

**CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI
DEI COMUNI DELLA PROVINCIA DI PISTOIA**

<u>COMUNE</u>	<u>QUOTE</u>	<u>PRESENTI</u>	<u>ASSENTI</u>
ABETONE	10		XXX
AGLIANA	41	XXX	
BUGGIANO	27	XXX	
CHIESINA UZZANESE	22	XXX	
CUTIGLIANO	14	XXX	
LAMPORECCHIO	26		XXX
LARCIANO	24		XXX
MARLIANA	16	XXX	
MASSA E COZZILE	26	XXX	
MONSUMMANO	48	XXX	
MONTALE	34	XXX	
MONTECATINI TERME	48		XXX
PESCIA	46	XXX	
PIEVE A NIEVOLE	29		XXX
PISTOIA	157	XXX	
PITEGLIO	15	XXX	
PONTEBUGGIANESE	27	XXX	
QUARRATA	52	XXX	
SAMBUCA P.SE	16	XXX	
S.MARCELLO P.SE	26	XXX	
SERRAVALLE P.SE	31	XXX	
UZZANO	23	XXX	

TOTALE		621	

Per la validità della seduta devono essere rappresentate dai rispettivi Sindaci n. **380** quote.

Totale quote presenti n. **621**

Adunanza del giorno **17 Giugno 2013**

Del. n. **2**

Presiede la Conferenza: il Presidente della Conferenza **Samuele Bertinelli**

Oggetto:

Protocollo fra Conferenza Aziendale dei Sindaci ed AUSL 3 di Pistoia: attuazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235/2012



**LA CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI
DEI COMUNI DELLA PROVINCIA DI PISTOIA**

Verificata la legittima costituzione della Conferenza Aziendale dei Sindaci dei Comuni della Provincia di Pistoia, effettuata in data 17.06.2013 ai sensi del regolamento della Conferenza stessa;

Considerata la necessità di redigere uno specifico Protocollo fra questa Conferenza e l'Azienda USL 3 di Pistoia in applicazione delle linee di indirizzo contenute, principalmente, nelle sotto indicate deliberazione della Giunta Regionale Toscana:

- n. 754/2012 (*Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del SSR, attuative del D.L. 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale*);
- n. 1235/2012 (*Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale. Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo*)
- n. 47 del 29/2013 (*Approvazione criteri di riparto e modalità di erogazione delle risorse per l'avvio delle azioni di riordino del SSR*)
- n. 69/2013 (*Indirizzi alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e appropriatezza organizzativa*)

Visti, altresì,

- la legge regionale n. 40/2005 e successive modifiche e integrazioni;
- la legge regionale n. 81/2012 (legge Finanziaria per l'anno 2012);
- la legge regionale n. 51/2009 (*Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento*)
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 10/R/2012 (*Modifiche regolamento attuativo legge 51*)

Considerato che nella precedente Conferenza del 3 giugno 2013 era stato posto all'ordine del giorno, fra gli altri, il seguente argomento "*Presentazione delle linee attuative della riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, ed in particolare della Azienda USL3 di Pistoia, finalizzata alla stipula del protocollo attuativo previsto dalla D.G.R.T. n.1235 del 28.12.2012*";

Preso atto che nella sopra citata Conferenza del 3 giugno 2013, nonché nelle successive Conferenze del 13 e 17 giugno 2013, l'AUSL 3 era rappresentata dal Direttore Generale, Dr. Roberto Abati, coadiuvato dal Direttore Sanitario, Dr.ssa Lucia Turco, e dal Direttore Amministrativo, Avv. Luca Cei;

Preso atto che durante la sopra indicata Conferenza del 3 giugno il Dr. Abati stesso ha ampiamente illustrato i principi generali alla base della riorganizzazione aziendale progettata sulle linee di indirizzo, emanate dalla regione Toscana e sopra richiamate;

Constatato che nel corso della Conferenza sono stati numerosi gli interventi da parte dei componenti presenti tantoché la Conferenza è stata nuovamente convocata per il giorno 13 giugno, ove all'ordine del giorno, fra gli altri, è stato inserita la continuazione della disamina dell'argomento illustrato dal citato Direttore Generale;

Preso atto che nella successiva Conferenza del 13 giugno il Dr. Abati è intervenuto con un proprio intervento nel quale ha dato chiarimenti sulle domande e sugli approfondimenti richiesti nella Conferenza del 3 giugno, tantoché è stata necessaria un'ulteriore convocazione della Conferenza per il giorno 17 giugno 2013, anche in relazione alla esigenza di redigere un protocollo attuativo, fra Conferenza ed AUSL 3, sulla riorganizzazione aziendale;

Considerato che nella Conferenza del 17 giugno è stata data conoscenza ai componenti presenti, nonché al Direttore Generale dell'AUSL3, tramite consegna di una bozza del sopracitato protocollo relativo alla riorganizzazione aziendale in attuazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235/2012, al quale è stato allegato il documento "*Linee attuative della riorganizzazione Azienda USL 3 Pistoia ai sensi della DGRT 1235/2012*" presentato dalla AUSL 3 nel corso delle precedenti Conferenze;

Preso atto dei vari interventi effettuati nel corso della Conferenza ed in particolare di quello del Direttore Generale con il quale manifesta soddisfazione per il percorso effettuato in modo concertato e dichiarando espressamente la propria adesione al Protocollo attuativo presentato dal Presidente in sede di Conferenza;

Constatata la necessità di definire l'intera procedura con la formale adozione di un Protocollo fra Conferenza ed AUSL 3, al quale unire come allegato il documento prodotto dalla stessa AUSL 3, ovvero le sopra citate Linee Attuative;

Verificata, altresì, la manifesta volontà del Direttore Generale dell'AUSL 3 di Pistoia di aderire al citato protocollo, come da propria dichiarazione registrata in sede di Conferenza, adottando in merito, successivamente alla decisione della Conferenza, una propria deliberazione di adesione;

Preso atto del contenuto del "*Protocollo fra Conferenza Aziendale dei Sindaci ed AUSL 3 di Pistoia: attuazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235/2012*", nonché dell'unito documento "*Linee attuative della riorganizzazione Azienda USL 3 Pistoia ai sensi della DGRT 1235/2012*"

Con votazione palese dei componenti presenti nella seduta della Conferenza Aziendale dei Sindaci dei Comuni della Provincia di Pistoia;

All'unanimità dei presenti,

D E L I B E R A

Per le motivazioni espresse in narrativa, che si intendono integralmente richiamate:

1) di adottare il "*Protocollo fra Conferenza Aziendale dei Sindaci ed AUSL 3 di Pistoia: attuazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235/2012*", unito al presente atto quale parte integrante e sostanziale sotto la voce di Allegato 1) comprensivo, sotto la voce di Allegato A) al Protocollo stesso, del documento "*Linee attuative della riorganizzazione Azienda USL 3 Pistoia ai sensi della DGRT 1235/2012*";



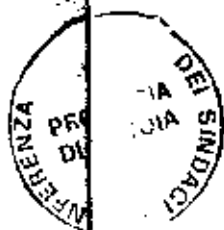
2) di prendere atto della volontà espressa direttamente in sede di Conferenza da parte del Direttore Generale, Dr. Roberto Abati, di aderire quale rappresentante legale della Azienda USL 3 di Pistoia al Protocollo di cui al precedente punto 1);

3) di trasmettere a cura della Segreteria della Conferenza dei Sindaci, copia del presente atto ai Sindaci dei Comuni della Provincia di Pistoia, al Presidente della Provincia di Pistoia, al Direttore Generale Azienda USL3 di Pistoia.

**IL PRESIDENTE
DELLA CONFERENZA AZIENDALE
DEI SINDACI
DEI COMUNI DELLA PROVINCIA DI
PISTOIA**

Samuele Bertinelli

SF/mcg



Protocollo attuativo della Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235/2012

LA CONFERENZA AZIENDALE DEI SINDACI

E

L'AZIENDA U.S.L. N. 3 DI PISTOIA

nella seduta del 17 giugno 2013

Visti:

- la legge regionale n. 40/2005 e successive modifiche e integrazioni;
- la legge regionale n. 81/2012 (legge Finanziaria per l'anno 2012);
- la Deliberazioni di Giunta Regionale n. 754/2012 (*Azioni di indirizzo alle aziende e agli enti del SSR, attuative del D.L. 95/2012 e azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale*);
- la successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235/2012 (*Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale. Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo*)
- le ulteriori Deliberazioni di Giunta Regionale n. 47 del 29/2013 (*Approvazione criteri di riparto e modalità di erogazione delle risorse per l'avvio delle azioni di riordino del SSR*) e n. 69/2013 (*Indirizzi alle Aziende sanitarie e alle Aree vaste per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e appropriatezza organizzativa*)
- la legge regionale n. 51/2009 (*Norme in materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento*)
- il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 10/R/2012 (*Modifiche regolamento attuativo legge 51*)

Premesso:

- che la delibera della Giunta regionale n. 754 del 2012, in un quadro di riduzione nazionale delle risorse disponibili e di adozione di iniziative di riduzione della spesa pubblica, ha disegnato un primo quadro generale di indirizzo che impone l'avvio di un profondo cambiamento attraverso la promozione di azioni coerenti ed interventi strutturali da realizzarsi in tempi brevi a salvaguardia del nostro sistema sanitario pubblico e con attenzione alle prospettive di lungo periodo;
- che la successiva Deliberazione di Giunta Regionale n. 1235 del 2012 traccia con coerenza strutturata gli assi portanti del cambiamento per rinnovare il sistema sanitario regionale individuando i seguenti principi ed obiettivi:
 - valorizzazione di una visione che riguarda verso azioni di sistema non limitandosi a

specifici ambiti funzionali ed organizzativi locali;

- ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni ed incentivazione a produrre quelle a più alto valore per la salute dei cittadini;
- stretta interconnessione delle cure, nei vari contesti dove vengono erogate, in una logica di valorizzazione e promozione della continuità assistenziale: gli ospedali, il territorio, le strutture residenziali;
- sostanziale riorganizzazione delle attività di prevenzione individuale e collettiva;
- 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);
- sistematica azione di eliminazione delle aree di inefficienza individuate;
- miglioramento dell'accessibilità ai servizi a prescindere dalla posizione sociale ed economica;
- completamento del sistema di gestione tecnologica dell'informazione e della comunicazione unico, unitario e condiviso;

- che la Deliberazione di Giunta Regionale n. 47 del 2013 fornisce ulteriori e specifiche indicazioni in merito all'adeguamento dei posti letto di cure intermedie in base agli standard regionali a partire dalla riconversione dei posti letto per acuti dimessi e detta i criteri per l'erogazione dei finanziamenti specifici legati alla realizzazione delle azioni di riordino a cui sono destinati i fondi prenotati con la precedente decisione n. 1235/2012;

- che la Deliberazione di Giunta Regionale n. 69 del 2013 definisce, infine, i parametri per quanto attiene alla riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata e l'uso più efficiente dei posti letto disponibili

- che la normativa inerente i requisiti di autorizzazione ed accreditamento prevede i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie, impegnando i soggetti pubblici e privati al possesso dei requisiti stessi;

