico e la Asl 9 di Grosseto il giorno 22/01/2010;

**Richiamato** il verbale di Assemblea n. 1 del 13/05/2013

### **DELIBERA**

- 1) di prendere atto dei patti territoriali già presentati il 13/05/2013 ed allegati e di darne integrale approvazione;
- 2) di rinviare la sottoscrizione formale alla sede competente dell'articolazione zonale.

**2/6 Comunicazione del Direttore**

Il Direttore comunica che sarà organizzato un seminario per approfondire il tema della sussidiarietà e la modalità di riscriverla per il giorno 27 o 29 p.v. e chiede al Presidente e al Direttore generale dell'Asl 9 la disponibilità ad essere presenti.

L'Assemblea termina i propri lavori alle ore 17.15

IL PRESIDENTE DELEGATO  
(Emilio Bonifazi)

IL SEGRETARIO  
(Fabrizio Boldrini)

**ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE**

Il presente verbale è stato pubblicato all' ALBO on line del COESO- SDS in copia integrale e sul sito internet dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_ come da attestazione agli atti per 15 giorni consecutivi .

Il Segretario Fabrizio Boldrini



# REPERTORIO DELLE STRUTTURE - REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE

modificato con atto di Assemblea dei Soci n. 2 del 20/05/2013

<b>UNITÀ FUNZIONALE</b> <b>Servizi sociali residenziali e territoriali</b>		
<b>Servizi di base a valenza zonale</b>	<b>Servizi di base a valenza territoriale</b>	
<b>Punto Famiglia</b>	<b>Presidio S.A. di Campagnatico</b>	
<b>Centro affidi</b>	<b>Presidio S.A. di Castiglione d.p.</b>	
<b>Centro adozioni</b>	<b>Presidio S.A. di Civitella P.</b>	
<b>Tribunale minori</b>	<b>Presidio S.A. di Roccastrada</b>	
<b>Centro diurno "Il girasole"</b>	<b>Presidio S.A. di Scansano</b>	
<b>Centro minori</b>	<b>Area anziani Grosseto</b>	
	<b>Area Handicap Grosseto</b>	
	<b>Area minori Grosseto</b>	
	<b>Area Adulti Grosseto</b>	
<b>Servizi di base a valenza zonale</b>		
<b>RSA "Ferrucci"</b>		
<b>RSA "Le sughere"</b>		
<b>Casa Albergo Castiglione</b>		
<b>Accesso e valutazione non autosufficienza anziani</b>		
<i>n.b. in relazione al controllo di gestione classificati come centri di costo diretto</i>		
<b>Servizi di base a valenza aziendale</b>	<b>A valenza interorganizzativa</b>	
	<b>Servizio sociale professionale</b>	
<b>Educatori ed educatori di comunità</b>		
<i>n.b. in relazione al controllo di gestione classificato come centro di costo sussidiario</i>		
<b>UNITÀ FUNZIONALE</b> <b>Servizi socio educativi</b>		
<b>Servizi di base a valenza zonale</b>	<b>Servizi di base a valenza territoriale</b>	
<b>Info - Immigrati</b>	<b>P.dio di pubblica lettura Roccastrada</b>	
	<b>P.dio di pubblica lettura Ribolla</b>	
	<b>P.dio di pubblica lettura Scansano</b>	
	<b>Asili nido Roccastrada</b>	
	<b>Asili nido Scansano</b>	
	<b>CIAF stagionali Scansano</b>	
	<b>CIAF stagionali Roccastrada</b>	
	<b>CIAF stagionali Grosseto</b>	
	<b>CIAF stagionali Castiglione</b>	
	<b>CIAF stagionali Civitella P.</b>	
	<b>CIAF stagionali Campagnatico</b>	
	<b>Servizi associati l.r. 40/02 (Civ.</b>	

	Cast.Camp.)	
	Sportello socio educativo R.da	
	Sportello socio educativo C.lla	
<i>n.b. in relazione al controllo di gestione classificato come centro di costo diretto</i>		

**UNITÀ FUNZIONALE**  
**Servizi tecnico amministrativi**

<b>Servizi di base A valenza aziendale</b>	<b>A valenza interorganizzativa</b>	
Gestione atti amm.tivi e ass. organi	Servizi tecnici e sicurezza sul lavoro	
Contabilità generale	Servizi amministrativi	
Ufficio personale		
Ufficio tutele		
Ufficio acquisti		
Ufficio Protocollo		
<i>n.b. in relazione al controllo di gestione classificato come centro di costo indiretto</i>		

**UNITA' OPERATIVA**  
**Staff alla direzione e agli organi**

<b>Servizi di base A valenza aziendale</b>	<b>A valenza interorganizzativa</b>	
Controllo di gestione e con.lità analitica		
Statistica		
Sistema informativo		
Innovazione e ricerca finanziamenti		
Relazioni sindacali		
Comunicazione		
Formazione		
<i>n.b. in relazione al controllo di gestione classificato come centro di costo sussidiario</i>		

**UNITA' OPERATIVA**  
**Staff alla direzione e agli organi**  
**UFFICIO DI PIANO**

<b>Servizi di base A valenza zonale</b>	<b>A valenza interorganizzativa</b>	
	Gruppo di progetto	
Laboratori con terzo settore		
<i>n.b. in relazione al controllo di gestione classificato come centro di costo sussidiario</i>		



## ***PATTO TERRITORIALE AREA GROSSETANA***

**NUOVO PATTO TERRITORIALE**

**Area grossetana**

**2013**

### Premessa

Il precedente “**Patto Territoriale dell’area grossetana**”, sottoscritto il 3 dicembre del 2008 poggiava su due fondamentali progetti: la riconversione dell’Ospedale Misericordia secondo la nuova organizzazione basata sull’ intensità di cura e la (conseguente) riorganizzazione del territorio basata sul progetto regionale sulla non autosufficienza e la costruzione della Società della salute. I due fondamentali progetti sono stati sostanzialmente realizzati, anche se con tempi e modalità non esattamente eguali a quelle immaginate.

