



VERSO UN NUOVO PIANO ATTUATIVO LOCALE

**Una sintesi della programmazione
e delle principali azioni e risultati ottenuti
nell'ambito sanitario in provincia di Modena**

14 maggio 2010

Presentazione

Conformemente al mandato ricevuto dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria con questo documento sono stati ricondotti a sintesi gli impegni, i processi ed i risultati degli ultimi 13 anni di storia della sanità modenese.

L'intento del documento è duplice: essere sufficientemente semplici ed intelleggibili da parte della numerosa platea di coloro che vorranno contribuire alla prossima pianificazione sanitaria e socio-sanitaria modenese, e allo stesso tempo di non essere eccessivamente schematici o superficiali, specie agli occhi degli "addetti" ai lavori.

Questo ci ha indotti ad articolare il documento in quattro parti:

- la prima in cui viene descritto il percorso degli obiettivi, degli impegni e delle decisioni via via assunte, dal 1997 ai giorni nostri;
- la seconda in cui vengono riferiti e documentati dalle Aziende, con dati tratti dai rispettivi Bilanci di Missione, del Profilo di Comunità e dal Sistema Informativo Regionale, i più importanti risultati della gestione nel tempo;
- la terza in cui vengono presentati i contenuti dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale 2009-2011, in cui sono già presenti indicazioni per la futura programmazione;
- la quarta costituita da ulteriori allegati, disponibili integralmente sul sito www.pal.provincia.modena.it, la cui consultazione potrà consentire, a chi lo desidera, verifiche ed approfondimenti. Questa parte potrà essere oggetto di ulteriori successivi arricchimenti, anche in ragione delle eventuali sollecitazioni pervenute.

Tra i documenti allegati si richiamano all'attenzione i Bilanci di Missione delle due Aziende Sanitarie, il Profilo di Comunità e l'Atto di Indirizzo approvati dalla CTSS nell'anno 2008.

Il lavoro complessivo è stato coordinato dall'Ufficio di Supporto alla CTSS che ha in particolare curato la ricostruzione del percorso dal PAL 1997 ad oggi, mentre gli elementi descrittivi ed i dati concernenti le azioni svolte ed i risultati conseguiti sono stati curati dalla Azienda USL di Modena con il contributo della Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena.

Per approfondimenti e per inviare contributi
www.pal.provincia.modena.it

PRINCIPALI ABBREVIAZIONI USATE NEL TESTO

ADI = Assistenza Domiciliare Integrata
CD = Centro Diurno
CSM = Centro Salute Mentale
CST = Conferenza Sanitaria Territoriale
CTSS = Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria
DEA = Dipartimento Emergenza-Urgenza e Accettazione
DH = Day Hospital
DS = Day Surgery
FRNA = Fondo Regionale Non Autosufficienza
MMG = Medico di Medicina Generale
NCP = Nucleo di Cure Primarie
NOCSAE = Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense
PAL = Piano Attuativo Locale
PdZ = Piani di Zona
PL = Posto Letto
PLS = Pediatria di Libera Scelta
PS = Pronto Soccorso
PUA = Punto Unico di Accesso
RSA = Residenza Sanitaria Assistita

INDICE

PARTE PRIMA: IL PERCORSO PROGRAMMATORIO DAL 1997 AD OGGI	7
1 – IL PIANO ATTUATIVO LOCALE MODENESE 1997-1999	
1.1 - Una scelta peculiare: il modello a rete	
1.2 - Principali linee e contenuti	
1.3 - Il capitolo "scenari", le sottolineature della CST e le indicazioni della regione	
1.4 - Gli sviluppi successivi	
1.4.1 - Il gruppo tecnico Policlinico-Baggiovara del 1998	
1.4.2 - Gli indirizzi della CSST per la revisione del PAL (novembre 2001)	
1.4.3 - L'aggiornamento degli assetti Policlinico - Baggiovara (ottobre 2001)	
1.4.4 - Il documento sulle integrazioni Policlinico - Baggiovara (luglio 2003)	
1.4.5 - La missione ed il quadro programmatico del Nuovo Ospedale di Sassuolo (2003)	
1.4.6 - Il presidio unico provinciale ed i dipartimenti aziendali	
2 – IL PIANO ATTUATIVO LOCALE MODENESE 2003 -2005	
2.1 - Due atti di indirizzo: uno dedicato alle attività distrettuali e di sanità pubblica (19/12/2001)	
2.2 – Principali linee e contenuti	
2.2.1 – Modelli organizzativi per l'innovazione e lo sviluppo	
2.2.2 – Reti cliniche integrate, autosufficienza ed organizzazione delle strutture	
2.2.3 - Sviluppo della telemedicina e dell'information and communication technology	
2.3 – I successivi passaggi più significativi	
2.4 – La conclusione della sperimentazione gestionale di Sassuolo	
PARTE SECONDA: PRINCIPALI AZIONI E RISULTATI	23
1 - LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE MODENESE	
2 - LA PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	
2.1 – La promozione della salute	
2.2 – La sanità pubblica	
3 - L'ASSISTENZA TERRITORIALE	
3.1 – I distretti e i dipartimenti territoriali	
3.2 – Le cure primarie	
3.3 - L'assistenza specialistica ambulatoriale	
3.4 - Le Cure Palliative	
3.5 - La salute mentale e le dipendenze patologiche	
3.6 – L'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili	
4 - LE RETI CLINICHE INTEGRATE	
4.1 - La rete dell'emergenza-urgenza	
4.2 - La rete dei traumi gravi	
4.3 - La rete per l'infarto	
4.4 - La rete per l'ictus	
4.5 - La rete oncologica	
4.6 – La rete materno-infantile	
4.7 – La rete nefrologica	
4.8 - La rete dei laboratori	
4.9 - La rete della diagnostica per immagini	
4.10 – La rete trasfusionale	
4.11 – Altri punti di eccellenza	
5 - LA RETE OSPEDALIERA	
5.1 - I dati dell'attività ospedaliera	
5.2 - I posti letto	
5.3 - Dal PAL del 1997 al PAL 2003	
5.4 - Le tappe di avvio di Baggiovara e dell'integrazione tra le due strutture modenesi	
6 - LO SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA E DELL'INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY	
7. IL CONTRIBUTO DEL VOLONTARIATO	
8. RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	
9. GLI INVESTIMENTI	
PARTE TERZA - L'ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO TRIENNALE 2009-2011	74
3.1 – L'impostazione complessiva e i contenuti del documento	
3.2 – Il terzo capitolo: le politiche sanitarie integrate	
PARTE QUARTA: ALLEGATI	78

PARTE PRIMA

Il percorso programmatico dal 1997 ad oggi

Il periodo 1996-1997 deve essere assunto come un importante momento di svolta per l'assetto strutturale ed organizzativo della sanità modenese. Le coordinate del cambiamento erano già state indicate sia a livello nazionale che a quello regionale.