Premesso dalla Conferenza dei Sindaci inoltre che

- la proposta della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari deve essere contestualizzata nel più ampio ambito del processo di riorganizzazione regionale ed impone di avviare un serrato confronto con la Regione Toscana con particolare riferimento:

a) ad una non più dilazionabile revisione dei criteri di accesso al Fondo Sanitario Regionale, per garantirne una equa distribuzione che non penalizzi alcun territorio e che si ancori ad inequivoci criteri obiettivi;

b) ad una ragionata applicazione delle previsioni di riduzione dei costi del personale che tenga nella debita considerazione le diverse realtà delle aziende sanitarie toscane;

c) alla natura e alla funzione delle aree vaste, che non devono costituire strumenti per realizzare surrettiziamente processi di unificazione delle aziende sanitarie, bensì svolgere un indispensabile ruolo di coordinamento e programmazione della rete ospedaliera, per distribuire razionalmente competenze ed attività; in quest'ottica, acquisisce particolare rilievo la preservazione della centrale operativa 118 a Pistoia, in ragione dei parametri oggettivi che individuano oggi Pistoia come la sede più idonea e più economica per tale servizio;

Premesso altresì che



- con particolare riferimento alla dislocazione di funzioni, attività e competenze sull'azienda pistoiese, devono essere, del pari, individuati criteri obiettivi e deve essere assicurata una mutua collaborazione tra i comuni; in tale prospettiva, ad esempio, la destinazione al presidio di Pescia di anatomia patologica, non incidendo sulla qualità della prestazione nei confronti dell'utente, consegue dalla presa d'atto dell'impossibilità obiettiva di allocare tale funzione nel nuovo presidio ospedaliero e dal potenziamento di altri servizi nell'ambito del nuovo ospedale, nonché dagli investimenti realizzati a questo fine nel presidio pesciatino; così come il pieno utilizzo delle sale operatorie del nuovo presidio ospedaliero di Pistoia, nonché gli ampi spazi che permettono l'allocazione di specializzazioni per tutta l'area provinciale;
- che nella pianificazione dell'assistenza territoriale devono essere maggiormente coinvolti i medici di base e le Società della Salute, sul destino delle quali deve rapidamente maturare un orientamento preciso da parte della Regione Toscana, o rivolto al loro mantenimento con le attuali funzioni, in particolare quelle socio-sanitarie, o all'individuazione di altro analogo strumento tale da corrispondere alle esigenze socio-sanitarie del territorio e comunque idoneo a preservare in capo ai comuni un preciso e vincolante potere di indirizzo e controllo sulle scelte delle aziende sanitarie;

Ritenuto inoltre che

- sia indispensabile far precedere ogni decisione relativa alla riorganizzazione dei presidi distrettuali e/o territoriali, anche della Montagna, alla preventiva concertazione con i comuni interessati;
- la riorganizzazione dell'area del Ceppo, attualmente oggetto di revisione sulla base del protocollo d'intesa sottoscritto tra azienda ospedaliera, Comune di Pistoia e Regione Toscana, debba tenere in debita considerazione la migliore integrazione tra le attività previste nella c.d. Casa della salute e quelle ospedaliere, puntando a un progressivo potenziamento delle attività specialistiche;
- preso atto dell'allocazione della degenza pediatrica presso il nuovo Presidio ospedaliero di Pistoia, debba essere garantito un servizio adeguato di "osservazione pediatrica" diurno e notturno presso l'Ospedale della Valdinievole, in spazi ricavati preferibilmente all'interno dell'attuale reparto di pediatria, e in stretto collegamento con il servizio di "assistenza pediatrica H24" presso il Punto Nascita ed Ostetricia del medesimo ospedale;
- debba essere garantito il più efficiente ed economico funzionamento del blocco operatorio del nuovo presidio ospedaliero, garantendo che la concentrazione di alcune attività sia assistita da una adeguata dotazione organica di personale, anche attraverso il relativo turn-over;
- altrettanto dovranno essere assicurate le necessarie dotazioni organiche ai vari reparti dell'Ospedale della Valdinievole;
- costituisca un obiettivo funzionale al miglioramento dei servizi l'informatizzazione dei processi;
- per assicurare migliori servizi ai cittadini debba prestarsi particolare attenzione alla selezione e alla motivazione dei professionisti e della classe dirigente del futuro;

Tenuto conto dalla Conferenza dei Sindaci

che la zona montana della Provincia di Pistoia, comprendente i Comuni di Abetone, Cutigliano,

Marliana, Piteglio, Sambuca Pistoiese, San Marcello Pistoiese ed un ampio territorio del Comune di Pistoia, si sviluppa su una grande area geografica pari ad oltre il 50% del territorio provinciale e rilevato che la proposta di riassetto dei presidi distrettuali, nel tenere di conto del vasto territorio montano, deve:

- dare precise garanzie che i servizi previsti siano sufficienti alle necessità e che quantomeno non vengano ridotti in rapporto a quelli erogati fino ad oggi, nello specifico garantendo presso il Presidio Integrato di San Marcello: a) il mantenimento di un'attività ospedaliera; b) il funzionamento del pronto soccorso, dell'attività ortopedica tutto l'anno secondo le necessità e la casistica, della medicina internistica e il turn-over degli operatori con le medesime modalità adottate nel resto dell'Azienda;
- che l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) prevista sulla Montagna tenga conto degli assistiti effettivi;

Dato atto

che, entro tale quadro normativo e di indirizzo di riferimento, la Conferenza dei Sindaci dei Comuni della Provincia di Pistoia

- all'esito di un primo momento di confronto intercorso con l'Azienda U.S.L. nel dicembre 2012, ha individuato quale obiettivo prioritario il continuo miglioramento e potenziamento delle prestazioni a tutela della salute e, ascoltata una prima relazione programmatica aziendale contenente le linee di sviluppo della riorganizzazione della rete dei servizi ospedalieri ha espresso, con decisione n. 9 del 10.12.2012:

disponibilità ad intraprendere assieme all'Azienda sanitaria un percorso di confronto e di condivisione per la necessaria riorganizzazione delle attività della rete ospedaliera e dei servizi territoriali nel territorio dell'intera Provincia, con criteri di equità e tenendo conto delle risorse economiche assegnate;

- ha successivamente incontrato sui medesimi temi l'Assessore al Diritto alla Salute nella seduta del 18.2.2013, in occasione della quale sono state esposte le linee programmatiche della riorganizzazione dei servizi socio-sanitari contenuti negli Atti di Giunta sopra citati;

Dato ulteriormente atto

che la Deliberazione n. 1235/2012 impegna le aziende sanitarie e le Aree vaste, per quanto di competenza, a stipulare un protocollo attuativo delle azioni in essa previste con gli enti locali, le organizzazioni professionali e sindacali interessate e le Università;

Preso atto

dell'illustrazione nel corso dell'ultima seduta della conferenza dei sindaci del documento contenente le Linee attuative della riorganizzazione dell'Azienda USL n. 3 di Pistoia ai sensi della DGRT 1235/2012 e da questa precedentemente inviato in data 29.5.2013 con nota prot. n. 25325, documento che si allega al presente protocollo, nonché dei chiarimenti e delle integrazioni fornite dal Direttore Generale nella seduta della Conferenza del 13.06.2013;

Considerato che tale documento disegna il seguente scenario:

Rete Ospedaliera



La rete ospedaliera integrata, articolata nei due presidi ospedalieri di Pistoia e della Val di Nievole e nello stabilimento ospedaliero di San Marcello, garantirà percorsi di cura e di assistenza secondo il livello di intensità e di specializzazioni presenti.

Rete Territoriale

L'assistenza territoriale prevede un "piano regolatore aziendale" caratterizzato da Case della Salute e Strutture socio-sanitarie a diverso grado di complessità. La rete territoriale è completata dalle strutture residenziali per l'erogazione di cure intermedie.

Prevenzione Collettiva

Il Dipartimento di Prevenzione sarà articolato in quattro strutture funzionali a valenza aziendale :

Unità Funzionale Sicurezza Alimentare

Unità Funzionale Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro

Unità Funzionale Igiene Pubblica e Nutrizione

Unità Funzionale Medicina dello Sport

Valutati

pertanto in termini sostanzialmente positivi i contenuti del documento ed in particolare i seguenti risultati attesi dalla riorganizzazione descritta:

- miglioramento della presa in carico e della risposta ai bisogni socio-sanitari dei cittadini
- presa in carico delle problematiche assistenziali con particolare attenzione alla qualità delle prestazioni, alla accessibilità e alla continuità, ospedale/territorio
- garanzia dell'efficacia e della efficienza delle attività e contestuale mantenimento degli attuali livelli di assistenza
- riassetto della rete assistenziale complessiva con mantenimento e valorizzazione delle eccellenze professionali

condividendo la necessità di salvaguardare la sostenibilità e l'equità del sistema dei servizi aziendali anche nel lungo periodo

Tutto ciò visto, premesso, e valutato

si conviene su quanto segue:

1. la Conferenza dei Sindaci, preso atto di quanto presentato in data odierna, valuta positivamente il documento contenente le Linee attuative della riorganizzazione dell'Azienda USL n. 3 di Pistoia ai sensi della DGRT 1235/2012 da attuare con particolare attenzione ai seguenti indirizzi, già richiamati in premessa:

a. far precedere ogni decisione relativa alla riorganizzazione dei presidi distrettuali e/o territoriali, anche della Montagna, alla preventiva concertazione con i comuni interessati;

b. l'incentivazione, nell'ambito della riorganizzazione dell'area del Ceppo, attualmente oggetto di revisione sulla base del protocollo d'intesa sottoscritto tra azienda ospedaliera, Comune di Pistoia e Regione Toscana, dell'integrazione tra le attività previste nella c.d. Casa della salute e quelle ospedaliere, puntando a un progressivo potenziamento delle attività specialistiche;

c. la garanzia di un servizio adeguato di "osservazione pediatrica" diurno e notturno presso l'Ospedale della Valdinievole, in spazi ricavati preferibilmente all'interno dell'attuale

reparto di pediatria e in stretto collegamento con il servizio di "assistenza pediatrica H24" presso il Punto Nascita ed Ostetricia del medesimo ospedale;

d. la garanzia di un più efficiente ed economico funzionamento del blocco operatorio del nuovo presidio ospedaliero, garantendo che la concentrazione di alcune attività sia assistita da una adeguata dotazione organica di personale, anche attraverso il relativo turn-over;

e. la garanzia, inoltre, della necessaria dotazione organica ai vari reparti dell'Ospedale della Valdinievole;

f. il miglioramento dei servizi attraverso investimenti tesi al crescente informatizzazione dei processi;

g. un coerente investimento nella selezione e nella motivazione dei professionisti e della classe dirigente del futuro;

h. dare, con riferimento ai comuni montani, precise garanzie che i servizi previsti siano sufficienti alle necessità e che quantomeno non vengano ridotti in rapporto a quelli erogati fino ad oggi, nello specifico garantendo presso il Presidio Integrato di San Marcello: a) il mantenimento di un'attività ospedaliera; b) il funzionamento del pronto soccorso, dell'attività ortopedica tutto l'anno secondo le necessità e la casistica, della medicina internistica e il turn-over degli operatori con le medesime modalità adottate nel resto dell'Azienda;

i. che l'Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT) prevista sulla Montagna tenga conto degli assistiti effettivi;

2. la Conferenza dei Sindaci impegna l'Azienda sanitaria ad implementare il programma di riorganizzazione attivando un costante flusso di informazioni circa i contenuti e gli effetti delle azioni di riorganizzazione in esso descritte, anche attraverso la redazione in tempi brevi, da parte dell'Azienda, di un crono-programma che individui con chiarezza la tempistica realizzativa dei vari interventi, suddivisi per macro-aree (Piana, Montagna, Valdinievole) e permetta di esplicitare le azioni di controllo e verifica proprie della Conferenza dei Sindaci.