Oggi, però, l’esito della crisi economica, che ha comportato una significativa contrazione delle risorse a disposizione dei servizi sanitari, e il superamento delle società della salute come strumento di raccordo tra poteri territoriali, pone ai soggetti sottoscrittori del nuovo patto la necessità di definire una strategia che conservi quanto di positivo è stato fatto e contemporaneamente affronti la indispensabile riorganizzazione dell’offerta sanitaria e della sua organizzazione secondo le linee individuate dalla Regione Toscana con la delibera di G.R.T. 1235 del 28/12/2012.

Con la citata delibera la Regione Toscana, a fronte del drammatico ridimensionamento delle risorse statali, prova a mettere in sicurezza il sistema sanitario toscano e le sue riconosciute e significative *performance*, secondo una strategia che punta ad una significativa contrazione della spesa grazie alla ulteriore razionalizzazione dell’offerta ospedaliera (posti letto e loro tasso di utilizzo) contro un maggior investimento sul territorio rafforzando le cure intermedie (necessarie ad una buona dimissione ospedaliera) il governo della cronicità e il maggior coinvolgimento dei medici prescrittori. Strumenti fondamentali di questa strategia territoriale sono le AFT e le UCCP per i medici, le case della salute l’estensione del CCM.

In sostanza come si vede, non cambia la filosofia di fondo anche del precedente patto: maggiore appropriatezza e ulteriore razionalizzazione dell’offerta ospedaliera e potenziamento ulteriore dei servizi territoriali; solo che in conformità della fase la stessa strategia si persegue con strumenti nuovi. Ovviamente tutto questo non significa perdere quanto si è costruito in questi anni sia nell’ospedale (sostanzialmente organizzato per intensità di cura) sia nel territorio dove si è raggiunto un significativo potenziamento dell’offerta, della loro integrazione con il resto dei servizi pubblici socio assistenziali, e con una maggiore consapevolezza di tutti della indispensabile *programmazione* integrata che persegua in primo luogo obiettivi di salute.

Al fine di apprezzare la continuità logica e razionale nel declinare il nuovo patto è opportuno ricordare gli elementi fondamentali del patto precedente:

### Territorio

- Punto Unico di Accesso (PUA), Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), protocolli ospedale territorio per le dimissioni difficili [realizzati]
- Sperimentazione Unità di Medicina generale (UMG)- Definizione del budget di Zona-Distretto - Informatizzazione e sviluppo tecnologico integrati zona distretto [parzialmente realizzati]
- Continuità Assistenziale- potenziamento cure intermedie (posti letto territoriali)- potenziamento offerta non autosufficienza domiciliare, diurna e residenziale, con abolizione delle liste di attesa nelle RSA [realizzati]
- Potenziamento delle aree: Consultoriale, prevenzione e tutela del disagio Assistenza socio-sanitaria in carcere [realizzati]

### Ospedale

- La trasformazione della organizzazione ospedaliera secondo il modello di intensità di cura e conseguenti rimodulazioni di offerta e organizzazione [sostanzialmente realizzato]
- La realizzazione del nuovo DEA suddiviso in due macroaree, una per gli adulti e l'altra pediatrica oltre ad ambienti dedicati alla traumatologia ortopedica con sala gessi;
- L'attivazione della Discharge Room
- L'attivazione del centro di endoscopia (digestiva e broncologica)
- E' stato definitivamente messo a regime il sistema RIS- PACS al fine di potenziare le attività di teleconsulto e tediagnosi mediante la trasmissione digitale delle immagini tra i PP.OO. aziendali
- Ha preso avvio il progetto di gestione integrata con il territorio per quanto attiene il percorso nascita, l'attività consultoriale, l'attività di preparazione al parto e l'assistenza a domicilio nel post-parto
- L'area dell'Innovazione biotecnologica e scientifica: la Robotica

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

- Percorsi organizzativi alternativi al ricovero attraverso la creazione di Day service: quello relativo al "nodulo mammario" e quello della "Trombosi Venosa Profonda", cui si sono recentemente aggiunti quello per la "RMN Pediatrica" e quello per le "Epatopatie"
- E' stata implementata la centralizzazione della Diagnostica di laboratorio ed è stato implementato il progetto d'informatizzazione per accelerare i tempi di risposta per alcune tipologie di esami
- Sviluppo del progetto di informatizzazione delle sale operatorie attraverso la creazione dell'Ufficio di Programmazione Chirurgica e del Registro Unico di Prenotazione;
- Nell'ambito dell'A.F. Diagnostica per Immagini si è sviluppata l'attività di angiografia interventistica
- E' stato creato il polo ambulatoriale medico polispecialistico
- Sono stati realizzati lavori di ristrutturazione/ampliamento dell'obitorio
- E' stata implementata la dotazione tecnologica della Diagnostica per Immagini mediante l'acquisizione di una nuova TAC 16 slices per la Neuroradiologia e 64 slices per la Radiodiagnostica, oltre che una RMN 1,5 Tesla per lo studio delle piccole articolazioni
- È stato ampliato il parcheggio Ospedale di Grosseto mediante allestimento nuovi spazi nella zona retrostante (lato obitorio)

### **Cambiare l'organizzazione sanitaria mentre programmiamo il futuro.**

Siamo chiamati a sottoscrivere i nuovi patti territoriali mentre da tempo le istituzioni locali, la comunità professionale, la direzione aziendale e il volontariato stanno elaborando il PIS (Piano Integrato di salute). Le due azioni non sono in contraddizione; certo che se il PIS fosse già stato approvato avremmo avuto un succedersi logico dei processi di programmazione (visione strategica, PAL, Patti territoriali), ma i tempi della azione regionale sono stati sconvolti dalla crisi repentina e virulenta e, mentre ancora non possiamo approvare il PIS locale (mancando il Piano integrato regionale), ci troviamo di fronte alla incombente necessità di riorganizzare rapidamente l'offerta sanitaria.