Con la legge statale 382/1996 venne infatti prevista una significativa "...ristrutturazione della rete ospedaliera...", tenuta ad assestarsi su alcuni precisi standard:

- numero posti letto per abitante pari al 5‰, di cui per acuti 4‰ e riabilitazione lungodegenza 1‰;
- tasso di utilizzo dei posti letto: non inferiore al 75%;
- tasso di ospedalizzazione: 160‰

La Regione Emilia Romagna, per rendere concretamente perseguibili tali risultati, sia in termini di efficienza, efficacia, economicità che di equità e qualità delle risposte, aveva da parte sua indicato più precisi obiettivi e più articolate traiettorie, alcune delle quali anticipatrici dei successivi sviluppi pianificatori:

- riduzione posti letto per acuti (obiettivo 4‰);
- aumento posti letto lungodegenza post-acuzie e riabilitativi (obiettivo 1‰);
- meno ospedali ma più "tecnologici";
- diversificazione e qualificazione specialistica;
- forme di assistenza alternative al ricovero: day Hospital (almeno 10%), day surgery, attività ambulatoriale;
- dimissioni protette ed assistenza domiciliare;
- attivazione residenze sanitarie assistite;
- qualificazione e potenziamento delle strutture socio sanitarie;

1. IL PIANO ATTUATIVO LOCALE MODENESE 1997-1999

A Modena l'impegno alla realizzazione dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo era già stato precedentemente assunto e si trattava ora di incamminarsi verso i contenuti della loro realizzazione.

Il lavoro per la stesura del Piano Attuativo Locale (PAL) fu perciò molto partecipato, minuzioso e complesso, sia in sede tecnica che istituzionale, quanto mai concentrato sull'assioma "Pal=Ospedali", peraltro all'epoca dominante.

1.1 - Una scelta peculiare: il modello a rete

Il documento finale, approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione n. 1709/1997, si caratterizzò innanzitutto per una importante peculiarità: il "modello a rete".

Diversamente dai percorsi di forte accentramento di sedi e funzioni attuati da molte altre province, anche in ragione della diversa struttura dei rispettivi contesti, la scelta modenese è stata quella di optare per un **sistema diffuso sul territorio, basato sul superamento delle duplicazioni e su incisivi processi di integrazione/coordinamento degli interventi**. Ciò allo scopo di coniugare assieme le esigenze di razionalizzazione e qualificazione con quelle di equità anche distributiva e di solidarietà del sistema.

La necessaria riduzione/riconversione dei posti letto imposta dai parametri e dalle direttive nazionali e regionali, venne pertanto progettata con una specifica attenzione a questo obiettivo, attraverso la ridefinizione dell'assetto di insieme degli ospedali della provincia, ivi compresa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena ed i privati.

Una ridefinizione estremamente meticolosa ed accurata, sia per quanto concerne la distribuzione dei posti letto che delle funzioni, di cui si ritiene opportuno richiamare le linee e gli orientamenti che l'hanno guidata.

1.2 Principali linee e contenuti

Nel PAL 1997-1999 sotto il titolo "Aspetti della riorganizzazione ospedaliera comuni alle due Aziende sanitarie", si collocavano:

- l'**adeguamento dei posti letto** allo standard regionale del 5%;
- una **"...significativa modificazione della loro destinazione funzionale..."** allo scopo di:
 - conseguire **almeno lo 0,9% dei posti letto (pl) per degenza protratta,**

riabilitazione (e attesa realizzazione RSA);

- innalzare i livelli di qualità e ridurre i tempi di attesa in determinate discipline anche per **migliorare il saldo negativo della mobilità** interprovinciale (quella interregionale è positiva grazie al Policlinico);

- **riconfigurare la posizione del privato** accreditato sia per quanto concerne la lungodegenza che soprattutto "l'area psichiatrica";

- la suddivisione dei posti letto nei diversi stabilimenti articolata per **aree omogenee**, in un'ottica di **riorganizzazione dipartimentale** e di flessibilità, cercando di "...decentrare quanto possibile... per favorire l'accessibilità e di ...accentrare quanto necessario... per assicurare adeguati livelli... di qualità ed efficienza gestionale...", con contestuale sviluppo dei servizi senza posti letto;
- una specifica attenzione al **sistema dell'emergenza-urgenza** per una unitaria, "...profonda revisione organizzativa della rete...";
- un preciso, dettagliato **programma di riorganizzazione psichiatrica**, orientato a ricondurre a congruità ed unitarietà di direzione funzionale ed organizzativa tutti i presidi, strutture, unità operative che erogavano prestazioni diagnostiche, terapeutiche, assistenziali, preventive e riabilitative nel campo della salute mentale;
- il **"superamento definitivo..."** della struttura di **Formigine...** ove, assieme ad adeguati servizi territoriali, "...potrà essere attivato d'intesa con i medici di famiglia locali...un **centro di cure primarie**".

E' su queste basi che si sviluppa il dettaglio dell'intero piano, sia per quanto concerne l'Azienda Policlinico che per l'Azienda USL.

Quest'ultima, nella sua "Analisi di dettaglio della riorganizzazione ospedaliera nell'ambito della Azienda USL", dopo aver ribadito gli obiettivi generali di una rete provinciale di ospedali integrati tra di loro e con il territorio assieme a quelli più specifici già precedentemente citati:

- descrive la **riorganizzazione degli stabilimenti**, sulla linea delle aree omogenee, secondo uno schema di **"rete tripolare"**, basata su tre Presidi Ospedalieri:
 - NORD:** Carpi, Mirandola, Finale;
 - CENTRO:** Civile/Estense, Castelfranco;
 - SUD:** Sassuolo, Pavullo, Vignola;
- dedica un apposito capitolo al **"potenziamento della medicina territoriale"**: Specialistica ambulatoriale

(specie aree critiche), Area materno infantile (ospedale/territorio), Assistenza domiciliare (dimissioni protette, ADI, NODO, ospedalizzazione domiciliare);

- si concentra sulle esigenze di **"razionalizzazione nei servizi diagnostici di laboratorio e radiologia"** allo scopo di trarre qualità, efficienza e risparmio attraverso investimenti tecnologici, concentrazioni organizzative, collegamenti digitali;
- richiama all'attenzione aspetti relativi alla **programmazione integrata con le province limitrofe, in particolare l'area reggiana** nei cui confronti "...è necessario un forte recupero di efficienza da parte delle strutture di Carpi e Sassuolo..." e con la quale "...nella programmazione di lungo periodo pare necessario prevedere luoghi e momenti di confronto interprovinciale...".