3. le parti convengono, anche sulla base delle informazioni di cui al punto 2, di concorrere per quanto di competenza alla realizzazione della riorganizzazione e di attivare fin d'ora un percorso di monitoraggio dell'attuazione delle azioni riorganizzative contenute nel documento presentato e dei relativi risultati prevedendo un primo momento di confronto entro il 31.12.2013.

* * * * *

ALLEGATO A) al Protocollo
di cui alla delib n° 2/2013

**LINEE ATTUATIVE DELLA RIORGANIZZAZIONE AZIENDA
USL3 PISTOIA ai sensi della DGRT 1235/2012**

29 maggio 2013

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Introduzione

I profondi cambiamenti in atto nella società e la riduzione delle risorse finanziarie assegnate dal fondo sanitario impongono la necessità di adeguare i modelli culturali ed organizzativi in ambito sanitario.

L'obiettivo principale è assicurare la giusta mediazione tra diritti dei cittadini e risorse disponibili; tale obiettivo potrà esser raggiunto solo individuando nuove culture della salute e della cura, nuovi approcci operativi, nuovi comportamenti professionali e nuovi modelli organizzativi nelle componenti ospedaliera, territoriale e della prevenzione.

È necessario che queste trasformazioni siano accompagnate dalla condivisione, tra i cittadini e gli operatori dei servizi socio sanitari, dei principi ispiratori che orientano le trasformazioni stesse.

Innanzitutto è necessaria la consapevolezza che, come ormai ampiamente dimostrato, non sono solo le prestazioni sanitarie a garantire la salute; infatti, nel mantenere e migliorare le condizioni socio-sanitarie, giocano un ruolo preminente gli interventi di promozione della salute e quindi risulta determinante il contributo in primo luogo delle Amministrazioni locali.

Altri elementi fondanti il nuovo modello culturale della sanità sono la ricerca della qualità e dell'equità, l'innovazione, il riconoscimento del merito e la flessibilità.

Il processo di cambiamento del sistema dovrà realizzarsi guidato da due criteri fondamentali:

- la qualità delle prestazioni: intesa come risposta appropriata e pertinente, erogata con professionalità nei luoghi e con le modalità che possano garantirla al meglio;
- l'equità del trattamento: tutti i cittadini della provincia devono poter avere le stesse possibilità di ricevere "buone cure" indipendentemente dal luogo dove vivono.

In particolare si ritiene che l'accessibilità sia caratteristica indispensabile per le prestazioni sanitarie continuative o ad alta diffusione; è altresì imprescindibile garantire l'accesso diffuso anche ai percorsi assistenziali caratterizzati da elevate competenze specialistiche.

Siamo consapevoli del fatto che la riorganizzazione dovrà avvenire secondo le seguenti linee direttrici:

- razionalizzazione dell'esistente
- generale revisione organizzativa
- revisione dei modelli di produzione

La razionalizzazione dell'esistente, intesa come individuazione e riduzione degli sprechi, è doverosa ma non potrà essere sufficiente.

La riorganizzazione dell'offerta sanitaria dovrà muovere dall'analisi dei bisogni, dal pieno utilizzo delle competenze e delle strutture aziendali.

Riorganizzare vuole dire, per esempio, favorire una maggiore mobilità tra i professionisti, rafforzare le cure sul territorio riducendo l'utilizzo improprio dell'ospedale, promuovere tra gli operatori l'uso intensivo comune di strutture e strumentazioni.

È necessario avviare processi di semplificazione e di concentrazione delle risorse in poche sedi dove raccogliere le competenze e le strumentazioni necessarie per risolvere i problemi degli utenti garantendo ai cittadini maggiore qualità e sicurezza.

In poche parole occorrerà ottimizzare le risorse e rendere il sistema sostenibile senza diminuire il livello delle prestazioni.

Questo lungo percorso di riorganizzazione, per la sua portata, dovrà coinvolgere tutti i livelli interessati: da quelli professionali interni, alle istanze di rappresentanza sindacale, a quelle istituzionali (Conferenza dei Sindaci), alle Associazioni di volontariato, agli Organi di controllo.

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

In tale ambito si pone il pronunciamento della Conferenza Aziendale dei Sindaci della Provincia di Pistoia che, nella seduta del 10 dicembre 2012, ha espresso la propria disponibilità ad intraprendere assieme all'Azienda Sanitaria un processo di confronto e di condivisione per la necessaria riorganizzazione delle attività della rete ospedaliera e dei servizi sanitari nel territorio dell'intera provincia con criteri di equità e tenendo conto delle risorse assegnate.

E' da questa importante presa di consapevolezza e impegno di corresponsabilità che muove il presente documento di riorganizzazione della sanità pistoiese.

Altro imprescindibile punto di riferimento è costituito dalla DGRT 1235 / 2012 "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale. Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo); tale deliberazione traccia con coerenza strutturata gli assi portanti del cambiamento per rinnovare il nostro sistema sanitario e individua i seguenti principi ed obiettivi:

- valorizzazione di una visione che traguarda verso azioni di sistema non limitandosi a specifici ambiti funzionali ed organizzativi locali;
- ricerca dell'appropriatezza delle prestazioni ed incentivazione a produrre quelle a più alto valore per la salute dei cittadini;
- stretta interconnessione delle cure, nei vari contesti dove vengono erogate, in una logica di valorizzazione e promozione della continuità assistenziale: gli ospedali, il territorio, le strutture residenziali;
- sostanziale riorganizzazione delle attività di prevenzione individuale e collettiva;
- 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);
- sistematica azione di eliminazione delle aree di inefficienza individuate;
- miglioramento dell'accessibilità ai servizi a prescindere dalla posizione sociale ed economica;
- completamento di 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 propri nell'individuare le aree ed i modi d'intervento di questo programma di cambiamento contestualizzandolo nella nostra Azienda sanitaria e tenendo conto dei bisogni socio sanitari dei cittadini pistoiesi.

Ribadiamo che ogni atto di programmazione deve basarsi sulla definizione quali-quantitativa dei bisogni e sulla individuazione delle azioni per risponderci in modo appropriato.

Per governare la domanda ed interrompere il circuito negativo per cui un incremento dell'offerta induce un incremento della domanda stessa, è necessario pensare ad un'organizzazione nella quale Ospedale, Servizi Territoriali, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e cittadini divengano attori paritari del percorso di prevenzione e cura. E' nel proprio domicilio che si manifesta il bisogno di assistenza, è sul territorio che si concretizzano la prevenzione, la cura, la riabilitazione, la guarigione o il controllo della malattia nel tempo. In questo percorso l'ospedale rappresenta uno snodo centrale, in quanto indispensabile per il supporto diagnostico e terapeutico specialistico ambulatoriale, ma, fortunatamente, non sempre necessario per il ricovero.

A sostegno di tale impostazione si evidenzia che nel 2012, a seguito della domanda espressa dai 287.645 cittadini residenti, sono state erogate dalle strutture aziendali e dai privati accreditati:

- n. 220.544 prestazioni di indagini diagnostiche per immagine
- n. 889.433 prestazioni di tipo ambulatoriale specialistico tra prime visite, medicazioni e controlli
- n. 300.000 prelievi di sangue (stima) per un totale di esami pari a numero 6.262.510
- n. 103.280 accessi ai Pronto Soccorso Ospedalieri di cui solo il 12,5% è stato seguito da ricovero
- n. 41.682 ricoveri ospedalieri per i cittadini residenti nella ASL

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Inoltre va considerato che operano sul territorio:

- n. 218 Medici di Medicina Generale
- n. 35 Pediatri di Libera Scelta
- n. 80 Farmacie pubbliche e private

I consistenti volumi di attività sanitaria e di ricovero devono farci riflettere in relazione anche a quanto emerge dai determinanti di salute, dalla composizione demografica e dalla reale capacità della rete dei servizi territoriali di intercettare i bisogni di salute e di prevenire e curare in modo appropriato.

Se ci si riferisce solo a fattori di rischio da modificare possiamo stimare che la variazioni degli stili di vita che influiscono significativamente sulla salute riguardano:

- n. 86.697 soggetti sedentari
- n. 26.611 soggetto sovrappeso
- n. 38.675 bevitori a rischio
- n. 83.834 fumatori

Per quanto riguarda invece le patologie accertate nella nostra ASL si registrano oltre 50.000 persone con patologie croniche (fonte ARS 2010) di cui:

- 12.085 soggetti affetti da bronchite cronica enfisema
- 15.194 soggetti affetti da diabete
- 3.519 soggetti con insufficienza cardiaca
- 8.207 soggetti ipertesi
- 2.871 soggetti che hanno avuto un ictus
- 12.270 soggetti con cardiopatia ischemica

Il consumo farmaceutico territoriale ha comportato una spesa netta di Euro 45.725.660 di cui i farmaci per la cura di patologie croniche assorbono più del 50% della spesa complessiva, ed in particolare:

- 36,7 % farmaci cardiovascolari pari ad euro 16.796.906
- 23,4 % farmaci ipertensione pari ad euro 10.716.157
- 8,4 % farmaci patologie gastriche pari ad euro 3.855.492
- 10,4 % farmaci ipercolesterolemia pari ad euro 4.758.375
- 7,2 % farmaci antidepressivi pari ad euro 3.305.609

In termini di previsione di bisogni socio-sanitari, da non trascurare la composizione demografica per fasce di età:

- n. 37.276 (13,0%) minori di 14 anni
- n. 183.232 (63,7%) di età compresa tra 15 e 64 anni
- n. 32.818 (11,4%) di età compresa tra 65 e 74 anni
- n. 24.071 (8,4%) di età compresa tra 75 e 84 anni
- n. 10.248 (3,6%) ultra 85enni

In questo contesto va inserita e valutata la proposta concernente la ridefinizione del complesso dell'offerta dei servizi nell'ottica dell'unitarietà e fruibilità del percorso assistenziale da parte dei cittadini residenti nella nostra provincia, tenendo conto della diversificazione e/o della complementarità dei nodi della rete

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

aziendale e della specializzazione dei presidi nell'ambito dell'area vasta centro nella quale si colloca Azienda USL 3.