Come è noto la programmazione del Piano integrato di salute si caratterizza per non essere una programmazione operativa immediata, ma per rappresentare invece una visione strategica, condivisa dalla comunità, basata sulla individuazione di obiettivi di salute; cioè il PIS si caratterizza per la ricerca scientifica dei principali fattori di rischio nella organizzazione della società e negli stili di vita della popolazione, individuando di conseguenza obiettivi comuni di miglioramento di questi fattori.

Ovviamente anche la produzione di servizi potrà nel futuro essere influenzata da questa visione (ed ecco l'opportunità di revisionare i patti nel futuro), ma oggi le istituzioni e la comunità organizzata devono saper cogliere la riorganizzazione della produzione di servizi come una fase importante della strategia per garantire salute in tutte le politiche pubbliche comprese quelle che in qualche misura orientano i comportamenti dei cittadini.

Quindi i patti territoriali rappresentano oggi un momento significativo e indispensabile di un riassetto della organizzazione sanitaria da farsi subito, senza indugio, per ottenere quei vantaggi che mettono in sicurezza il servizio sanitario e devono essere impostati secondo principi e obiettivi recentemente definiti dalla Regione Toscana.

### La Delibera G.R.T. 1235 del 28/12/2012 e piano operativo 2013

#### **Introduzione: sintesi dei principali indirizzi della DGRT 1235/2012**

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

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

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

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

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

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

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

### TERRITORIO, OSPEDALE, RESIDENZIALITÀ

#### 1 – Il nuovo ruolo del territorio

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

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

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

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

#### Le AFT del Distretto grossetano

**AFT:** Aggregazione Funzionale Territoriale, ai sensi dell'ACN e della L. 189/12, è un raggruppamento funzionale, mono professionale di Medici di Medicina Generale.

La dimensione di riferimento di un'AFT è di norma di 30.000 assistiti ed è composta da un numero di Medici non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria. Tra i compiti principali dell'AFT figurano:

- assistere, nelle forme domiciliari ed ambulatoriali, la popolazione che è in carico ai MMG che la compongono;
- realizzare i progetti di sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità;
- valutare i bisogni della popolazione assistita;
- attuare azioni di *governance* clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili;
- rappresentare il nodo centrale per garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio;
- sviluppare un sistema di relazioni tra tutti i professionisti del sistema, che responsabilizzando i soggetti, assicuri la continuità di cura degli assistiti, nell'ottica di quanto previsto dalla DGRT 1038/2005; partecipare a iniziative di formazione e ricerca, funzionali alla sperimentazione di modelli organizzativi, all'organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, alla costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
- partecipare ed implementare attività di prevenzione sulla popolazione, coordinandosi con la Medicina di Comunità e il Dipartimento di Prevenzione;

Insistono nel distretto grossetano 79 medici di base attualmente organizzati in 7 équipe territoriali (*Castigliane della Pescaia 5 medici; Civitella-Paganico 2; Grosseto 59 in 4 équipe; Roccastrada 8; Scansano 3*) a questi si aggiungono i medici delle tre postazioni di continuità assistenziale (guardia medica). Per effetto della nuova normativa regionale, come si è visto, in sede di comitato aziendale per la medicina generale è stato raggiunto l'accordo per costruire 4 AFT (chiamate EST, OVEST, NORD e SUD). Si tratta dell'agglomerato già esistente a livello cittadino a cui sono stati aggregati i medici dei comuni periferici, appunto Roccastrada e Paganico alla Nord, etc. A questi medici sono stati aggregati i medici di continuità assistenziale. Entro il mese di maggio le quattro AFT sono chiamate a eleggere i loro coordinatori tra i medici afferenti e la nomina sarà recepita dall'Azienda con atto formale.

**UCCP:** l'Unità Complessa di Cure Primarie è un aggregazione strutturale multi-professionale di cui fanno parte i Medici di Medicina Generale insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, sociali ed amministrativi che opera, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale, in sede unica o con una sede di riferimento. Tra i compiti principali dell'UCCP figurano:

- Erogare ai cittadini le prestazioni previste dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)
- Erogare assistenza sanitaria e diagnostica di 1° livello anche al fine di ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso
- Mettere in atto i principi del chronic care model (CCM) tipo expanded e della sanità di iniziativa per la presa in carico globale del paziente cronico ed effettuare tutte le attività tipiche della prevenzione primaria e secondaria
- Raccordarsi con l'AFT per quanto riguarda la gestione del budget assegnato e degli obiettivi da raggiungere
- Fornire prestazioni sociosanitarie integrate, con particolare riguardo alla domiciliarità e residenzialità, nell'ambito degli obiettivi concordati dall'Azienda con l'AFT, con l'obiettivo, in questo caso, di ridurre al minimo la necessità di istituzionalizzare i cittadini.
- Garantire una presa in carico dei pazienti per le problematiche sanitarie non differibili per tutto l'arco della giornata

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

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

In questo scenario assumerà maggior rilievo il ruolo del Medico di Comunità, appartenente alla UF Cure Primarie, organizzatore nell'ambito distrettuale del sistema al

quale sono affidati la promozione ed il mantenimento dell'integrazione fra tutti i professionisti sopra descritti, in linea con quanto previsto dalla deliberazione della Giunta regionale n. 1205 del 21 dicembre 2009.

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

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

Per quanto attiene alle scelte operative, dovrà essere ulteriormente sviluppata la Sanità di Iniziativa, quale approccio organizzativo che assume il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si aggravi, prevedendo ed organizzando le risposte assistenziali adeguate. Essa affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici, prendendo come riferimento il modello operativo dell'*Expanded Chronic Care Model*, basato sulla interazione tra il paziente reso esperto da opportuni interventi di formazione e di addestramento ed il team multiprofessionale composto da MMG, infermieri e operatori sociosanitari.

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

Ciò implicherà:

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

### **Le case della salute**

Per poter realizzare gli obiettivi regionali definiti con gli atti del dicembre u.s. in cui si delinea una profonda riorganizzazione del sistema sanitario regionale è importante che negli ambiti distrettuali, si definiscano, oltre alle nuove forme organizzate di aggregazione tra i medici, strutture sanitarie che qualifichino il distretto come “Distretto Forte”, ben riconoscibile dai cittadini, in grado di trasmettere fiducia sulla qualità e la sicurezza dei servizi erogati, offra garanzie sulla continuità nell’assistenza tra ospedale e territorio, dove si garantisca l’integrazione socio-sanitaria.