In questo quadro **la specifica programmazione del Policlinico partecipa alla revisione complessiva dell'offerta ospedaliera provinciale su una linea di tutela e valorizzazione del suo ruolo di Azienda Ospedaliero-Universitaria.**

L'esigenza di mantenere una capacità ricettiva in grado di accogliere anche l'importante surplus di **pazienti provenienti da altre AUSL** fuori provincia/regione, i dimensionamenti quali-quantitativi richiesti dalle **necessità formative della Università**, assieme alla presenza di strutture specialistiche esclusive ed ai condizionamenti risorse/tempi necessari per le modificazioni strutturali, ne determinano infatti una collocazione all'interno del PAL. Esso indubbiamente prevede ridimensionamenti e riconversioni-qualificazioni-integrazioni di servizi, unità operative, professionisti ma più in generale l'impegno a successivi sviluppi secondo la logica di un costante adeguamento, attraverso i contratti di fornitura, a quelli che saranno gli ulteriori interventi di rimodulazione della rete definiti della competente Azienda USL.

Su questi aspetti interverranno infatti specifici documenti di programmazione integrata, mano a mano che avanza la realizzazione dei nuovi ospedali di Baggiovara e di Sassuolo.

1.3 Il capitolo "scenari", le sottolineature della CST e le indicazioni della Regione

Come già detto si può affermare che quello del 1997 è un PAL ricco di contenuti e di linee significative. Linee che gli stessi estensori, la CST ed in particolare la Regione nella sua delibera di approvazione, hanno ritenuto di dovere rimarcare e precisare con indicazioni che conferiscono alla pianificazione 1997-1999 un sostanziale ruolo di "prima tappa" verso ulteriori e impegnativi sviluppi.

Di questa fase programmatoria, rivestono infatti un indubbio interesse:

- l'ultima parte del PAL che va sotto il titolo **scenari** per la programmazione ospedaliera a medio termine;
- le sottolineature/raccomandazioni formulate dalla **Conferenza Sanitaria Territoriale (CST)** in sede di approvazione locale del Piano (odg del 7.05.1997);
- le precise, ulteriori indicazioni contenute nella deliberazione di definitiva approvazione del PAL da parte della **Giunta Regionale (DG 1709/97)**.

Questi tre documenti lanciano lo sguardo oltre il periodo di vigenza formale del PAL e lo traggono sull'epoca di previsto completamento dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo (2000-2002) ed anche oltre. Più precisamente:

Il capitolo "scenari" del PAL si preoccupa della sostenibilità complessiva del Piano, sia sotto il profilo degli investimenti che della gestione. Vengono infatti posti in evidenza, da un lato "...l'importante programma di investimenti...per la realizzazione dei nuovi ospedali...e per ...l'adeguamento edilizio impiantistico della rete esistente...che presenta in alcune realtà tra cui il Policlinico, una criticità elevata in relazione anche ai requisiti di sicurezza..." e dall'altro "...l'esigenza di valutare soluzioni adeguate per gestire l'impatto futuro dei nuovi ospedali sui costi di gestione...".

Valutazioni che già in questa sede portano ad **alcune precise indicazioni operative** per gli anni a venire:

- **l'indice provinciale dei posti letto** per acuti deve essere ulteriormente ridotto " ...ad un livello non superiore al **3,5% per abitante...**";
- **il dimensionamento complessivo dei nuovi ospedali** di Modena e di Sassuolo deve essere **decisamente ridotto** ed il perseguimento del nuovo indice provinciale deve essere posto " ...a quasi esclusivo carico dell'Azienda ospedaliera (Policlinico)" per giungere all'incirca e rispettivamente a: 500, 200 e 800 posti letto, con conseguente necessità di realizzare un apposito

- “...progetto sanitario integrato tra Policlinico e nuovo ospedale di Baggiovara...”;
- **l’ospedale di Castelfranco viene riconvertito** in direzione di Day Hospital, degenza protratta riabilitazione, attività specialistica ambulatoriale e “...qualificata presenza di Medicina Generale di Gruppo e ...Centro Cure Primarie...” , partecipando con Baggiovara, Policlinico e Sassuolo, alla riorganizzazione ospedaliera per “aree omogenee”;
- “...la restante rete ospedaliera provinciale non risentirà in maniera significativa di alcuna riduzione”;
- specifiche indicazioni concernenti una unitaria e complessiva **riorganizzazione dell’area materno infantile e del Dipartimento di Emergenza**;
- un forte richiamo alle “...organizzazione di assistenza in **degenza protratta e riabilitativa...**” e soprattutto l’insistente sottolineatura circa le necessità di concretamente attivare **forme alternative al ricovero**, per una “...più congrua risposta non ospedaliera...” , “...sulla base del modello anglosassone dei **Primary Health Care Centre...**”.

Da parte sua la CST, nel citato documento del 07.05.1997, esprime alcune sottolineature e raccomandazioni che è bene citare:

- l’importanza, la **positività**, la peculiarità **del modello a rete** quale strumento di equità, qualità ed efficienza gestionale;
- la necessità di **attivare** rapidamente tutte le **forme di assistenza alternative** al ricovero (D.H.- Day Surgery ecc.);
- l’esigenza di una **nuova organizzazione dell’area materno-infantile** e dei percorsi nascita ospedale/territorio;
- l’analoga esigenza della **riorganizzazione dei laboratori**;
- il rilievo del riordino e del decentramento dell’**assistenza psichiatrica**;
- il dovere di conferire un consistente **impulso alla autonomia/responsabilità organizzativa dei Distretti** per l’ampliamento dei servizi territoriali e per l’integrazione con il sociale.

La **deliberazione della Giunta Regionale** n. 1709 del settembre 1997, successivamente confermata dal Consiglio Regionale con deliberazione n. 737 del 9.10.1997, dedica l’intero dispositivo di approvazione agli “scenari di medio periodo” con indicazioni estremamente precise:

- **completare gli ospedali** di Baggiovara e Sassuolo riducendo ulteriormente i letti, valorizzando le funzioni specialistiche in un contesto di rete ospedaliera integrata provinciale;

- le tabelle PAL delle funzioni ospedaliere costituiscono un “...orientamento puramente esemplificativo” ed è pertanto necessario “...**riordinare l’articolazione delle discipline** per singola struttura...con particolare riferimento agli stabilimenti di Baggiovara, Sassuolo, Policlinico...” ,
- **riconversione dell’ospedale di Castelfranco** in direzione di riabilitazione, attività specialistica ambulatoriale, medicina di gruppo/cure primarie;
- consistente **riconversione di letti** di lungodegenza presso strutture private e realizzazione di **residenze socio-riabilitative/RSA** in direzione anche del superamento delle lungodegenze psichiatriche,
- **passare da 1 a 3 servizi Psichiatrici di diagnosi e Cura (SPDC)** dislocati presso strutture pubbliche (Sassuolo-Modena-Carpi), diretti da dirigenti del SSN, integrati nell’unico **Dipartimento Aziendale di Salute Mentale**, appartenente alla rete dei servizi extra-ospedalieri.