Devono inoltre essere presi in considerazione alcuni elementi di novità e/o di rottura rispetto agli scenari consolidati :

- Nuovo ospedale di Pistoia e sistema degli ospedali SIOR;
- Riduzione delle risorse sanitarie;
- Organizzazione per intensità di cure;
- Expanded chronic care model e sanità di iniziativa;
- Programmazione di Area Vasta: come riferimento territoriale sovra-aziendale idoneo a fornire risposte complete e coerenti ai bisogni di salute dei cittadini ed ambito per lo sviluppo di specialistiche in rete; in tale dimensione si definiscono anche i volumi critici per lo svolgimento di attività in settori specialistici di diagnosi e cura;
- Matura consapevolezza dei professionisti circa la necessità/opportunità di operare sinergicamente superando il semplice modello della consulenza per una presa in carico condivisa con team multidisciplinari e multiprofessionali;
- Necessità di concentrazione della casistica per garantire volumi di attività idonei sia allo sviluppo e consolidamento di competenze specialistiche che alla funzionalità di tecnologie ad alto costo ed alta specializzazione.

Tutti gli elementi sopramenzionati orientano a proporre una nuova visione della rete di assistenza provinciale che, partendo dalle esperienze e peculiarità fino ad oggi maturate, permetta di ridisegnare l'offerta dei servizi socio-sanitari.

E' evidente che la riorganizzazione della rete ospedaliera è strettamente collegata al piano di riassetto dell'assistenza territoriale sulla base dei seguenti principi:

- la riprogettazione sulla base di standard definiti dell'assistenza territoriale con lo sviluppo delle cure primarie e di quelle intermedie;
- il riassetto dei presidi distrettuali attraverso un "piano regolatore aziendale";
- risposte alternative alla post acuzie e politiche di deospedalizzazione;
- miglioramento della continuità assistenziale e della presa in carico del cittadino con particolare attenzione alla fase di accesso ai servizi specialistici che deve essere garantita in tutti i punti della rete ed alla fase di dimissione ospedaliera strettamente integrata con i servizi socio-sanitari territoriali;
- sviluppo dell'Expanded Chronic Care Model per potenziare la Sanità di Iniziativa;
- valorizzazione della figura del MMG e del Medico di Comunità come attori protagonisti della rete di assistenza anche ai fini della Clinical Governance.

Per quanto attiene la Prevenzione Collettiva, le modifiche apportate alla L.R. 40/2005 con la L.R. 81 del dicembre 2012, ed in particolare l'art. 67 di quest'ultima con cui viene ridisegnata la struttura organizzativa del Dipartimento stesso, prevedono un profondo ripensamento della operatività del Dipartimento stesso, sia in termini di riorganizzazione interna che in quelli ancor più innovativi della possibilità di svolgere talune prestazioni in forma interaziendale o di area vasta.

La previsione di 4 Unità Funzionali per ogni Dipartimento, tutte a valenza aziendale, potrà contribuire allo sviluppo di una maggiore omogeneità procedurale tra le due zone e ad un utilizzo più efficiente delle risorse.

La Delibera GRT 1235 del 28/12/2012 fornisce le linee di indirizzo alle aziende sanitarie, alle Aree Vaste ed il relativo piano operativo, indicando nell'allegato B, per ciò che attiene alla Prevenzione Collettiva, interventi necessari, azioni e tempi per i vari livelli di responsabilità.

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Di seguito sono riportate le principali azioni previste:

- **definizione Catalogo standard delle prestazioni con utilizzo omogeneo delle risorse umane impiegate**
- **semplificazione dei controlli sulle imprese nell'ambito della sicurezza alimentare**
- **semplificazione delle procedure per il cittadino potenziando l'accesso informatico tramite la realizzazione di un sistema informatico regionale**
- **completamento delle connessioni con altri soggetti istituzionali del sistema informativo del Dipartimento della Prevenzione**
- **riorganizzazione delle strutture organizzative del Dipartimento della Prevenzione con l'eliminazione delle Aree funzionale e dei Settori**
- **riorganizzazione delle Unità Operative Professionali**
- **revisione dell'organizzazione dei Laboratori di Sanità Pubblica, (è previsto il trasferimento a Firenze del Laboratorio di Pistoia), con la previsione di un unico Laboratorio regionale organizzato in rete con ARPAT e IZP (Istituto Zooprofilattico)**

ASSISTENZA TERRITORIALE

Nel quadro di un significativo invecchiamento della popolazione e dell'aumento della 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, dall'altra al MMG sarà chiesta una responsabilizzazione verso le politiche sanitarie, cioè di orientare i percorsi di prevenzione e cura in maniera coerente con le indicazioni regionali inerenti gli obiettivi di salute e l'utilizzo delle risorse.

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

- **AFT: Aggregazione Funzionale Territoriale** è un raggruppamento funzionale, monoprofessionale di Medici di Medicina Generale (MMG). La dimensione di riferimento di un'AFT è di norma di 30.000 assistiti ed è composta da un numero di MMG non inferiore a 20, inclusi i titolari di convenzione a quota oraria (rimodulazioni che tengano conto di situazioni territoriali specifiche saranno adottate in sede di Comitato Aziendale).

- **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

Tale ruolo del MMG 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 sistemazione 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

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

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 stesse.

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

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

Sarà altresì importante attivare azioni di sistema in materia di residenzialità, volte a migliorare l'appropriatezza dei servizi offerti alla popolazione anziana non-autosufficiente, favorendo la differenziazione dell'offerta. Tali azioni verranno attivate attraverso un processo di *governance* territoriale, mediante 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 socio-sanitari.

Il modello di presidio territoriale che possa ospitare i professionisti in forma integrata e nel quale possa appieno svilupparsi la sanità d'iniziativa implicherà:

- Il riassetto dei presidi distrettuali
- La ridefinizione della copertura territoriale ottimale dei servizi distrettuali nelle diverse tipologie con ridefinizione delle sedi fisiche di erogazione
- L'organizzazione di una risposta territoriale adeguata organizzata nelle 12 ore giornaliere, 7 giorni su 7 alla settimana
- Lo sviluppo di progetti di prevenzione in collaborazione con le istituzioni e il terzo settore
- La revisione dei protocolli ospedale-territorio per la gestione della fase acuta e post-acuta
- Lo sviluppo delle cure intermedie

In sintesi nell'ambito della assistenza territoriale le criticità più rilevanti sono costituite da:

- Necessità di sviluppare nuovi modelli organizzativi maggiormente efficaci ed efficienti nella assistenza delle patologie croniche proprie delle popolazioni anziane
- Eccessiva frammentazione e dispersione dei presidi con conseguenti elevati costi di gestione
- Insufficiente integrazione tra ospedale e territorio e tra le varie funzioni territoriali
- Necessità di maggiore valorizzazione del ruolo dei MMG / PLS nella governance della rete assistenziale

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Tenuto conto di quanto sopra, viene di seguito riportata la proposta di riassetto dei presidi distrettuali attraverso la definizione del **"piano regolatore" aziendale** che illustra le sedi fisiche di erogazione delle prestazioni territoriali con rimodulazione dell'organizzazione distrettuale.

ZONA-DISTRETTO PISTOIA

Casa della Salute presso l'ex Ospedale del Ceppo

A seguito del trasferimento delle attività ospedaliere presso il Nuovo Ospedale, diverse delle strutture territoriali presenti a Pistoia si trasferiranno all'interno dell'area dell'ex Ospedale del Ceppo, che rimarrà di proprietà dell'Azienda. In particolare si prevede di chiudere e di trasferire, con recupero dei relativi canoni di locazione, le seguenti sedi: il presidio distrettuale di Belvedere, il Centro della Salute di Vicolo S. Caterina, il Poliambulatorio di via della Quietè, il Centro Donna, le sedi della direzione della Zona-Distretto e dei Servizi Sociali, il presidio di V.le Adua comprensivo della postazione di Continuità Assistenziale (ex guardia medica). Per quanto riguarda in particolare il Centro Donna sarà nostra cura ricreare spazi ed accessi dedicati in modo da sottolineare la peculiarità del servizio.

Si viene a creare così una Casa della salute di importanti dimensioni, con la presenza di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, degli infermieri impegnati nell'assistenza domiciliare ed ambulatoriale, dei servizi sociali, della prevenzione, della specialistica, di un punto-prelievi e dei servizi amministrativi. In questa che possiamo definire "Città della Salute" ben identificabile, facilmente accessibile perchè inserita nel pieno contesto urbano, sono presenti tutte le funzioni socio-sanitarie, con la sola eccezione del ricovero ospedaliero, garantendo in tal modo le condizioni migliori per la loro massima integrazione anche con i servizi comunali e provinciali con i quali possono essere sperimentate forme di sinergia ed integrazione.

Fornaci

Il Presidio Distrettuale di Fornaci è collocato in un edificio di proprietà dell'Azienda ampliato nel 2012; sono presenti i servizi amministrativi, i servizi sociali integrati tra ASL e Comune, il punto per i prelievi ematici, 2 pediatri di libera scelta, le attività consultoriali (ostetrica e ginecologo) e l'ambulatorio vaccinazioni. Considerato che le Fornaci è un'area tradizionalmente problematica da un punto di vista sociale con forti problemi di emarginazione, si è ritenuto necessario mantenere attivo il presidio.

Bottegone

Il Presidio distrettuale di Bottegone serve un'area densamente popolata, di oltre 7.000 abitanti. E' posto in un immobile di proprietà ove hanno sede attività amministrative, infermieristiche e un punto per i prelievi ematici.

Serravalle

Sono attive le sedi di Casalguidi e Masotti. Nei 2 presidi si attua l'integrazione tra la medicina generale e i servizi aziendali, in particolare Infermieristici, sociali e amministrativi; in uno dei 2 centri è presente anche il Pediatra.

Casa della salute presso il PIOT San Marcello

Il progetto di riqualificazione dell'Ospedale di San Marcello prevede, oltre che alla prosecuzione dell'attività di ricovero, in area medica, anche il trasferimento nel medesimo edificio delle attività sanitarie attualmente svolte presso il presidio distrettuale di via Roma. Nella nuova sede, grazie anche alla contiguità con l'attività di ricovero, saranno attivate la Sanità di iniziativa, le Cure Intermedie e le Cure Palliative.

Si verrà a creare in tal modo l'UCCP della Montagna con la presenza della medicina generale, della pediatria, degli infermieri dedicati all'assistenza domiciliare ed ambulatoriale, dei servizi sociali, della prevenzione, della specialistica e dei servizi amministrativi. La presenza nel medesimo edificio del 118, del Punto di Pronto Soccorso e del reparto ospedaliero di Medicina favorisce ulteriormente l'integrazione ospedale e territorio: è questo il primo esempio nella nostra Azienda di Presidio Integrato Ospedale Territorio (PIOT).

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Agliana

Casa della Salute: sono presenti servizi amministrativi, punto prelievi, ambulatorio infermieristico, ambulatori specialistici, prevenzione primaria e secondaria (vaccinazione e screening), pediatria di libera scelta, medicina generale, continuità assistenziale, punto primo soccorso (118) e servizi sociali.

Quarrata

E' in fase di progettazione la futura Casa della Salute per trasferire le attività presenti nell'attuale Presidio Distrettuale e collocare anche i medici di medicina generale all'interno della struttura così da realizzare una UCCP incidente sull'AFT di riferimento, essendo il livello di integrazione ben consolidato.