Nell’ambito distrettuale grossetano ci sono le condizioni per realizzare, nelle forme delineate e con le garanzie delineate due Case della Salute; cioè attrezzare due strutture (a Ovest e a Est della città) che possano garantire sul piano organizzativo e strutturale tutte le caratteristiche di idoneità e conformità necessarie.

### **Casa della Salute Est**

Riconversione e ristrutturazione di spazi all’interno del PO Misericordia.

La costruzione del padiglione dell’alta intensità consentirà di trasferire dall’attuale struttura ospedaliera i posti letto specialistici necessari ai futuri fabbisogni provinciali di alta specialità. Ciò faciliterà il percorso di riorientamento dell’attuale struttura ospedaliera verso servizi più diretti alla media e bassa intensità assistenziale.

L’utilizzo dei piani dell’edificio dovrà pertanto essere rivisitato al fine di sviluppare in tali ambienti servizi di tipo ambulatoriale a maggiore complessità assistenziale anche di tipo specialistico integrato, quali le cure intermedie, l’hospice, le attività di riabilitazione, gli ambulatori specialistici anche territoriali, tutto ciò in collegamento con i settori ospedalieri destinati ai post-acuti.

Al termine dei lavori di ristrutturazione dell’area della Medio-bassa intensità ubicata al sesto piano della struttura ospedaliera è ipotizzabile il trasferimento dell’area della Medio-alta (setting L), attualmente ubicata al piano piastra, al primo piano del P.O. liberando in tal modo spazi ove trasferire gli ambulatori specialistici del Polo Ambulatoriale Medico, attivando negli spazi liberatisi, in area limitrofa, ambulatori per MMG e altre figure professionali necessarie per la realizzazione di una Casa della Salute della zona est di Grosseto.

L’individuazione della sede ha tenuto conto delle indicazioni fornite rispetto alla priorità di programmazione su strutture pubbliche esistenti con garanzia di polifunzionalità della sede stessa, presenza di connettività, possibilità di prenotazione CUP, spazi per la specialistica e naturalmente la presenza dei MMG in forma aggregata.

Già ad oggi sono presenti, nella sede, i servizi di prenotazione (CUP) sia per la diagnostica strumentale che per la specialistica.

Sono inoltre presenti gli ambulatori specialistici.

La presenza dei MMG all’interno della struttura consentirà di sviluppare gli strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale dei cittadini.

In particolare saranno adottati strumenti di condivisione informatizzata delle cartelle cliniche dei pazienti in carico ai MMG attraverso il potenziamento della rete informatica sul territorio.

## **PATTO TERRITORIALE AREA GROSSETANA**

Sarà garantita una copertura territoriale ottimale delle diverse tipologie di servizi, personale impiegato e orari di apertura al pubblico.

Sarà possibile effettuare una revisione dei percorsi assistenziali nell'ottica della presa in carico integrata del paziente affetto da patologie croniche, in particolare implementando il modello della sanità di iniziativa.

E' stato previsto anche l'adeguamento dei posti letto per le Cure Intermedie nel PO in modo da garantire in maniera efficace la continuità fra Ospedale e Territorio.

La realizzazione di una equipe multiprofessionale favorirà l'integrazione fra professionisti territoriali ed ospedalieri al fine di evitare le possibili criticità nel percorso assistenziale.

L'adozione di strumenti di governo (scheda di budget individuale) da parte dei singoli MMG consentirà un appropriato monitoraggio sull'uso delle risorse sia farmaceutiche che di diagnostica strumentale e di altri capitoli di spesa a maggior impatto economico (trasporti sanitari, protesica, ADI, ADP, ecc.) al fine del contenimento della spesa all'interno dei parametri di riferimento.

### **Casa della Salute Ovest**

Riconversione e ristrutturazione di spazi all'interno del Presidio territoriale di Villa Pizzetti.

Sono previsti lavori di ristrutturazione per la realizzazione di idonei spazi per gli ambulatori dei MMG e delle altre figure professionali necessarie per la realizzazione di una Casa della Salute della zona Ovest di Grosseto.

L'individuazione della sede ha tenuto conto delle indicazioni fornite rispetto alla priorità di programmazione su strutture pubbliche esistenti, facilmente disponibili. Ovviamente la garanzia di polifunzionalità della sede stessa, la presenza di connettività, la facilità con cui predisporre i servizi di prenotazione CUP, sono i criteri che la fanno preferire rispetto alla costruzione/allestimento di nuove sedi.

La presenza dei MMG all'interno della struttura consentirà di sviluppare gli strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico globale dei cittadini.

In particolare saranno adottati strumenti di condivisione informatizzata delle cartelle cliniche dei pazienti in carico ai MMG attraverso il potenziamento della rete informatica sul territorio.

Sarà garantita una copertura territoriale ottimale delle diverse tipologie di servizi, personale impiegato e orari di apertura al pubblico.

Sarà possibile effettuare una revisione dei percorsi assistenziali nell'ottica della presa in carico integrata del paziente affetto da patologie croniche, in particolare implementando il modello della sanità di iniziativa.

La realizzazione di una equipe multiprofessionale favorirà l'integrazione fra professionisti territoriali ed ospedalieri al fine di evitare le possibili criticità nel percorso assistenziale.

L'adozione di strumenti di governo (scheda di budget individuale) da parte dei singoli MMG consentirà un appropriato monitoraggio sull'uso delle risorse sia farmaceutiche che di diagnostica strumentale e di altri capitoli di spesa a maggior impatto economico (trasporti sanitari, protesica, ADI, ADP, ecc...) al fine del contenimento della spesa all'interno dei parametri di riferimento.

La progressiva costruzione di due case della salute porterà al superamento dell'attuale collocazione dei servizi distrettuali in via Don Minzoni, con il mantenimento quindi delle previsioni del "patto" precedente.