1.4 Gli sviluppi successivi

Le esplicite indicazioni della Regione e l’oggettiva complessità del processo di rimodulazione avviato, richiesero numerosi momenti di approfondimento e assestamento, non solo tecnico, delle scelte. Ne richiamiamo i più significativi.

1.4.1. Il gruppo tecnico Policlinico-Baggiovara del 1998

In conformità a quanto previsto dalla deliberazione regionale, il Gruppo tecnico immediatamente costituito per la ridefinizione dell’assetto Policlinico-Baggiovara, sottopose all’attenzione dell’Esecutivo della CST che l’approvò nella seduta del 03.02.1998, un documento così strutturato:

- conferma della dotazione complessiva dei posti letto, prevedendo **720 letti presso il Policlinico e 610 presso Baggiovara**, secondo una precisa articolazione delle discipline;
- **diversa vocazione delle due strutture** ovvero: consolidamento delle attività elettive di II e III livello presso il Policlinico, con particolare riferimento all’ambito oncologico e sviluppo presso Baggiovara delle attività non programmate a prevalente orientamento chirurgico;
- Necessità di successivi approfondimenti per quanto concerne **Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Dipartimento di Psichiatria**.

1.4.2 Gli indirizzi della CST per la revisione del PAL (17/11/2001)

I confronti, le verifiche e le concrete esperienze degli anni successivi al 1998, assieme a quanto indicato dal Piano Sanitario Regionale 1999-2001 e dai relativi documenti attuativi, produssero l'esigenza di ulteriori assestamenti e approfondimenti che nel settembre 2001 portano l'Esecutivo della Conferenza ST alla approvazione di un atto dal titolo: **Indirizzi alle Aziende Sanitarie per la revisione del PAL.**

Il documento nella sua prima parte affronta temi specifici connessi al completamento dei processi in corso mentre nella seconda fornisce i primi indirizzi per l'avvio del nuovo PAL.

Di seguito i punti più significativi:

- migliorare il livello di **coerenza tra le diverse vocazioni di Baggiovara e Policlinico**, superando sovrapposizioni, assicurando il massimo livello di integrazione e limitando la collocazione delle funzioni a ciò che è "strettamente indispensabile per l'autosufficienza";
- completare **l'approfondimento su Dipartimento di Emergenza Urgenza e Psichiatria**;
- completare la programmazione degli ospedali con una **compiuta articolazione dei servizi diagnostici e di supporto**;
- "attualizzare l'assetto degli ospedali rispetto ai più recenti documenti di programmazione nazionale e regionale, tendendo ad elevati livelli di **umanizzazione e di presa in carico** dei pazienti, con attenzione mirata ai temi della socialità, della **innovazione tecnologica ed organizzativa e della formazione...**";
- realizzare questi processi in modo "...compatibile con il **mantenimento di una rete di ospedali diffusa...**" in grado di assicurare in modo soddisfacente il "...principio di equo accesso della popolazione ai servizi...";
- **sostanziale rovesciamento dei precedenti criteri programmatori** ovvero attenzione "...non focalizzata sugli aspetti strutturali ma "...sui modelli organizzativi, di funzionamento...ed assistenziali...";
- la programmazione "...dovrà interessare **anche l'area dell'offerta extra-ospedaliera...**" soprattutto per quanto concerne l'integrazione ospedale/territorio e la presa in carico;
- nel rispetto dei doverosi obiettivi di efficienza, qualità e sicurezza, una significativa attenzione dovrà essere dedicata alla **"accessibilità" dei servizi** e ad un'equa ed appropriata distribuzione degli stessi sul territorio;

- la **rete ospedaliera** dovrà poggiare sui tre pilastri della: **autosufficienza, reti cliniche integrate, modello hub & spoke**;
- un particolare rilievo dovrà essere riservato alla **Assistenza Distrettuale** ed al **Dipartimento di Sanità-Pubblica**;
- **il Piano per la Salute** dovrà rappresentare il termine di riferimento fondamentale per individuare le principali linee evolutive del sistema Sanitario Provinciale;
- il processo di definizione del nuovo PAL dovrà vedere anche ed in particolare il **coinvolgimento dell'Università**.

Il documento si conclude poi con due precisi impegni:

- presentare entro ottobre 2001 una proposta tecnica di completamento/aggiornamento degli assetti Policlinico-Baggiovara precedentemente previsti dal documento del febbraio 1998;
- avviare l'elaborazione del nuovo PAL.

1.4.3 L'aggiornamento degli assetti Policlinico - Baggiovara (ottobre 2001)

Il documento congiunto delle due Aziende, dopo aver confermato la perdurante congruità, "...anche in prospettiva di medio periodo...", del dimensionamento complessivo dei p.l. ospedalieri di Policlinico e Baggiovara già individuato nel 1998 (720 Policlinico e 610 Baggiovara), individua le principali criticità del momento nella incompleta individuazione delle vocazioni dei due ospedali, nella collocazione del Dipartimento Emergenza-urgenza e Accettazione di II livello, della pneumologia e della chirurgia toracica a Baggiovara nonché in alcune "duplicazioni evitabili".

La **proposta tecnica** che ne consegue:

- **definisce meglio la mission dei due ospedali:**
 - Baggiovara: sede di attività non programmate a prevalente orientamento chirurgico e del DEA di II livello. Sede di gestione dei percorsi riabilitativi intensivi ed estensivi, intesi come necessario completamento del processo assistenziale rivolto al politrauma ed al paziente con esiti invalidanti di patologie neurologiche,
 - Policlinico: sede di insegnamento per corsi di laurea e i diplomi universitari di area sanitaria, per la quale si conferma il consolidamento delle attività elettive di II e III livello, con particolare riferimento all'ambito oncologico-internistico, trapiantologico, chirurgico-estetico e materno infantile;
- **sottolinea l'importanza del reciproco supporto specialistico** per le discipline

presenti in uno solo dei due ospedali nonché l'esigenza di reciproche "sinergie particolarmente strette" fra le discipline di primo livello e le discipline specialistiche nei due ospedali;

➤ **formula nuove ipotesi organizzative e distributive** rispetto al documento del 1998 ovvero:

- collocazione a Baggiovara dell'area delle "neuroscienze" e completamento del DEA di II livello mediante integrazioni/consulenze da parte dell'area testa-collo del Policlinico,
- potenziamento presso Baggiovara della dotazione di letti di "riabilitazione e post-acuzie intensiva ed estensiva" mantenendo presso il Policlinico una funzione riabilitativa di tipo ambulatoriale e di day hospital,
- mantenimento al Policlinico della "pneumologia e chirurgia toracica" allo scopo di sfruttare più efficacemente le sinergie con l'area internistica ed oncologica,
- unificazione presso il Policlinico delle due strutture di "neurologia",
- mantenimento presso il Policlinico delle competenze chirurgiche attinenti l'ambito oncologico nonché di attività di chirurgia vascolare connesse ai trapianti,
- conferma della presenza presso il Policlinico dei 15 letti del Presidio di diagnosi e Cura,
- sottolineatura, prefigurandone l'organizzazione, della indispensabilità di una "...forte integrazione per i servizi diagnostici di laboratorio...in un ottica provinciale...",
- parallela sottolineatura del ruolo delle "...diagnostiche per immagini" ed al suo interno delle "attrezzature pesanti" di cui necessitano, evitando comunque le frammentazioni, ambedue le strutture modenesi,
- impegno alla collocazione presso il Policlinico di un'unica cucina e di un'unica farmacia al servizio di ambedue gli ospedali.