Montale

Nel Presidio Distrettuale sei MMG effettuano il loro ambulatorio principale od esclusivo e viene effettuato anche il progetto del *Chronic Care Model*. E' presente, inoltre, una palestra utilizzata per i corsi di preparazione al parto e, in collaborazione con l'Associazione Diabetici, per corsi di AFA (attività fisica adattata) speciale. Sono presenti al piano terra i servizi amministrativi della ASL, i servizi sociali, l'ambulatorio infermieristico, il punto prelievi e l'ambulatorio di vaccinazioni.

ZONA-DISTRETTO VALDINEVOLE

Lamporecchio

Casa della Salute, modulo complesso integrato con la locale associazione di Pubblica Assistenza; il modulo raccoglie tutti i medici di medicina generale di Lamporecchio e due del vicino comune di Larciano che costituiscono anche un modulo per la sanità di iniziativa.

Larciano

Modulo semplice con la collaborazione della Amministrazione Comunale (MMG, punto prelievi, un punto CUP ed un ufficio per le pratiche amministrative).

Monsummano Cintolese

Modulo semplice che accoglie, oltre al personale infermieristico, anche un supporto amministrativo e un assistente sociale.

Monsummano Terme

Casa della salute con presenza di MMG, PLS, Servizio Infermieristico Domiciliare e per il Chronic Care Model, CUP, proiezione dei Servizi Sociali.

Nella struttura saranno altresì collocati alcuni ambulatori specialistici (con particolare riferimento a quelle Specialità di base maggiormente connesse alla presa in carico della cronicità e per il CCM).

Montecatini Terme

Presidio principale di via San Marco che presenta le caratteristiche di un modulo complesso pur senza accogliere medici di medicina generale; presenti nella struttura tutte le attività consultoriali del Centro Donna.

Pieve a Nievole

Casa della salute con medici di medicina generale, attività di vaccinazione ed ambulatorio di sanità pubblica, attività infermieristiche (Punto Prelievi, Assistenza Infermieristica Domiciliare), proiezione dei

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Servizi Sociali, personale infermieristico per il CCM e personale amministrativo per il supporto e per il CUP. Nella struttura saranno collocati alcuni ambulatori specialistici (con particolare riferimento a quelle Specialità di base maggiormente connesse alla presa in carico della cronicità e per il CCM).

Ponte Buggianese

Casa della salute con medici di medicina generale , attività infermieristiche (Punto Prelievi, Assistenza Infermieristica Domiciliare), proiezione dei Servizi Sociali, personale infermieristico per il CCM e personale amministrativo per il supporto e per il CUP. Nella struttura saranno collocati alcuni ambulatori specialistici (con particolare riferimento a quelle Specialità di base maggiormente connesse alla presa in carico della cronicità e per il CCM).

Chiesina Uzzanese

Modulo semplice.

Buggiano

Modulo semplice; la struttura ospita anche un punto prelievi, le attività di vaccinazione, un ufficio sanitario.

Pescia

Casa della Salute di Pescia riunificherà la maggior parte dei servizi territoriali, attualmente dislocati in sedi diverse e separate, consentendo, tra l'altro, il recupero dei relativi canoni di locazione.

La sede prescelta è posta in prossimità del presidio ospedaliero, si viene in tal modo a delineare una "Cittadella della Salute" che favorirà sia l'accessibilità per gli utenti che l'integrazione tra le funzioni svolte.

L'accessibilità sarà ulteriormente favorita dagli interventi urbanistici previsti dal Comune.

All'interno della Casa della Salute troveranno collocazione in una prima fase una parte dei MMG e le attività della sanità di iniziativa; sono già state attivate le procedure per il trasferimento presso la stessa struttura del Servizio Infermieristico Domiciliare, del CUP, di una proiezione del Servizio di Assistenza Sociale, uffici amministrativi territoriali a servizio dei cittadini, servizio vaccinazioni, il servizio per la richiesta e la fornitura di Protesi ed Ausili.

Nella struttura sono già presenti diversi ambulatori specialistici.

Massa e Cozzile

Modulo semplice

Uzzano

Modulo semplice, funzionalmente collegato alla Casa della Salute di Pescia.

Aggregazione Funzionale Territoriale (AFT)

Si ritiene fondamentale inserire, nell'ambito della riorganizzazione e dello sviluppo dell'assistenza territoriale, il ruolo dell'AFT (raggruppamento funzionale di Medici di Medicina Generale) che risponde agli obiettivi di garanzia assistenziale che la Regione Toscana e la Medicina Generale condividono ed è la cornice nella quale sviluppare il nuovo modello di continuità assistenziale e di sanità d'iniziativa.

L'AFT, nella salvaguardia del rapporto fiduciario medico-paziente, costituirà l'unità elementare di erogazione delle prestazioni mediche a livello territoriale che attualmente si identifica con il medico singolo.

Le AFT saranno costituite dai MMG a rapporto fiduciario che operano su un definito ambito territoriale, ma andranno progressivamente ad accogliere anche i Medici a rapporto orario della ex Guardia Medica.

E' importante ricordare i compiti dell'AFT:

- assistenza nelle forme domiciliari ed ambulatoriali
- sanità di iniziativa sul paziente affetto da cronicità

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

- valutazione dei bisogni della popolazione
- azioni di governance clinica nel settore della farmaceutica, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili
- continuità assistenziale ospedale-territorio
- formazione e ricerca, sperimentazione di modelli organizzativi, organizzazione e valutazione dei percorsi di cura, costruzione e validazione degli indicatori e degli strumenti di valutazione
- prevenzione sulla popolazione
- sviluppo dell'empowerment dei propri assistiti
- erogazione, ove possibile, di diagnostica di primo livello, anche utilizzando professionalità intrinseche nei medici che ne fanno parte
- gestione budget di AFT.

Le AFT saranno un elemento fondamentale per il governo clinico, in particolare nel settore della farmaceutica, dell'ospedalizzazione, della diagnostica, della specialistica, dei trasporti e degli ausili; questa funzione utilizzerà strumenti informatici di collegamento fra i MMG e fra questi e l'Azienda Sanitaria.

Nella nostra Azienda è prevista l'attivazione, in questa prima fase, delle seguenti AFT con le caratteristiche riportate nella tabella seguente.

Zona Distretto	AFT	MMG	Comuni	Assistiti
Valdinievole	Pescia	28	Pescia, Buggiano, Uzzano, Chiesina Uzzanese, (4)	33812
Valdinievole	Montecatini T.	35	Montecatini Terme, Pieve a Nievole, Massa e Cozzile, Ponte Buggianese, (4)	39666
Valdinievole	Monsummano T.	25	Monsummano Terme, Lamporecchio, Larciano (3)	31544
PT	Montagna	14	Piteglio, S.Marcello P.se, Abetone, Cutigliano, Marliana, Sambuca P.se, fraz. di Pracchia, Orsigna, Le Piastre, Cireglio	15000
PT	Pistoia 1	39	Pistoia relativamente ai 2 poli ambulatoriali principali esistenti (Carducci e De Fabbri)	44318
PT	Pistoia 2	31	Pistoia relativamente ai 3 poli ambulatoriali principali esistenti (Belvedere, Adua, Porta al borgo)	32500
PT	Agliana Montale	21	Agliana, Montale	24975
PT	Quarrata Serravalle P.se	27	Quarrata, Serravalle P.se	30600

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

CURE INTERMEDIE

Altro elemento qualificante, nella riorganizzazione dell'assistenza in rete, è rappresentato dalla progettazione di letti di cure intermedie.

Si intende per cure intermedie un setting di assistenza sanitaria in ambiente protetto dedicato ai pazienti le cui condizioni sono tali da non permettere un'assistenza domiciliare (o per complessità di quadro clinico o per quadro clinico unitamente a difficoltà che investono anche la sfera sociale) ma neppure così critiche da richiedere un ricovero ospedaliero.

Nella Zona-distretto di Pistoia si programma l'attivazione di n.2 letti di cure intermedie presso il Presidio Integrato Ospedale-Territorio di San Marcello (in conseguenza del Progetto di Riqualificazione del Presidio, con riconversione di letti per acuti) e 20 letti collocati nel contesto della città di Pistoia e che quindi risultano in posizione baricentrica rispetto al territorio con adeguata viabilità.

Nella Zona-distretto della Val di Nievole, vengono individuati 14 letti di "Cure Intermedie", articolati sul territorio e così distribuiti:

- 4 a Pescia
- 4 a Ponte Buggianese
- 4 a Monsummano Terme
- 2 a Lamporecchio.

Questa articolazione permette di garantire il ricovero quanto più possibile vicino alla residenza dell'assistito e permette altresì il diretto coinvolgimento di tutti i MMG, vista anche la collocazione decentrata del Presidio Ospedaliero.

EMERGENZA URGENZA

Per quanto riguarda il Sistema di Emergenza Urgenza, è necessario sottolineare che in merito ai due principali obiettivi previsti dalla DGRT 1235/2012: Centrale operativa unica di Area Vasta e riorganizzazione rete emergenza territoriale, L'Area vasta Centro sta valutando i documenti pervenuti dalle aziende sanitarie.

In merito alla Centrale Operativa Unica sono stati definiti i requisiti strutturali, funzionali, tecnici ed organizzativi necessari ed è stata fatta la ricognizione dei requisiti presenti nelle centrali esistenti alla data di pubblicazione della LR 81/2012. La nostra Azienda ha fornito le informazioni necessarie con specifica e puntuale scheda tecnica, corredata da una nota integrativa sulle caratteristiche della Centrale Operativa 118. Da tali documenti emergono le nostre potenzialità che ci permettono di assumere il ruolo di Centrale Operativa di area Vasta; nell'area dell'attuale pronto soccorso, dopo il trasferimento nel nuovo ospedale, sono previsti interventi finalizzati a tale prospettiva.

Rispetto alla riorganizzazione della rete di E/U territoriale finalizzata a trasformare alcune postazioni attuali in postazioni BLS (Basic Life Support Defibrillation) caratterizzate da presenza di personale volontario a bordo debitamente formato all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, sono stati condivisi i criteri di distribuzione dei mezzi sanitari sul territorio ed è in corso la valutazione del numero e della tipologia di postazioni presenti sui territori.

RETE OSPEDALIERA

Specularmente all'organizzazione territoriale, anche quella ospedaliera deve evolvere verso la ricerca di un nuovo equilibrio tra qualità delle cure, equità di trattamento 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 anche in relazione alle ingenti risorse tecnologiche e strutturali presenti.

I due presidi aziendali (comprensivi anche dello stabilimento Lorenzo Pacini di San Marcello) sono stati, fino ad oggi, pur nel diverso dimensionamento e specialità presenti, degli ospedali in gran parte sovrapponibili nelle loro funzioni con limitato livello di integrazione funzionale.

Di fatto i due ospedali in ambito specialistico si sono sviluppati negli anni con criteri di indipendenza organizzativo/funzionale salvo alcune esperienze (peraltro di grande qualità e con ottime performance) quali il laboratorio aziendale di emodinamica, l'area delle attività di laboratorio (Laboratorio Analisi, Centro Trasfusionale e Anatomia Patologica). Altre esperienze maturate nell'ambito di unità operative specialistiche a valenza aziendale, quali l'Urologia o la Pneumologia, hanno garantito una "circolazione" di professionisti. Tali positive esperienze ci confortano nel proseguire queste azioni di integrazione a livello provinciale.