**Ovviamente all'interno delle due case della salute dovranno trovare collocazione tutti i servizi oggi garantiti in Via Don Minzoni, compresi quelli che non è opportuno**

scindere (come il punto Insieme e soprattutto la UVM) per cui sarà decisa la sua collocazione in ragioni di opportunità organizzative e logistiche.

Le modalità organizzative e gestionali che garantiscono oggi la integrazione socio sanitaria (punti di accesso unitari tra sociale e sanitario, funzioni multidisciplinari, erogazioni di prestazioni integrati come nei PAP, nelle prestazioni agli utenti disabili etc.) saranno ovviamente garantite nelle case della salute così come oggi nel presidio distrettuale.

Di seguito si riporta la tabella con la situazione a regime per il Distretto Grossetano.

Distretto	Offerta Case della Salute	Realizz. 2013	Realizz. 2014	Tot
Distretto Grosseto	1 CdS a est della Città 1 CdS a ovest della Città	0	2	2

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

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

- Presidio di Campagnatico
- Presidio di Castiglione della Pescaia
- Presidio di Paganico
- Presidio del Pizzetti
- Presidio di Marina di Grosseto
- Presidio di Scansano
- Presidio di Barbanella
- Presidio di Roccastrada
- Presidio di Ribolla
- Presidio di Civitella Paganico
- Presidio di Sassofortino
- Presidio di Torniella

Presidi stagionali:

- Presidio di Punta Ala (solo apertura estiva)
- Presidio di Principina a Mare (solo apertura estiva)

### PROGETTAZIONE DI PL PER CURE INTERMEDIE CON RIFERIMENTO AI PARAMETRI REGIONALI

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

In attesa di recepire le indicazioni regionali rispetto alla corretta ed uniforme definizione delle Cure Intermedie abbiamo operato tenendo in considerazione la seguente definizione:

*“un setting di degenza ad alta intensità assistenziale infermieristico/riabilitativa in grado di garantire la continuità assistenziale nei pazienti dimessi dall'ospedale, in condizioni di stabilità clinica, ma non ancora in grado di tornare al proprio domicilio per motivi sociali o sanitari, o non in grado di*

*rimanere al proprio domicilio a causa di una malattia intercorrente che tuttavia non richiede un ricovero ospedaliero”.*

La declinazione degli interventi, così come richiesto, tiene conto delle azioni che potranno trovare una concreta realizzazione entro una annualità e non prende in considerazione progettualità (anche già in essere) di opere che richiedono tempi oltre i due anni.

### Programmazione in ambito aziendale

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

### Indicatori ed obiettivi specifici aziendali

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

### Situazione attuale nella sede di Grosseto e programmazione 2013

Nel presidio di Grosseto è in via di attuazione la riconversione di pl dedicati al ricovero ordinario che saranno trasformati in pl di Cure Intermedie per la realizzazione di un modulo di 16 pl di cui:

- 14 di Ospedale di Comunità,
- 2 di Hospice.

PO	Ospedale di Comunità		Hospice		PL ex art. 26		Totale		Totale a regime entro 2013
	Attuali	previsti	Attuali	previsti	Attuali	previsti	Attuali	previsti	
PO Grosseto	18	14	8	2	0	0	26	16	42

**CRONOPROGRAMMA**

<b>CRONOGRAMMA 2013</b>	febbraio	marzo	aprile maggio	giugno luglio	agosto settembre	ottobre novembre e dicembre	gennaio	febbraio marzo aprile	aprile maggio giugno luglio	agosto settembre e ottobre novembre	dicembre	Gennaio
Sviluppo sistema delle Cure Intermedie (sub obiettivo 1.6)												
<b>Progettazione aziendale</b>												
<b>Obiettivi Distretto 4</b>												
Riconversione e ristrutturazione di spazi all'interno del presidio di Grosseto												

### **2 - La riorganizzazione della rete ospedaliera**

Specularmente all'organizzazione territoriale, anche quella ospedaliera deve evolvere verso la ricerca di un nuovo equilibrio tra qualità delle cure e sostenibilità del sistema.

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

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

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

Nel ridisegno complessivo, l'area medica ospedaliera, che mantiene il complesso delle proprie funzioni, deve riuscire a coprire con continuità e sicurezza lo spazio fisico e culturale tra urgenza medica e complessità del paziente fragile, mentre quella chirurgica deve superare la sua attuale connotazione eccessivamente generalista in base alla quale la casistica relativa alle varie tipologie di intervento tende a disperdersi numericamente tra le chirurgie di tutti i presidi. La qualità in ambito chirurgico è notoriamente legata anche alla casistica trattata da ciascun professionista, è pertanto logico analizzare i dati relativi alla distribuzione degli interventi nelle varie strutture ospedaliere, oltre a rivedere i percorsi attuali, per promuovere strategie di "orientamento chirurgico" tali da potenziare la produzione complessiva e ridurre i tempi di attesa.

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

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

Per superare questa criticità è necessario individuare dei percorsi ambulatoriali sulla base sia della prevalenza epidemiologica di alcune patologie che sulla criticità delle stesse, e predisporre delle aree ambulatoriali ad hoc in cui professionisti appartenenti ad ambiti disciplinari diversi possano in parallelo mettere a disposizione le proprie competenze su cluster di pazienti selezionati. Per le attività chirurgiche si prevede anche la possibilità di sviluppare forme di mobilità dei professionisti tra le zone con attivazione di specifici ambulatori istituzionali per patologia. Tale percorso privilegiato dovrebbe ricondurre i tempi di attesa a valori ottimali consentendo all'equipe, di prendere in carico il paziente dall'inizio del percorso di programmazione chirurgica, passando all'effettuazione dell'intervento nella sede appropriata fino ai controlli post operatori.