➤ **si conclude con una dettagliata tabella delle strutture complesse che in qualche misura modifica** la precedente dotazione dei posti letto nel modo che segue: Baggiovara da 610 a 601, Policlinico da 720 a 741.

1.4.4 Il documento sulle integrazioni Policlinico-Baggiovara (luglio 2003)

E' questo un vero e proprio **documento di dettaglio operativo** che, alle soglie del completamento di Baggiovara, definisce, assieme ad altre, il quadro della movimentazione di attività dal Policlinico al nuovo ospedale di Baggiovara.

Movimentazioni che non costituiscono soltanto l'attuazione pratica degli obiettivi di mission individuati per ciascuno dei due ospedali ma che in questa occasione sono particolarmente attenti alle necessità/opportunità che il processo offre per la qualificazione e per la crescita delle attività didattiche e di ricerca. Si afferma infatti la possibilità di **allargare l'offerta didattica e le occasioni di ricerca clinica non solo a tutte e due le strutture ma anche agli altri ospedali ed al territorio**, sostenendo che costituisce una "...formidabile occasione di crescita qualitativa nell'offerta pubblica..." per l'intera realtà modenese.

In questa ottica, vengono definite:

- **le funzioni da trasferire** dal Policlinico a Baggiovara (178 letti complessivi: neurochirurgia, Neurologia, Medicina Generale, Riabilitazione, Neuroradiologia, Centrale Operativa 118, Chirurgia Generale, Lungodegenza post-acuzie e Psichiatria) con un saldo finale immediato per il Policlinico di 820 p.l., che dovranno però essere comunque ridotti ai 741 previsti dal PAL,
- **il mantenimento al Policlinico** di numerose "attività residue" necessariamente connesse alle funzioni assegnate o comunque al buon funzionamento complessivo della struttura applicando in ogni caso un forte modello di "integrazione inclusiva" per le funzioni non disponibili,
- **la dislocazione presso** il nuovo ospedale di **Baggiovara di percorsi didattico-assistenziali e di ricerca** nei settori neurologico, metabolico nutrizionistico e della salute mentale. In tal senso il nuovo ospedale dovrà predisporre spazi, attrezzature, ecc., in grado di adeguatamente accogliere 4 corsi di laurea breve e 5 corsi di specializzazione per oltre 200 studenti.

Successivamente il documento individua, descrivendone per ciascuna caratteristiche e motivazioni, ben **22 aree di sviluppo e/o discipline proprie del Policlinico**¹ che,

¹ Oncologia, Ematologia e Radioterapia, Pneumologia e Chirurgia Toracica, Chirurgia Generale Oncologica e mininvasiva; Chirurgia Ginecologica e Pediatrica; Chirurgia dei trapianti; Urologia; Chirurgia Endocrinologia; Chirurgia della mano; Ortopedia specialistica elettiva e traumatologia; Chirurgia ORL e Oculistica; Chirurgia vascolare; Cardiologia interventistica ed Aritmologia, Servizi Sanitari di supporto; Laboratori ad alta specializzazione, Nefrologia

nell'insieme e nel quadro delle previste sinergie/integrazioni con Baggiovara e con il resto della rete provinciale, sono volte a confermarne sia il ruolo che l'importanza strategica nello scenario locale e non solo.

Ed è con l'attenzione rivolta a quest'ultimo aspetto che il documento si conclude con due precise indicazioni riguardanti l'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU):

- il Policlinico, quale punto di riferimento nella formazione specialistica di secondo e terzo livello, nella ricerca e sviluppo applicativo di tecniche innovative, dovrebbe essere dotato delle **tecnologie più avanzate...soprattutto nei settori della information technology, della telechirurgia e della telemedicina;**
- affinché l'AOU possa efficacemente esprimere questo suo ruolo è necessario che tutte le parti coinvolte, attraverso uno specifico accordo di programma, si impegnino su di un **piano di interventi edilizi** volti a migliorarne nel medio periodo la sicurezza, l'efficienza, la funzionalità e quindi "l'accreditabilità".

1.4.5 La missione ed il quadro programmatorio del Nuovo Ospedale di Sassuolo (dicembre 2003)

Nel luglio 2002, la Giunta Regionale con atto n. 1337, autorizzò ai sensi dell'art. 9 bis del Dlgs 502/1992, una **sperimentazione gestionale** finalizzata alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Sassuolo, quale unico contenitore delle attività precedentemente svolte dal vecchio ospedale pubblico e dalla contigua Casa di cura privata Villa Fiorita.

La sperimentazione si sostanziò nella costituzione di una **Società per Azioni a capitale misto** denominata "Ospedale di Sassuolo SpA" partecipata per il 51% dall'Azienda USL di Modena e per il 49% dalla società privata Tolife.

A questa SpA venne affidata la gestione del nuovo complesso ospedaliero (la struttura è interamente di proprietà pubblica) con il **vincolo** di esercitarla in coerente attuazione degli obiettivi e degli standard posti dalla **vigente programmazione provinciale e regionale**.

A tale scopo fu previsto che la conduzione operativa dell'attività gestionale fosse competenza della SpA con nomina di un Amministratore delegato di parte privata e di un

e Dialisi; Reumatologia ed Endocrinologia; Gastroenterologia ed Endoscopia Operativa; Genetica; Area Materno Infantile; Diabetologia; Diagnostica strumentale di II e III livello; Altre specialità.

Direttore sanitario di parte pubblica, mentre restava in carico alla Azienda USL l'esercizio di un ruolo di indirizzo e controllo in un contesto di **piena appartenenza** dello stabilimento **alla rete ospedaliera provinciale**. Il tutto con un significativo **coinvolgimento degli Enti Locali** nella valutazione dell'andamento della sperimentazione.

I lavori erano ormai iniziati e nel dicembre 2003 (CTSS del 3.12.2003) si passò alla formale **definizione della "mission" e delle aree di attività** con cui era tenuto a confrontarsi l'assetto funzionale e organizzativo del nuovo stabilimento. Per quanto concerne la mission i livelli individuati furono sostanzialmente tre:

- **primo livello: discipline di base** per corrispondere pienamente alle esigenze della popolazione del distretto;
- **secondo livello: attività specialistiche riferite all'intera Area Sud** della provincia, con la possibilità che alcune di queste potessero rappresentare anche un punto di riferimento a valenza sovradistrettuale;
- **terzo livello: specifica, stretta e continua integrazione con il nuovo ospedale di Baggiovara** in uno scambio, non solo unidirezionale, di supporto alle rispettive specialistiche.