Là dove la specialistica non era fisicamente rappresentata nel presidio, si è garantito un livello ambulatoriale o un'attività di consulenza; nei casi in cui l'attività specialistica era presente in entrambi i presidi ospedalieri, questa si è sviluppata solo parzialmente e si sono condotte alcune esperienze di equipe o centralizzazioni di sub settori specialistici.

Si riconosce, altresì, come elemento di omogeneità, che trasversalmente percorre le strutture ospedaliere, almeno nell'ultimo triennio, la riprogettazione e la implementazione di nuovo modello di assistenza infermieristica che ha portato ad una gestione più unitaria degli aspetti legati al nursing.

L'impianto organizzativo sovra descritto ha comunque, fino ad oggi, risposto in modo soddisfacente alla domanda per acuti ma gli elementi d'innovazione che progressivamente si stanno inserendo sullo scenario di riferimento, con particolare riferimento alla recente normativa nazionale e regionale, impongono una forte riflessione sull'attuale distribuzione delle funzioni ospedaliere e sulla necessità dello loro sempre maggiore integrazione in rete e pieno utilizzo delle dotazioni tecnologiche.

In particolare, la progettualità dell'Azienda USL 3 si riferisce, per quanto riguarda la riorganizzazione ospedaliera, ai seguenti principi:

- recupero di efficienza ed incremento dell'appropriatezza nell'uso dei posti letto per acuti;
- riduzione dei posti letto non adeguatamente utilizzati;
- ridefinizione della rete ospedaliera con redistribuzione delle attività in base a criteri di competenza e ai volumi minimi;
- creazione di centri specialistici su casistica elettiva;
- pieno utilizzo delle strutture e delle tecnologie.

Quanto sopra in linea con gli attuali principali riferimenti normativi :

DGR n. 1235 del 28/12/2012 "Azioni di riordino dei servizi del Sistema Sanitario Regionale"

in particolare per quanto attiene ai seguenti parametri:

Posti letto : 3,15 per mille abitanti compreso riabilitazione e lungodegenza

Tasso di occupazione > 85%

Tasso di ospedalizzazione : 120 per mille

DGR n.47 del 29/01/2013 "Approvazione criteri di riparto e modalità di erogazione delle risorse per l'avvio delle azioni di riordino del SSR"

in particolare per quanto attiene al seguente punto:

Adeguamento dei posti letto di cure intermedie in base agli standard regionali a partire dalla

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

riconversione dei posti letto per acuti dismessi

DGR n.69 del 04/02/2013 "Indirizzi alle Aziende sanitarie e alle aree vaste per la rideterminazione delle dotazioni di posti letto per acuti in base a criteri di efficienza e appropriatezza organizzativa"

In particolare per quanto attiene alla riduzione dei ricoveri ad alto rischio di inappropriata e l'uso più efficiente dei posti letto disponibili

Approfondendo l'analisi del prodotto ospedaliero e distinguendo le funzioni di ricovero medico da quelle di ricovero chirurgico emerge inoltre la difficoltà di contenere il ricorso al ricovero medico inappropriato e dall'altro il bisogno di recuperare efficienza nell'utilizzo dei posti letto di ricovero chirurgico considerati anche i significativi volumi di mobilità passiva verso altre strutture.

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 dei due 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 queste problematiche è quella 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 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.

E' inoltre necessario individuare percorsi ambulatoriali sulla base sia della prevalenza epidemiologica di alcune patologie che sulla criticità delle stesse, e predisporre 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. 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.

Applicando quindi le indicazioni della D.G.R.T. 1235/12 l'Azienda procederà 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.

Nella definizione della rete ospedaliera aziendale sarà garantito al cittadino, in primo luogo, l'accesso al sistema dell'emergenza-urgenza e saranno, in estrema sintesi, valorizzati i seguenti punti:

- La necessità, per maggiore garanzia dei cittadini e dei professionisti, di sempre più stringenti requisiti di accreditamento e sicurezza qualificando ulteriormente la qualità e la sicurezza degli interventi in acuzie;
- Il passaggio ad un modello nuovo di gestione e valorizzazione "in rete" dei professionisti, essendo cruciale poter utilizzare le molte competenze presenti laddove necessario, senza rigidità e con un modello di programmazione e di interscambio e formazione continua;
- Le potenzialità di comunicazione tra strutture date dalla digitalizzazione e dalla c.d telemedicina (cfr progetto RIS-PACS) che possono riconfigurare i problemi della prossimità e della distanza ed

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

aumentare le economie di rete in grado di consentire lo scambio a distanza di pareri/consulenze, di immagini, di dati.

- La necessità di rispettare standard di comfort ambientale e requisiti strutturali di esercizio e quindi di valorizzare pienamente le innovazioni presenti nei due presidi ospedalieri, con particolare riferimento al nuovo ospedale di Pistoia che rappresenta un importante investimento nella nostra provincia;

A questo proposito, è necessario sottolineare che l'apertura del nuovo ospedale, dotato di nuove ed importanti tecnologie con elevato livello di comfort, impone un pieno utilizzo delle potenzialità della struttura, così come peraltro esplicitato per tutte le altre realtà aziendali; in questo caso deve essere anche sottolineata la necessità di un utilizzo ottimale visti anche i costi di gestione fissi previsti nello specifico project financing.

Riteniamo che la qualità dei professionisti e la riorganizzazione della rete ospedaliera con l'incremento delle sinergie professionali, potranno liberare importanti quote di risorse umane e strumentali riutilizzabili per l'attività sanitaria e costituiranno sicuramente importanti occasioni per un recupero di prestazioni in favore di cittadini della provincia che oggi si rivolgono presso strutture sanitarie di altre aziende; sarà inoltre possibile la qualificazione ulteriore di prestazioni ambulatoriali e di ricovero per cittadini di altre province che già attualmente scelgono i nostri ospedali e le nostre strutture.

La realizzazione e l'attivazione del nuovo ospedale e l'introduzione e consolidamento in esso (come negli altri presidi) di nuovi modelli di processo assistenziale consentiranno, infatti, di rivedere l'intera offerta ospedaliera interna, non solo nel territorio pistoiense, ma anche in quello della Val di Nievole, posto a cerniera tra i nuovi ospedali di Pistoia e Lucca e di riorganizzare le funzioni dello stabilimento di San Marcello nell'insieme dei servizi sanitari e sociali della montagna.

Altro elemento da tenere presente è rappresentato dal numero di ppl per mille abitanti e dal tasso di ospedalizzazione anche in relazione alla più recenti disposizioni normative.

La dotazione aziendale di posti letto passerà dai 641 p.l. al 31/12/2012 (361 a PT, 26 a San Marcello e 254 a Pescia) con un tasso di 2,19 pl per mille abitanti ai 680 p.l. (400 a PT, 26 a San Marcello e 254 a Pescia) con un tasso di 2,32 pl per mille abitanti. L'utilizzo ottimale della risorsa "posto letto", con tassi di occupazione appropriati (80-90%) e conseguente utilizzo efficiente dei posti letto disponibili, porterà dalle attuali 165.186 giornate di degenza ad una potenzialità che va da 204.908 a 230.522 giornate di degenza. Tale valutazione riveste particolare importanza in quanto ci consente di prevedere un recupero di parte della domanda di ricovero dei nostri cittadini che attualmente viene soddisfatta presso altre strutture ospedaliere regionali ed extraregionali. Il numero totale di ricoveri, ovunque effettuati, ci porta da un utilizzo di posti letto in linea con quanto previsto dalla normativa vigente (3,15 posti letto per mille abitanti).

E' necessario, infine, tener conto del tasso di ospedalizzazione standardizzato per l'anno 2012: nella USL 3 è risultato pari a 132,29 per mille (Area Vasta Centro 139,34 – USL 10 143,51 – USL4 145,16 – USL11 128,23 – media regionale 134,07).

Le principali criticità che si riscontrano nell'ambito dell'assistenza ospedaliera sono le seguenti:

- Inappropriato utilizzo della risorsa ospedale anche per situazioni che potrebbero esser più proficuamente trattate in altri contesti assistenziali
- Insufficiente raccordo con il territorio al fine di assicurare la necessaria continuità nell'assistenza
- Non ottimale utilizzo dei posti letto disponibili
- Insufficiente sviluppo della rete ospedaliera intra ed extra aziendale
- Duplicazione delle specialità con conseguente dispersione di risorse e casistica
- Rigidità organizzative che non permettono la necessaria valorizzazione delle competenze professionali

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

- ◆ Necessità di migliorare gli standard di comfort alberghiero e l'adesione ai requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente.

Le principali azioni della rete ospedaliera della Azienda USL 3 di Pistoia sono, conseguentemente, rappresentate dalla riorganizzazione dell'area materno infantile, dell'area chirurgica e dell'area di laboratorio.

Per quanto riguarda l'area materno infantile, la DGRT 298 del 16/04/2012 " La rete pediatrica regionale: mission, percorsi e competenze" ed il documento del Gruppo di Progetto per le Azioni di Area Vasta "L'assistenza neonatologica in Area Vasta Centro" prevedono, per la nostra Azienda, due punti nascita con le seguenti caratteristiche:

Pescia	
Livello I	Neonati sani; Età gestazionale > 35(+0gg.) settimane: se stabili; Età gestazionale < 35 (cioè fino a 34+6gg.) settimane: rianimazione neonatale, stabilizzazione e cura fino al trasferimento
Pistoia	
Livello II A	Età gestazionale \geq 32(+0gg.) e Peso alla nascita \geq 1500 g con immaturità fisiologica o con problemi che si risolvono in breve tempo e non necessitano di cure specialistiche urgenti

In tal modo le nostre strutture ospedaliere si pongono all'interno della rete neonatologica di Area Vasta per assicurare la piena, efficiente, appropriata e tempestiva risposta al fabbisogno di cure neonatali, con requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che contraddistinguono i vari livelli assistenziali della rete secondo i criteri dell'American Academy of Pediatrics (AAP) anche ai sensi della DGRT 1322/2009.

In questa ottica è stato inoltre ripensato il corretto dimensionamento delle degenze ospedaliere pediatriche della rete, puntando al miglioramento dei tassi di occupazione dei posti letto pediatrici e alla diversificazione della tipologia di prestazioni che viene richiesta a ciascun nodo della rete stessa per garantire idonei volumi di attività e conseguente sicurezza e qualità.

Pertanto la degenza pediatrica sulle 24 ore è garantita presso l'ospedale di Pistoia e presso l'ospedale di Pescia sono previste attività ambulatoriali e/o di day service e/o di osservazione temporanea.