### Previsione distribuzione posti letto per Area

TIPOLOGIA	AREA	STRUTTURE AFFERENTI	POSTI LETTO / POLTRONE	REGIME PRESA IN CARICO
RICOVERO ORDINARIO E DIURNO	Terapie Intensive	Terapia Intensiva, UTIC, Subintensiva polivalente Subintensiva neonatale	34	Ricovero ordinario
	Chirurgica	Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Vascolare, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia	103 (di cui 21 di w.s.)	Ricovero ordinario
			12	Ricovero DS
	Medica	Medicina, Pneumologia, Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Riabilitazione, Gastroenterologia, M.Infettive, DH Oncologico	104	Ricovero ordinario
			21	Ricovero DH
	Materno-Infantile	Pediatria, Ostetricia Culle	37	Ricovero ordinario
			25	Ricovero ordinario
UF Salute Mentale Adulti	SPDC	6	Ricovero ordinario	
<b>Sub- Totale Posti Letto</b>			<b>342</b>	
Area ambulatoriale	Chirurgica	Chirurgia Generale, Ortopedia e Traumatologia, Chirurgia Vascolare, Oculistica, ORL, Urologia, Ginecologia	6	Ambulatoriale
	Medica	Dialisi	23	Ambulatoriale
	dei Servizi	Immunoemetologia e trasfusione di sangue	7	Ambulatoriale
Area pre e post ricovero	Emergenza / Urgenza	Pronto Soccorso	12	Osservazione breve intensiva
	Discharge room	4 posti letto + 5 poltrone	9	
<b>Sub – Totale Posti Letto tecnici</b>			<b>57</b>	
CURE INTERMEDIE	Territoriale	Hospice	10	Ricovero cure intermedie
	Territoriale	Ospedale di Comunità	32	Ricovero cure intermedie
<b>Sub – Totale Posti Letto</b>			<b>42</b>	
<b>Totale Generale</b>			<b>441</b>	

Si evidenzia che la distribuzione dei posti letto può subire variazioni in base ai bisogni espressi della popolazione.

### Creazione di ospedali focalizzati sulla bassa e media complessità

Applicando le indicazioni della D.G.R.T. 1235/12 in merito alla redistribuzione delle attività in base a criteri di “competenza” ed ai volumi minimi definiti per alcune tipologie di prestazioni, l'Azienda deve procedere nei prossimi anni ad allinearsi agli indirizzi regionali e di area vasta, riattribuendo la casistica sui parametri indicati e riorganizzando sempre più gli ospedali per gruppi di patologie. In ragione di ciò, per il momento, si prevede Grosseto come un ospedale specializzato per alcuni tipi di patologia ortopedica e chirurgica a medio/alta intensità di cura, su cui dovrebbe convergere anche parte della

domanda delle altre zone, generando così percorsi di cura caratterizzati da alti volumi, alta standardizzazione e rapidità della risposta.

In particolare dovrebbe convergere sul P.O. grossetano la patologia traumatologica ortopedica maggiore (con particolare riferimento alla frattura di femore ed alle fratture diafisarie) e la patologia maggiore oncologica addominale e non.

Le risorse, in termini sia di posti letto sia di ore di sala operatoria necessarie a far fronte a tali incrementi di produzione, possono essere trovate attraverso la progressiva riduzione degli interventi per patologia flebologica, proctologica ed ortopedica su mano e piede che possono essere indirizzati, nella logica del Focus Hospital, sugli altri PP.OO. aziendali, così come deve essere considerata l'associazione della contestuale riduzione degli interventi programmati per protesi di anca, ginocchio, e per patologia articolare del ginocchio da trattare prevalentemente con tecniche di artroscopia, che verranno focalizzati sul P.O. di Orbetello.

Una quota parte degli interventi oggetto di questo progetto sarà comunque mantenuta anche sul Presidio Misericordia di Grosseto in modo da garantire il mantenimento dell'expertise utile per la gestione di eventuali casi urgenti che dovessero arrivare al Presidio principale dell'azienda.

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

Anno	2010	2011	2012	A regime	Variazioni casistica
<b>Ricovero</b> (Fonte dato: SDO)	7.914	7.496	7.569	7.660-7.670	+ <i>traumatologia maggiore d'urgenza</i>
<b>Chirurgia Amb.</b> (Fonte dato: GEOS)	4.198	3.920	4.128	3.960-3.970	+ <i>patologia maggiore oncologica addominale</i> - <i>patologia della mano e del piede</i>
<b>Totale</b>	<b>12.112</b>	<b>11.416</b>	<b>11.697</b>	<b>11.620-11.640</b>	- <i>protesi d'anca e ginocchio</i> - <i>patologia proctologica</i> - <i>patologia flebologica</i>

### Riconversione e ristrutturazione di spazi all'interno del presidio di Grosseto

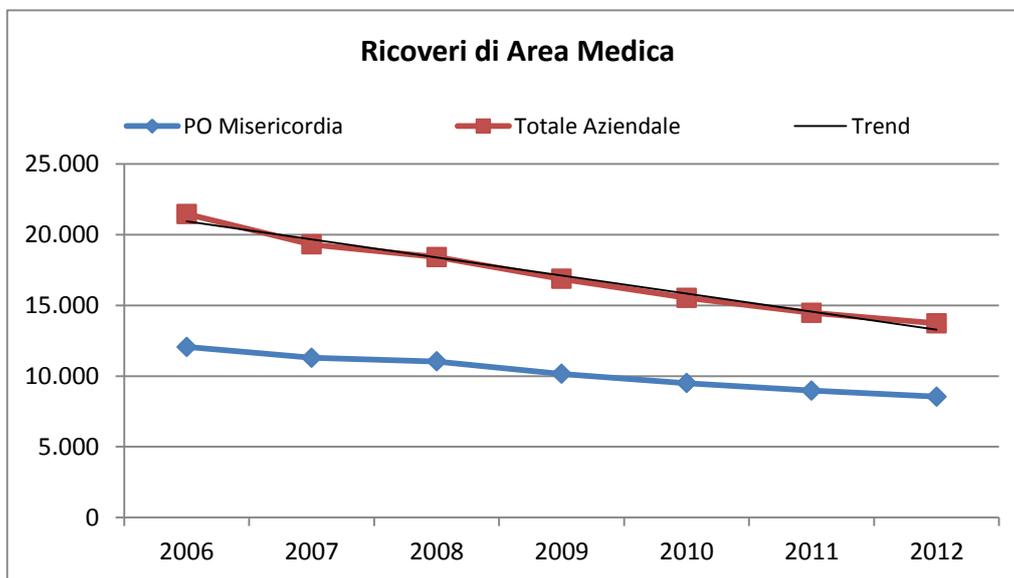
La procedura di riconversione muove da una puntuale analisi sull'appropriatezza di utilizzo dei posti letto per acuti e sull'ottimizzazione della degenza media, oltre che dall'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento.