In questa logica la conferma della dotazione di unità operative e dei relativi posti letto (250), venne posta all'interno di un "contesto programmatorio" che l'AUSL indicò alla Società di gestione quale quadro entro cui si sarebbe collocato il "contratto di fornitura".

Ecco le **aree assegnate**:

- **Internistica:** medicina interna con endocrinologia (con particolare riferimento a patologie tiroidee), oncologia, quale II livello per l'area sud. Sempre all'interno della medicina interna attività distrettuali di gastroenterologia e diabetologia. Cardiologia con prospettiva di forte integrazione con Baggiovara e Pneumologia con attività distrettuale e di area sud.
- **Chirurgica:** conferma orientamenti specialistici in essere (chirurgia mininvasiva tiroidea e proctologia) a valenza distrettuale ed individuazione degli orientamenti urologico, oculistico ed otorinolaringoiatrico quali strutture di riferimento per l'area sud. Oltre a ciò individuazione della nuova area ortopedica quale importante potenzialità da sviluppare e consolidare, anche su base sovradistrettuale ed interprovinciale, nella chirurgia del ginocchio ed artroscopica. In questa area si colloca la funzione anestesilogica a supporto di tutte le attività chirurgiche e di PS nonché come uno dei riferimenti provinciali per il progetto "ospedale senza dolore".

- **Lungodegenza e della riabilitazione:** viene previsto l'obiettivo della autosufficienza locale sia per le attività di post-acuzie che di lungodegenza e di riabilitazione estensiva mentre per la riabilitazione intensiva il riferimento viene assunto da Baggiovara. Veniva inoltre previsto a Sassuolo lo sviluppo dell'attività riabilitativa post-ortopedica e di quella connessa alla traumatologia sportiva.
- **Materno Infantile:** dovrà garantire assistenza alla gravidanza/parto/puerperio per l'area sassuolese con particolare attenzione ai temi della umanizzazione, del parto indolore e, in ambito pediatrico, per il supporto neonatale al percorso nascita. Entrambe le discipline assicureranno forti integrazioni territoriali e supporteranno i percorsi dell'emergenza-urgenza anche di Baggiovara.
- **Emergenza-Urgenza:** l'ospedale dotato di DEA di I livello e di una Medicina di Urgenza, risponde alle esigenze del Distretto, in piena integrazione con il sistema dell'emergenza-urgenza provinciale, specie DEA di II livello di Baggiovara.
- **Psichiatrica:** l'SPDC di area sud al momento viene collocato a Villa Igea ed il CSM di Sassuolo garantirà all'ospedale le necessarie consulenze h24.
- **Servizi:** nel contesto del progetto provinciale di teleradiologia, l'ospedale di Sassuolo dovrà avere "piena autosufficienza" per quanto riguarda la diagnostica per immagini (dalla tradizionale ad Eco, TAC, RMN) ed una funzione sovradistrettuale per quanto concerne la mammografia, mentre nell'ambito laboratoristico l'intera attività, escluse urgenze ospedaliere, verrà assicurata dal laboratorio centralizzato di Baggiovara. Sarà poi assicurata, in sintonia con il Dipartimento Farmaceutico aziendale, il servizio di farmacia ospedaliera, deputato anche alla distribuzione diretta.
- **Dialisi:** come previsto dai documenti del 2003, la funzione del Centro di Assistenza Limitata dell'area Centro-Sud afferirà alla struttura complessa di nefrologia e dialisi del Policlinico.
- **Specialistiche Ambulatoriali:** per tutte le discipline presenti in ospedale dovranno essere assicurati adeguati livelli di attività specialistica ambulatoriale e/o day service garantendo altresì al territorio unitarietà di accesso/risposta attraverso l'integrazione in un'unica struttura poliambulatoriale dell'offerta gestita dall'ospedale e dal Distretto. In questa area sarà presente un servizio di **odontostomatologia** che oltre alle normali attività per il territorio e di supporto all'ospedale, dovrà sviluppare attività di **II livello** per l'intera area sud, innanzitutto rivolta a pazienti non

collaboranti (disabili,...), anche con l'utilizzo di sale operatorie e posti letto di appoggio.

1.4.6 Il presidio unico provinciale ed i dipartimenti ospedalieri

Trascorsi tre anni dal d.lgs 30 dicembre 1992 n. 502 e, pertanto, cessati di avere efficacia le disposizioni concernenti l'organizzazione ospedaliera pubblica di cui alla L 12 febbraio 1968, tenuto conto che l'art 2 comma 5 della Legge 549 del 28 dicembre 1995 (modificato con Legge 280 del 18 luglio 1996) stabiliva che l'organizzazione interna agli ospedali dovesse osservare il modello dipartimentale, preso atto delle indicazioni fornite in data 28 luglio 1997 dalla DGR n 1454 "istituzione dei dipartimenti ospedalieri nelle aziende sanitarie della RER", il Direttore Generale dell'AUSL di Modena con atto deliberativo n. 693 del 30 giugno 1998 ha deciso di istituire 9 dipartimenti ospedalieri, intesi come aggregazione di una pluralità di discipline e di funzioni assistenziali tra loro affini o complementari.

I dipartimenti allora previsti erano:

1. Dipartimento di emergenza urgenza
2. Dipartimenti di medicina interna e riabilitazione
3. Dipartimento di area critica
4. Dipartimento di pediatria
5. Dipartimenti di chirurgia generale e specialistica
6. Dipartimento di ortopedia
7. Dipartimenti di ostetricia e ginecologia
8. Dipartimento di diagnostica per immagini
9. Dipartimento di patologia clinica

La stessa delibera 693/98 definiva le composizioni e le caratteristiche dei dipartimenti sopra elencati, riportando le stesse, nell'allegato "regolamento dei dipartimenti ospedalieri".

Di seguito alcuni degli obiettivi strategici che al di là dell'indicazione regionale hanno indotto l'Azienda alla realizzazione dei dipartimenti ospedalieri: unitarietà della risposta assistenziale ottenuta grazie alla convergenza di competenze ed esperienze (scientifiche e tecniche), miglioramento delle tecniche sanitarie a livello interdisciplinare, superamento delle funzioni organizzative, umanizzazione dei rapporti interpersonali, aggiornamento professionale e corresponsabilizzazione degli operatori, collegamento tra competenze ospedaliere e del territorio, implementazione della funzione ricerca e del collegamento tra didattica e assistenza.

La delibera 693/98 prevedeva, inoltre, la realizzazione di un unico presidio ospedaliero, superando la organizzazione in tre presidi separati.