Per quanto riguarda l'area chirurgica sappiamo che la qualità in ambito chirurgico è notoriamente legata anche alla casistica trattata da ciascun professionista e pertanto sono stati analizzati i dati relativi alla distribuzione degli interventi nei due presidi ospedalieri per promuovere strategie di "orientamento chirurgico" tali da potenziare la produzione complessiva e ridurre i tempi di attesa. È stato previsto di segmentare il bisogno chirurgico garantendo un utilizzo migliore delle sale operatorie e dei reparti di degenza, favorendo una mobilità dei professionisti all'interno dell'azienda. Questo porterà a percorsi di cura caratterizzati da alti volumi ed alta standardizzazione con la concentrazione di alcune prestazioni in modo da favorire lo sviluppo delle professionalità e l'ottimizzazione dei tempi di attesa. Riteniamo che questa soluzione, oltre ad aumentare l'efficienza, assicuri volumi di casistica adeguati a garantire lo sviluppo professionale e quindi la qualità delle prestazioni erogate.

Si riportano di seguito, a titolo esemplificativo, le prestazioni di chirurgia oncologica effettuate negli ospedali aziendali nel corso dell'anno 2012; appare evidente la necessità di concentrare l'attività in una singola sede, al fine di raggiungere volumi minimi che garantiscano qualità e sicurezza (ad esempio il n° di interventi per tumore mammella deve essere superiore ai 100 casi, come previsto dai riferimenti normativi e di buona pratica esistenti).

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

	2012												Tot
	PT				SM				PE				
	NO AUSL 3	VDN	PT	Tot	NO AUSL 3	VDN	PT	Tot	NO AUSL 3	VDN	PT	Tot	
Interventi di tumore al retto	3	5	26	34				-	3	13	-	16	50
Interventi di tumore al colon	5	4	63	72				-	3	45	5	53	125
Interventi di tumore allo stomaco	2	1	24	27				-	-	14	-	14	41
Interventi di tumore al pancreas	-	2	8	10				-	-	-	-	-	10
Interventi di tumore al fegato	6	4	42	52				-	-	2	1	3	55
Interventi di tumore alla mammella	2	2	62	66			1	1	5	46	1	52	119

Per quanto riguarda infine l'Area di Laboratorio viene portato a termine il processo di riorganizzazione della rete previsto dalla DGRT 313/2007, mantenendo inalterate e diffuse le attività di prelievo ematico, accettazione campioni e consegna referti.

Viene centralizzato presso l'ospedale della Val di Nievole il servizio di Anatomia Patologica in considerazione del fatto che la struttura del nuovo ospedale di Pistoia non prevede spazi dedicati e dotati della necessaria tecnologia a tale attività; inoltre, a questo scopo, sono stati ristrutturati e dotati di specifica tecnologia locali presso l'ospedale della Val di Nievole; si sottolinea infine che la normativa regionale ha sempre previsto, per l'Anatomia Patologica, la concentrazione in un'unica struttura organizzativa aziendale.

Alla luce di tutto quanto sopra esposto, le principali azioni di riorganizzazione della rete ospedaliera della Azienda USL 3 di Pistoia portano alla seguente articolazione:

Ospedale di Pistoia

- Pronto Soccorso ed Osservazione Breve
- Livello 1 - terapia intensiva e sub intensiva (comprendente le attività di rianimazione e la sub intensiva multidisciplinare)
- Laboratorio di Emodinamica
- Punto nascita ed ostetricia: punto nascita di II livello
- Pediatria: degenza pediatrica H24, con creazione di posti letto monitorati ed attività diurne di day hospital terapeutico e day service
- Consulenza pediatrica al P.S.
- Specialità di area medica con attività di medicina interna, neurologia, nefrologia, gastroenterologia, oncologia, diabetologia, malattie infettive, pneumologia, geriatria
- Attività in urgenza e programmata di chirurgia generale, ortopedica, vascolare, ORL, urologica, ginecologica, oculistica.
- Centralizzazione della chirurgia oncologica (pancreas, stomaco, mammella, fegato, retto) ed integrazione equipe dedicate
- Centralizzazione dell'attività chirurgica di Otorinolaringoiatria
- Centralizzazione dell'attività chirurgica di Urologia (ad eccezione del trattamento calcolosi delle vie urinarie)
- Mantenimento attività chirurgia Oculistica di base (Cataratta) e del trattamento delle urgenze
- Mantenimento e sviluppo attività di chirurgia bariatrica

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

- **Mantenimento e sviluppo attività di chirurgia Vascolare** in sinergia con AUSL 10;
- **Specializzazione per quanto riguarda l'attività chirurgica ortopedica programmata** (protesica ginocchio, spalla ed arto superiore, piede)
- **Mantenimento attività chirurgica di base: day-surgery e week-surgery**
- Dialisi
- Radioterapia
- **Attività ambulatoriale in campo algologico e terapia del dolore interventistica**
- **Linea out patient (day service ed ambulatoriale).**

Area Diagnostica di Laboratorio

- **Lab. Analisi: corelab** (area siero x chimica clinica, sierologia, immunochimica).
Ematologia: (emocromo, VES, Hb patologiche), coagulazione 1° e 2° livello, biochimica residuale, elettroforesi proteica ed identificazione forme patologiche, urine, chimica fecale, allergologia, farmacotossicologia;
- **Microbiologia: batteriologia, sierologia, autoimmunità, biologia molecolare;**
- **Centro Trasfusionale: attività di raccolta** (da mantenersi presso la sede del Ceppo), gruppaggio e gestione sacche di sangue, lavorazione presso Officina di Area Vasta ;
- **Anatomia Patologica: estemporanee e preparazione macro da inviare presso l'ospedale della Val di Nievole.**

Ospedale della Valdinievole

- Pronto soccorso con potenziamento dello stesso ed apertura di n° 8 letti di osservazione filtro
- **Livello 1: Rianimazione ed UTIC**
- Laboratorio di Emodinamica
- **Punto Nascita ed Ostetricia** - punto nascita di I livello finalizzato alla gestione del parto fisiologico; il punto nascita sarà dotato di assistenza pediatrica H24; tale punto nascita sarà in stretto collegamento con quello di secondo livello del Presidio di Pistoia e con tutta la rete materno-infantile ed opererà con una gestione unitaria ed integrata su protocolli condivisi su tutto il territorio provinciale e di Area Vasta;
- **Procreazione medicalmente assistita ed andrologia**
- **Centro Aziendale Disturbi Comportamento Alimentare**
- **Consulenza pediatrica al Pronto Soccorso** (centralizzazione presso il PO di Pistoia della degenza h 24); **attività diurne in day service ed ambulatoriali polispecialistiche;**
- **Specialità di area medica con attività di medicina interna, neurologia, nefrologia, gastroenterologia, oncologia, diabetologia, malattie infettive, pneumologia, geriatria**
- **Attività in urgenza e programmata di chirurgia generale, ortopedica, ginecologica, oculistica**
- **Attività chirurgica programmata con centralizzazione presso Ospedale di Pescia di patologia chirurgica in elezione:**
 - Proctologia e centro chirurgia pavimento pelvico
 - Laparocele
 - Chirurgia plastica
 - Calcolosi colecisti senza interessamento vie biliari principali
 - Trattamento calcolosi vie urinarie- Centro aziendale per la calcolosi renale
- **Specializzazione per quanto riguarda l'attività chirurgica ortopedica (protesica anca)**
- **Attività oculistica in regime ricovero** (camera anteriore e posteriore, strabismo) e **mantenimento attività chirurgica Oculistica di base** (Cataratta)
- **Mantenimento attività chirurgica di base: day-surgery e week-surgery**

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

- **Mantenimento di attività ambulatoriale e consulenziale sulle 12 ore diurne di ORL e Urologia**
- **Dialisi**
- **Riabilitazione: si intende concentrare in questo PO tutte le attività di riabilitazione polispecialistica e cardiologica effettuate in Azienda in regime di ricovero (codice 56)**
- **Centro Aziendale per la terapia del dolore e algologia interventistica;**
- **Linea out patient (day service ed ambulatoriale).**

Area Diagnostica di Laboratorio

- **Lab. Analisi (Lab. Risposta rapida): corelab (area siero x chimica clinica, sierologia, immunochimica), ematologia (emocromi, VES), coagulazione 1° livello, urine**
- **Centro Trasfusionale: attività di raccolta, gruppaggio e gestione sacche di sangue**
- **Anatomia Patologica: accentramento di tutte le attività aziendali .**

San Marcello

Lo stabilimento ospedaliero "Lorenzo Pacini" è parte integrante del Presidio Ospedaliero di Pistoia.

Le degenze dello stabilimento sono unificate, anche ai fini gestionali, in un'area di degenza Medica con 26 posti letto all'interno della quale è prevista l'attivazione di 2 letti di cure intermedie, con una attività fortemente orientata all'integrazione con il territorio ed i medici di famiglia. La U.O. di Medicina, inserita nell'Area medica del P.O. di Pistoia, in grado di rispondere a livelli di intensità assistenziale di livello 2 e 3, sarà orientata verso le principali patologie della medicina generale, con particolare riguardo alla diagnosi e terapia delle patologie subacute e croniche.

Una particolare attenzione viene garantita alla disciplina di ortopedia mantenendo l'attività di assistenza traumatologica presente tutti i giorni durante il periodo invernale a supporto del Pronto Soccorso per dare una risposta in loco alla traumatologia in relazione all'attività ludico-sportiva e sciistica svolta nel territorio montano e ai relativi flussi di presenze, così come alla disciplina di chirurgia generale la cui presenza è garantita tutti i giorni .

Il "Pronto Soccorso" verrà inoltre potenziato con la presenza di un' ambulanza infermieristica.

L'attività della radiodiagnostica è integrata nell'Area della Diagnostica per immagini ed in particolare nell'U.O. di radiologia del P.O. di Pistoia, con la presenza attiva del radiologo, dei tecnici di radiologia in guardia diurna e reperibilità notturna e festiva e l'impiego della trasmissione delle immagini durante le 24 ore.

Al termine degli interventi di riorganizzazione avremo sostanzialmente un Presidio ospedaliero e territoriale con attività fortemente integrate con garanzia dell'intervento in emergenza-urgenza, con aree di degenza (di area medica, di cure intermedie e di integrazione ospedale territorio, differenziate per livelli di intensità di cura) ed aree dei servizi diurni (Day Hospital, Day Service, osservazione ambulatoriali, ecc.); aree distinte ma omogenee, che comporranno non più soltanto uno Stabilimento del P.O. di Pistoia ma un vero e proprio Presidio Sanitario Integrato (ospedaliero e territoriale PIOT) che garantirà la massima integrazione, funzionalità e razionalità con una forte attenzione alla presa in carico della persona, alla qualità dell'assistenza, al comfort, alla privacy.

Per tale progettualità si rimanda al documento completo "Progetto di qualificazione e riorganizzazione dell'attività Ospedaliera e Territoriale della Montagna Pistoiese"

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Programmazione di Area Vasta

Dobbiamo infine tenere presente che la riorganizzazione della rete ospedaliera aziendale si inserisce a pieno titolo nel bacino di utenza di Area Vasta che costituisce il riferimento più adeguato a rappresentare i bisogni ai quali deve dare risposta il ridisegno degli ospedali in un contesto di rete. Su questo punto la Toscana già dal PSR 2002 - 2004 aveva individuato l'AV come il livello ottimale per la programmazione delle attività ospedaliere.