Le azioni previste sulla riduzione della degenza media muovono dall'analisi per singolo DRG e consentono di riportare la stessa alla migliore performance di Area Vasta e precisamente:

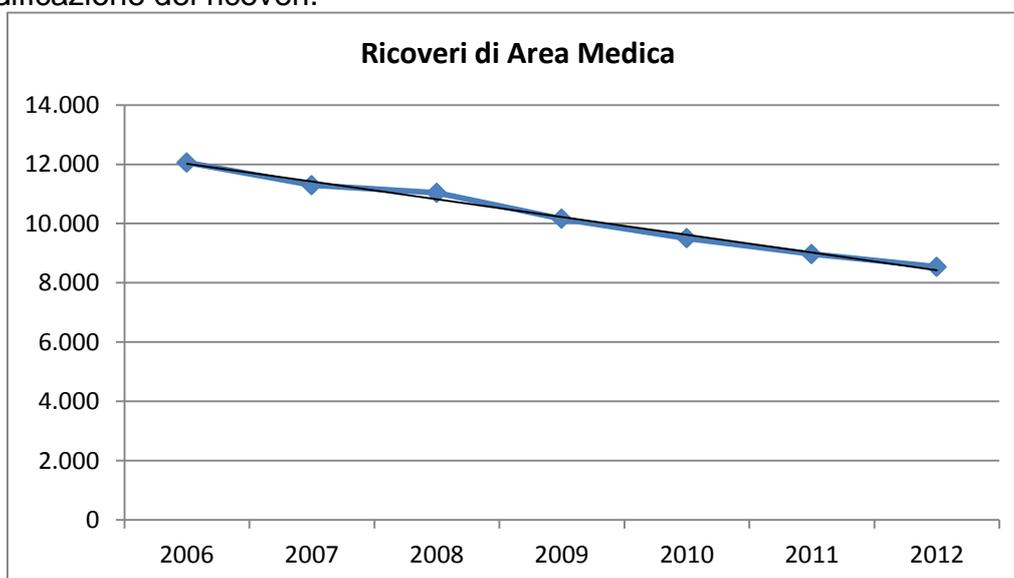
- azioni per il recupero dell'appropriatezza da effettuare sui DRG chirurgici avendo a riferimento le soglie di ammissibilità in day surgery previste dalla del. 1163 del 19/12/2011
- azioni per il recupero dell'appropriatezza da effettuare sui DRG medici avendo a riferimento i tassi di ospedalizzazione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

## PATTO TERRITORIALE AREA GROSSETANA

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



Nel grafico seguente si riporta il dettaglio solo del PO Misericordia per una migliore lettura della modificazione dei ricoveri.



Sulla base di questo trend si può stimare che i ricoveri di area medica del 2013 si attesteranno tra gli 8.420 e gli 8.440 come mostrato in tabella.

Anno	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Ricoveri PO Grosseto</b>	12.059	11.296	11.034	10.158	9.502	8.970	8.539	8.420-8.440
<b>Ricoveri tot Aziendali</b>	21.463	19.308	18.417	16.872	15.537	14.477	13.727	13.200-13.400

Dall'analisi del tasso di occupazione dell'attuale degenza di Area medica a ciclo continuo emerge un tasso di occupazione troppo alto nel setting M, riconducibile ad una particolare modalità di assegnazione dei pazienti tra Area Medica e Area Terapie Intensive, rendendo evidente un difetto di attribuzione della casistica.

L'area medica a ciclo continuo mostra un buon tasso di utilizzo degli attuali posti letto (T.O. 91% sovrastimato a scapito dell'Area Terapie Intensive come sopra spiegato). Anche l'area chirurgica ha un buon tasso di utilizzo (T.O. 82%). Mentre si hanno ancora dei margini di miglioramento per quanto riguarda l'Area Materno Infantile e l'UF Salute Mentale Adulti.

UTILIZZO POSTI LETTO PER ACUTI (fonte SDO 2012)				
Area	Tasso di occupazione	Degenza media nel setting (DO+DH)	Indice di turnover	Indice di rotazione
Area Terapie Intensive	81%	5,3	1,2	55,9
Area Chirurgica	82%	3,3	0,7	79,8
Area Medica (degenze a ciclo continuo)	91%	6,3	0,6	53,1
Area Materno Infantile	59%	5,3	1,9	78,7
UF SMA zona 4 (SPDC)	62%	7,5	4,5	30,5
<b>Totale Presidio</b>	<b>86%</b>	<b>3,2</b>	<b>0,5</b>	<b>91,7</b>

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

Di seguito si riportano alcuni dati, relativi all'anno 2012, di attività ambulatoriale del PO Grosseto, nei quali operano specialisti ospedalieri e territoriali, che non subiranno variazioni nell'attuale previsione riorganizzativa, salvo esigenze mutate dei bisogni della popolazione che valuteremo di volta in volta.