Fermo restando l'articolazione della rete delle strutture ospedaliere aziendali provinciali, allora costituita dalle seguenti strutture ospedaliere:

- Ospedale di Carpi
- Ospedale di Mirandola
- Ospedale di Finale Emilia
- Ospedale di Modena S Agostino - Estense
- Ospedale di Sassuolo
- Ospedale di Pavullo
- Ospedale di Vignola
- Ospedale di Castelfranco Emilia.

Con delibera del direttore generale dell'Azienda USL di Modena n. 29 del 26 gennaio 1999, veniva costituito, mediante unificazione dei precedenti tre presidi (nord centro e sud), il presidio ospedaliero unico. Si sottolinea, che tenuto conto del modello dipartimentale adottato, la soluzione organizzativa del presidio ospedaliero unico rappresentava una scelta obbligata, indispensabile a garantire la necessità di assicurare unità di visione, efficacia al modello ed efficienza alla gestione delle risorse.

Il predetto assetto dipartimentale si è poi nel tempo modificato per l'accorpamento in un unico dipartimento dell'area materno infantile (ostetricia-ginecologia e pediatria) e per la istituzione, con delibera n. 271 del 22 dicembre 2005 dei due dipartimenti ad attività integrata tra l'Azienda USL e l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia, ovvero, Dipartimento integrato di medicina, endocrinologia , metabolismo e geriatria, comprendente le strutture complesse di Medicina III ed Endocrinologia dell' Azienda Ospedaliero universitaria di Modena e le complesse di diabetologia e geriatria nonché la struttura semplice di Medicina interna a ciclo diurno ad indirizzo obesità e disturbi del comportamento alimentare e il Dipartimento di Neuroscienze comprendente le strutture complesse di Neurologia, neurochirurgia, neuroradiologia dell' Azienda Ospedaliero universitaria di Modena nonché le complesse di Neurologia, ORL, Oculistica dell'Ospedale e la semplice di neuroradiologia dell'ospedale di Carpi .

2. - IL PIANO ATTUATIVO LOCALE MODENESE 2003 -2005

2.1 – Due atti di indirizzo: uno generale ed uno dedicato alle attività distrettuali e di sanità pubblica (19/12/2001)

Connettendo i processi in corso per l'attuazione del PAL 1997-1999 con i contenuti del Piano Sanitario Regionale 1998-2001, con le relative linee guida e con i documenti tecnici regionali, la **Conferenza SST Modenese** aveva formulate le sue prime indicazioni per il nuovo PAL nel novembre 2001 con il già richiamato documento: **Indirizzi alle Aziende Sanitarie per la revisione del PAL.**²

Lo spostamento dell'asse programmatico dagli aspetti strutturali a quelli organizzativi, di funzionamento ed assistenziali secondo i principi della autosufficienza, delle reti cliniche integrate e del modello Hub Spoke, l'allargamento dell'attenzione anche all'area dell'offerta extra-ospedaliera, specie Distretti e Sanità Pubblica, vengono poi nuovamente ribaditi nel successivo mese di dicembre con due documenti; il primo, intitolato "Indirizzi alle Aziende Sanitarie per la revisione del PAL", ed un secondo dal titolo "**Atto di indirizzo per la definizione nel PAL 2002-2004 delle attività Distrettuali e di Sanità Pubblica**".

Questo secondo documento è interessante perché più di ogni altro mette in luce il diverso atteggiamento culturale e le diverse metodologie di approccio al processo programmatico voluto dalla Regione e sottolineato dalla CSST.

Il contenuto prevede innanzitutto una visione e quindi una metodologia di lavoro più globale, imperniata su "...due percorsi paralleli, continuamente integrati tra di loro...": **politica di salute e politica delle cure.**

La prima, da perseguirsi attraverso il **Piano per la Salute** (PPS), vede coinvolti, assieme ai diversi livelli di governo, una pluralità di attori, anche e soprattutto non sanitari, impegnati per il raggiungimento dei risultati di salute, specie in aree di intervento ritenute prioritarie.

La seconda, da realizzarsi attraverso un forse non semplicissimo ma significativo processo programmatico costituito da: **PAL** (Piano Attuativo Locale) che indica l'organizzazione complessiva dei servizi, **PdA** (Piano delle Azioni) che definisce la programmazione operativa e dal **PAT** (Programma delle Attività Territoriali) che ne è la specificazione di ambito distrettuale, adottato con il concorso dei Comuni, centrato sui

servizi di assistenza primaria e sull'integrazione con i servizi sociali, destinato ad essere elemento costitutivo dei Piani di Zona (PdZ).

Da questo impianto innovativo, che non a caso assume quali **valori fondanti** la centralità del cittadino, l'equità nell'accesso e l'equilibrio distributivo dei servizi e che intende soprattutto perseguire la continuità assistenziale nelle reti di servizi assieme alla integrazione delle attività e all'organizzazione di processi assistenziali completi, discendono alcune precise indicazioni di attenzione prioritaria: **consolidare e rafforzare gli strumenti cardine** di tali obiettivi, fra cui:

- **il Distretto** quale ordinatore dei servizi sanitari e socio-sanitari nonché principale attore della integrazione. Il modello da seguire, in analogia a quanto previsto per l'ambito ospedaliero, è quello delle reti integrate di servizi da svilupparsi in particolare negli ambiti:
 - medicina generale e pediatria di libera scelta,
 - servizi specialistici ambulatoriali,
 - da e per la rete ospedaliera;
- **Il Dipartimento/UO di Cure Primarie** che superando le precedenti separazioni funzionali presidia la produzione dell'assistenza di primo livello in tutte le sue articolazioni, facendo dei **Nuclei di Cure Primarie** il momento organizzativo che assicura, sulla centralità del paziente, l'integrazione delle prestazioni, dei percorsi, dei processi.
- **Il Dipartimento di Salute Mentale** tenuto a ridefinire/razionalizzare la rete delle équipes e delle strutture territoriali di tutti i servizi che si occupano di salute mentale (NPI, Psichiatria Adulti, Dipendenze patologiche), integrandole tra di loro, con il Dipartimento di Cure Primarie e con i servizi territoriali socio-sanitari.
- **Il Dipartimento di Sanità Pubblica** la cui mission di conoscere/valutare i bisogni/rischi/problemi di salute più rilevanti nel territorio, di promuovere la partecipazione/responsabilizzazione della popolazione e delle istituzioni, di garantire una efficace vigilanza, dovrà essa pure esprimersi in costante raccordo con la organizzazione distrettuale.

² Vedi punto 1.4.2

2.2 – Principali linee e contenuti

Come descritto al punto 1.4.2, l'avvio formale dei lavori per la definizione del nuovo PAL (che nella sua versione finale assumerà la denominazione di "PAL 2003-2005"), venne conferito dalla CSST alle Aziende Sanitarie modenesi nel novembre 2001.