E' importante sottolineare che non si tratterà di individuare livelli "gerarchici" di assistenza ospedaliera, ma di creare presidi che, in maniera integrata, offrano funzioni correlate ai bisogni dei territori di riferimento ed alla programmazione di Area Vasta.

La provincia di Pistoia presenta alcune caratteristiche che potrebbero inserirla in Area Vasta con funzioni sovraziendali (si riportano a titolo di esempio):

- radiologia interventistica;
- trattamento della grande obesità;
- interventistica del cuore e dei vasi periferici;
- radioterapia;
- terapia del dolore sia in ambito oncologico che non oncologico;
- gestione in rete delle immagini endoscopiche ed il trattamento delle emorragie digestive;
- trattamento chirurgico in ambito ortopedico dell'arto superiore;
- trattamento del piede diabetico;
- attività diagnostica e terapeutica in ambito dermatologico (es. melanomi);
- trattamento multidisciplinare delle metastasi epatiche;
- PDTA malattie neuromuscolari (malattie motoneurone);
- Chirurgia oculistica con particolare riferimento alla camera posteriore;
- Anatomia Patologica
- Riscontri autoptici
- Medicina dello Sport e relative competenze cliniche nell'ambito dei percorsi delle malattie cronico-degenerative

Sviluppo e potenziamento rete ospedaliera Azienda USL 3

Appare necessario concludere ribadendo che la riorganizzazione della rete ospedaliera della nostra Azienda offre una opportunità di sviluppo e potenziamento delle attività e della capacità di risposta ai cittadini.

Il nuovo ospedale di Pistoia sarà dotato di nuove tecnologie che consentiranno di aumentare l'offerta ospedaliera; basti pensare, a questo proposito al numero di nuove sale operatorie che, grazie anche all'integrazione con l'attività chirurgica svolta presso l'ospedale della Val di Nievole, ci permetteranno di accogliere i cittadini della nostra provincia che, attualmente, si rivolgono ad altri ospedali regionali ed extraregionali.

Questo permetterà un'opera di riqualificazione e di ritorno di risorse in azienda; infatti, nel 2012, la percentuale di soddisfazione della domanda di ricovero ospedaliero presso i nostri ospedali per i residenti è stata del 67,2% e pertanto sappiamo che, fatti salvi i ricoveri legati alla necessità di alta specializzazione (ad es. neuro e cardiocirurgia), possiamo e dobbiamo recuperare casistica e dare risposta ai cittadini che vogliono ricoverarsi presso le nostre strutture, utilizzando al massimo le potenzialità dei comparti chirurgici dei nostri ospedali.

Per raggiungere questo obiettivo l'Azienda intende valorizzare e potenziare le competenze professionali esistenti ed evidenziare all'esterno le eccellenze e inoltre investire in nuove competenze professionali che ci permettano di completare la nostra offerta, organizzata sui due presidi ospedalieri, con le specifiche caratteristiche descritte precedentemente.

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

PREVENZIONE COLLETTIVA

Le due principali azioni attuate dall'Azienda in merito ai punti precedenti sono rappresentate dalla approvazione del regolamento di organizzazione che prenda atto delle modifiche normative e dalla riunificazione della sede del Laboratorio di Sanità Pubblica di Pistoia nella sede di Firenze.

Le funzioni delle due attuali aree funzionali della prevenzione saranno riassorbite all'interno del macrolivello dipartimentale.

Le Unità Funzionali saranno le 4 previste dall'art. 67 della LR 81/12.

Le responsabilità delle attuali strutture gestionali potranno essere riconvertite, in parte in setting sia zonali che tematici, rivalutando l'istituto degli incarichi professionali.

Di seguito si riporta, in dettaglio, la nuova organizzazione, elencando, per ciascuna unità Funzionale, le attività previste; le azioni sotto riportate sono orientate ad affrontare le principali criticità riscontrate nella Prevenzione Collettiva che possono essere così riassunte:

- complessità delle procedure amministrative
- complessità dei controlli sulle unità produttive
- frammentazione degli assetti organizzativi e professionali
- necessità di razionalizzare la rete laboratori di sanità pubblica

Unità Funzionale SICUREZZA ALIMENTARE

- Setting zona Pistoiese
- Setting zona Valdinievole

(malattie infettive e diffuse degli animali – zoonosi – benessere animale in relazione al trasporto all'allevamento o alla detenzione di animali da reddito e d'affezione - igiene urbana veterinaria – randagismo - controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche – ispezione impianti di macellazione - controllo igienico sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale -- residui di farmaci e contaminanti ambientali negli alimenti di origine animale – farmaci veterinari – alimentazione animale e controllo sulla produzione e distribuzione di mangimi - controllo sulla produzione e sul commercio degli additivi, coloranti – materiali a contatto con gli alimenti – prescrizioni e provvedimenti conseguenti al controllo ufficiale – sistema allarme rapido alimenti e mangimi)

- Setting tematico: *Controllo OSA (Operatori Settore Alimentare) registrati*

(controllo igienico-sanitario nei settori della produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione degli alimenti e bevande, comprese le acque minerali - produzioni primarie di alimenti vegetali – ristorazione pubblica e collettiva - GDO - controllo sulla produzione e sul commercio dei prodotti dietetici e degli alimenti per la prima infanzia, additivi, coloranti – materiali a contatto con gli alimenti – prescrizioni e provvedimenti conseguenti al controllo ufficiale - prevenzione delle tossinfezioni alimentari e delle patologie collettive di origine alimentare sistema allarme rapido limitatamente alimenti di origine vegetale - attività dell'ispettorato micologico).

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

Unità Funzionale PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEI LUOGHI DI LAVORO

- ◆ Setting zona Pistoiese
- Setting zona Valdinievole

(individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, pericolosità e deterioramento negli ambienti di lavoro e relativi fattori di rischio anche di tipo organizzativo - controllo della sicurezza e delle caratteristiche ergonomiche e di igiene di ambienti, macchine, impianti e postazioni di lavoro - indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro - verifica della compatibilità dei progetti di insediamento industriale e di attività lavorative e in genere con le esigenze di tutela della salute dei lavoratori - valutazione della idoneità al lavoro specifico nei casi previsti dalla legge - indagini per infortuni e malattie professionali - ricerca per il miglioramento delle condizioni di salute e di igiene e sicurezza del lavoro - informazione all'utenza in materia di igiene, sicurezza e salute nei luoghi di lavoro - tutela della salute delle lavoratrici madri)

Unità Funzionale IGIENE PUBBLICA E NUTRIZIONE

- ◆ Setting zona Pistoiese
- Setting zona Valdinievole

(vigilanza sulle vaccinazioni - promozione campagne di vaccinazione ed interventi di profilassi e di educazione per prevenire il diffondersi delle malattie infettive - controllo malattie infettive e bonifica focolai - medicina del viaggiatore - sorveglianza delle tossinfezioni alimentari e loro monitoraggio mediante Ce.R.R.T.A.- controllo strutture ricettive - vigilanza igienica sulle attività di disinfezione, disinfestazione e derattizzazione - tutela dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale (acustico, atmosferico) ed al ciclo di trattamento dei rifiuti e degli scarichi - qualità delle acque destinate al consumo umano - piscine ed acque di balneazione - fattori di rischio o deterioramento degli ambienti di vita, ivi compresa la sicurezza degli impianti - verifica delle compatibilità dei piani urbanistici e dei progetti di insediamento industriali e di attività lavorative in genere con le esigenze di tutela della salute della popolazione - tutela delle condizioni igieniche e di sicurezza degli edifici con particolare riferimento agli edifici ad uso pubblico - stabilimenti termali - controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici, sostanze e preparati pericolosi - cosmetici - controllo sul deposito, commercio, vendita e impiego di fitofarmaci - gas tossici - radiazioni ionizzanti e non negli ambienti confinati - aspetti igienici della polizia mortuaria)

- Setting tematico: *Nutrizione*

(sorveglianza sullo stato nutrizionale della popolazione e sulle patologie correlabili con la dieta - elaborazione validazione e controllo menù nella ristorazione collettiva - promozione di abitudini alimentari e di stili di vita corretti - counseling nutrizionale)

Unità Funzionale MEDICINA DELLO SPORT

(certificazioni di idoneità allo sport agonistico rilasciate ai minori di anni 18, ai portatori di handicap e agli esenti totali, quando previsto dalla normativa regionale vigente - Interventi di educazione alla salute indirizzati alla promozione dello sport e all'adozione di stili di vita sani - attività di consulenza specialistica per la promozione delle attività motorie sportive organizzate da istituzioni locali ed associazioni sportive - valutazione funzionale di categorie a rischio per le quali una regolare attività sportiva può contribuire ad integrare un piano terapeutico - protocolli per la valutazione medico sportiva - informazione e valutazione degli effetti degli integratori alimentari e dei farmaci usati dagli sportivi e controllo antidoping - vigilanza sul

LINEE ATTUATIVE RIORGANIZZAZIONE AUSL3 PISTOIA (DGRT 1235/2012)

corretto rilascio delle certificazioni di idoneità allo sport agonistico e non agonistico - vigilanza sugli ambulatori privati che operano nel campo della medicina dello sport).

Altro elemento di rilievo è rappresentato dal passaggio di personale e competenze, di seguito esplicitato. Infatti, mantenendo ferme le integrazioni del personale delle diverse strutture già consolidate (Gruppo attività produttive, Gruppo strutture sanitarie, pronta disponibilità tecnici di prevenzione, gruppo fitosanitari e tutti i gruppi di lavoro costituiti all'interno delle singole strutture), nonché l'integrazione nei gruppi aziendali (es: emergenze), le modifiche più rilevanti di questa riorganizzazione saranno:

- allocazione dell'attività di Igiene della nutrizione nella UF Igiene pubblica e nutrizione
- passaggio delle competenze sulle "strutture ricettive" attualmente gestite dalle UU.FF. IAN alla U.F. Igiene pubblica e nutrizione, in adeguamento allo standard regionale
- passaggio del controllo dell'approvvigionamento idrico delle strutture alimentari alla U.F. Sicurezza alimentare
- collocazione della Medicina Legale nello Staff Della Direzione Aziendale
- integrazione del 50% della forza lavoro della UF medicina del lavoro in sanità pubblica o in direzione sanitaria riducendo il numero delle ditte convenzionate e liberando così il 50% del tempo lavoro del personale e riconvertendone l'utilizzo a favore delle strutture di cui sopra
- allocazione del Ce.R.R.T.A. (centro regionale per le tossinfezioni alimentari) nella U.F. Igiene Pubblica e Nutrizione
- allocazione dell'ispettorato micologico nella U.F. Sicurezza alimentare
- creazione, in aggiunta ai setting zonali, di due setting tematici a valenza aziendale su "Nutrizione" nella U.F. Igiene Pubblica e nutrizione e "controllo Operatori Settore Alimentare registrati" nella U.F. Sicurezza Alimentare.

Si ricorda infine che tutte le attività del Dipartimento di Prevenzione saranno localizzate nell'area del Ceppo, contribuendo in maniera sostanziale a qualificare questa realtà.