SPECIALISTICA AMBULATORIALE P.O. GROSSETO 2012		
Specialità	Produzione	Ore / settimana*
008 - Cardiologia	17.947	138
009 - Chirurgia generale	6.851	57,5
021 - Geriatria	964	11
026 - Medicina generale	3.068	47
029 - Nefrologia/dialisi	33.487	147
032 - Neurologia	18.006	101
034 - Oculistica	7.820	130
036 - Ortopedia e traumatologia	6.547	36,5
037 - Ostetricia e ginecologia	18.823	337,5
038 - Otorinolaringoiatria	11.102	39,5
039 - Pediatria	1.257	62
043 - Urologia	13.570	109
052 - Dermatologia	25.494	164
058 - Gastroenterologia	8.348	111
064 - Oncologia	5.896	28,5
068 - Pneumologia	8.088	62
071 - Reumatologia	1.048	35
<b>Totale</b>	<b>188.316</b>	<b>1.616,5</b>
<b>Note:</b>		
* le ore settimanali indicate sono passibili di variazioni in relazione ai diversi periodi dell'anno ed alla fluttuazione dei tempi di attesa		

<b>PRESTAZIONI RADIOLOGICHE PRESIDIO MISERICORDIA DI GROSSETO 2012</b>			
<b>Tipo esame</b>	<b>Pronto Soccorso</b>	<b>Esterni</b>	<b>Totale</b>
RX	28.343	26.093	54.436
Ecografie	6.517	9.405	15.922
Mammografie	1	10.631	10.632
TAC	7.186	10.684	17.870
RMN	82	10.347	10.429
Angiografia diagnostica	106	222	328
Interventistica vascolare ed extra-vascolare	47	444	491
Biopsie TAC ed ECO-Guidate		447	447
<b>TOTALE</b>	<b>42.282</b>	<b>68.273</b>	<b>110.555</b>

### **Organizzazione notturna degli ospedali**

L'organizzazione notturna dell'ospedale resta invariata, prevedendo la presenza di:

- un medico cardiologo in guardia per le attività di ricovero ordinario/urgenza
- due medici internisti in guardia per le attività di ricovero ordinario/urgenza
- un medico chirurgo in guardia per le attività di ricovero ordinario/urgenza
- un medico ostetrico in guardia per le attività di ricovero ordinario/urgenza
- due medici anestesisti in guardia per le attività di ricovero ordinario/urgenza e per le attività chirurgiche in emergenza/urgenza
- due pediatri di cui uno per le attività di P.S. pediatrico
- due medici in servizio al P.S.

### **Laboratorio analisi**

La riorganizzazione della rete dei laboratori analisi è un progetto avviato da alcuni anni che ha già portato alla centralizzazione verso i poli di Area Vasta di alcune attività specialistiche e verso i presidi provinciali la centralizzazione di tutti quegli esami ad alto volume e ad alta automazione che sono stati individuati da specifiche delibere regionali.

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

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

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

Di seguito si riporta l'attività 2012 del laboratorio analisi del P.O. di Grosseto evidenziando che nel prossimo futuro l'attività per esterni verrà progressivamente centralizzata sul laboratorio di Grosseto.

<b>PRESTAZIONI DI LABORATORIO ANNO 2012</b>				
<b>Sede</b>	<b>Esterni</b>	<b>Interni</b>	<b>In urgenza</b>	<b>Totale</b>
PO Grosseto	1.928.482	362.967	758.485	3.049.934

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

### **Medicina trasfusionale**

- trasferimento dell'officina di lavorazione in area vasta (Siena)
- il mantenimento in zona e nel presidio delle funzioni di raccolta e di buon uso del sangue, per garantire la tempestiva disponibilità del sangue e degli emocomponenti attraverso la dotazione di 7 poltrone, 5 bilance, 5 separatori cellulari
- l'ottimizzazione della rete dei trasporti

### **Percorso di cura intraospedaliero**

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

### **Il Day Service**

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

### **Il monitoraggio e controllo dell'appropriatezza prescrittiva**

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

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

### **I beni farmaceutici**

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

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

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

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

### **Erogazione diretta Farmaci**

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

### **Assistenza integrativa**

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

### **Appropriatezza prescrittiva prestazioni di diagnostica per immagini**

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

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

### Emergenza urgenza

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

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

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

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

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

<b>ATTUALE</b>				
<b>Continuità assistenziale</b>	<b>Elisuperfici</b>	<b>PET</b>	<b>PET Infermiere</b>	<b>Auto soccorso avanzato</b>
Grosseto	Grosseto	Grosseto		Grosseto
Paganico		Paganico		
Scansano (Sab-Dom)		Scansano		
		Roccastrada		
			Marina di Grosseto (stagionale)	
		Punta Ala (stagionale)		
		Castiglione della P.		

<b>PREVISTO</b>					
<b>Continuità assistenziale</b>	<b>Elisuperfici</b>	<b>PET</b>	<b>PET Infermiere</b>	<b>Auto soccorso avanzato</b>	
La continuità assistenziale sarà rivista in relazione alla costituzione della AFT secondo la delibera 1235/2012. Finché non saranno attive le AFT la situazione della continuità assistenziale rimarrà invariata	Grosseto	Grosseto		Grosseto	
	Civitella Paganico		Paganico		
					Scansano
	Roccastrada			Roccastrada	
	Marina di Grosseto			Marina di Grosseto (stagionale)	
	Punta Ala			Punta Ala (stagionale)	
				Castiglione della P. (stagionale)	

### Investimenti

Nella tabella seguente si riportano gli investimenti previsti per la zona Grossetana.

descrizione intervento	Flussi 2013	Flussi 2014	Flussi 2015	Flussi > 2015
PO Misericordia - 2°lotto di completamento e ristrutturazione	X	X		
Realizzazione elisuperfici per volo diurno e notturno sul territorio	X	X		
P.O. Misericordia - Realizzazione Nuovo Blocco per alta intensità di cura (FASE 1)	X	X	X	X
PO Misericordia - Realizzazione Nuovo Blocco per alta intensità di cura (FASE 2)	X			X
P.O. Misericordia - Realizzazione Nuovo Blocco per alta intensità di cura (FASE 3)				X
Interventi programmati per le reti e TLC e adeguamento sistemi informatici	X	X	X	X

### Piano di alienazione immobili

Comune	Immobile	Impegno comunale
Grosseto	Presidio Gorarella	Cambio destinazione d'uso
	Centro diurno "il Girasole" – via Sonnino	Permuta con altro edificio del Comune
	Poliambulatori via Don Minzoni	Cambio destinazione d'uso