Ai 21 gruppi di lavoro (per oltre 300 professionisti ed operatori coinvolti) successivamente costituiti, non fu però commissionata una riprogettazione complessiva, riguardante anche gli aspetti organizzativi e la struttura dell'offerta ospedaliera, per due ordini di ragioni:

- il processo di assestamento degli stabilimenti di Baggiovara – Policlinico e Sassuolo era già stato oggetto di precise, successive decisioni fino all'anno 2003;
- la restante rete ospedaliera provinciale veniva giudicata sostanzialmente sufficiente ed idonea, anche nel medio periodo, fatta salva la necessità di interventi di riorganizzazione complessiva dell'offerta.³

La scelta fu quindi quella di "...individuare le modalità e le soluzioni per inserire fisiologicamente Policlinico, Baggiovara, Sassuolo nella più ampia rete ospedaliera provinciale..., ... di integrare ulteriormente quest'ultima con l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale..." per conseguire "... il **consolidamento dell'intera offerta** ispirandosi ai principi della integrazione, della **flessibilità** organizzativa, dell'**accessibilità**, della **sostenibilità** e della **compatibilità** ...", assumendo a riferimento il rispetto della dignità umana, l'equità, la centralità della persona, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni, la qualificazione delle risorse umane, il coinvolgimento dei cittadini e delle loro associazioni attraverso livelli crescenti di coordinamento con gli Enti Locali..."

³ Su questo aspetto, ecco come si esprime testualmente il PAL: "I risultati indicati nei documenti regionali dall'applicazione dei "criteri dell'autosufficienza" su Modena confermano, rispetto alle attività storicamente erogate in regime di ricovero ordinario e di day hospital, per residenti e non residenti, l'attuale dotazione di posti letto complessiva della provincia di Modena, anche in una prospettiva di medio periodo. Ovviamente ciò non significa non dover programmare, per il prossimo triennio, un intervento di riorganizzazione complessiva dell'offerta ospedaliera, conseguentemente sia all'avvio dei nuovi ospedali, sia alla necessaria e più puntuale ridefinizione delle "missioni produttive" di tutti gli ospedali della rete, che vengono confermati, ma richiedono interventi sui modelli di funzionamento, sulle relazioni fra punti hub e punti spoke nelle diverse discipline, sulle rispettive competenze di "copertura territoriale"

Ne scaturì, nel 2004 un **PAL articolato in tre sezioni**:

- **la prima**, dedicata ai **modelli organizzativi per l'innovazione e lo sviluppo**, analizza le soluzioni organizzative che connotano il panorama sanitario nazionale ed internazionale, sia a livello ospedaliero che territoriale, contestualizzandole come possibili azioni di sviluppo in ambito provinciale;
- **la seconda**, dedicata a **reti cliniche integrate, autosufficienza ed organizzazione delle strutture**, valuta l'andamento di alcuni indicatori e riporta sinteticamente i contributi dei 21 gruppi di lavoro, adattandoli alla evoluzione degli obiettivi di programmazione nel frattempo intervenuti;
- **la terza**, dedicata a **sviluppo delle telemedicina e dell'information and communication technology**, individua gli ambiti di possibile sviluppo di progetti di ICT applicati alla sanità, per consolidare quanto già realizzato ed esplorare nuovi spazi di impiego della telemedicina come supporto ormai indispensabile al conseguimento di obiettivi di equità ed unicità di accesso, di diffusione delle migliori opportunità diagnostiche e terapeutiche, di recupero di efficienza sul piano produttivo ed organizzativo.

Ecco i contenuti del documento programmatico.

2.2.1 – Modelli organizzativi per l'innovazione e lo sviluppo

- **Programmazione nell'utilizzo della risorsa posto letto** - Dal livello di tempestività e coordinamento nella gestione delle risorse ospedaliere (posti letto, sale operatorie, strumenti diagnostico-terapeutici,...) ed extra ospedaliera (assistenza MMG, domiciliare, nelle strutture, ...) dipendono anche l'appropriatezza dei ricoveri e la durata della degenza. E' necessario **coordinare al meglio l'intero percorso del paziente** nelle 3 fasi: pre-durante - post ricovero;
- **Day Surgery** - L'offerta di interventi specialistici qualificati anche presso gli ospedali in cui sono presenti le sole specialità di base consente, attraverso la **circolazione degli specialisti**, di migliorare l'equità distributiva dei servizi, di limitare il trasferimento dei pazienti, di ottimizzare l'utilizzo delle risorse. Il **modello deve perciò essere ulteriormente sviluppato** allargando il ventaglio delle discipline coinvolte, parallelamente promuovendo la trasformazione di alcuni unità operative in strutture attive sui 5 giorni;
- **Day Service** – Prevede la gestione completa in regime ambulatoriale e sotto la responsabilità dello specialista di un caso clinico complesso, riduce il tasso di ospedalizzazione, migliora la qualità dell'accesso, diminuisce i disagi per il cittadino. E' necessario **portare a regime**

questa modalità realizzando in ogni stabilimento un'unica **centrale operativa** deputata alla organizzazione di tutti i percorsi;

- **Ospedale a cinque giorni** – Spesso la permanenza dei pazienti nel fine settimana tende ad assumere una valenza quasi esclusivamente alberghiera. Il conseguente spreco di risorse potrebbe porre in discussione il mantenimento di talune unità operative in equilibrio marginale, la cui sussistenza può invece essere proficuamente conservata attraverso una degenza ospedaliera programmata sui primi cinque giorni della settimana;
- **Semiintensiva internistica** – Sono sempre più frequenti casi di ricovero di pazienti "critici" le cui condizioni, se da un lato non richiedono un regime assistenziale da Unità di cure intensive, non possono però nemmeno essere adeguatamente assistiti in un normale reparto di degenza; La creazione di uno **specifico modello semintensivo** oltre ad assicurare una più elevata qualità degli interventi contribuirebbe ad una più omogenea ed equilibrata distribuzione dei carichi assistenziali nei reparti di Medicina);
- **Stroke-Unit** – Accoglie pazienti affetti da **ictus in fase acuta**. Attraverso l'applicazione di piani di cura standardizzati e predefiniti con l'inizio precoce del percorso riabilitativo, riduce la mortalità, ottiene un maggior recupero della indipendenza, riducendo quindi anche la disabilità residua e la durata della degenza;
- **Assistenza domiciliare** – L'organizzazione delle cure domiciliari, già sviluppata in tutta la provincia, **dovrà essere ulteriormente consolidata** per garantire l'attuazione integrata, in particolare con la medicina generale ed i Servizi Sociali, definendo modalità precise secondo i diversi livelli assistenziali. In questo ambito appaiono sempre più importanti **percorsi di integrazione ospedale/territorio, Sanitario/Sociale** assieme al **superamento dell'attuale modello di "Guardia Medica"** territoriale ormai sempre meno idoneo a garantire una adeguata continuità assistenziale (vedi sperimentazioni in atto);
- **Rete delle cure palliative ed assistenza al malato terminale** – L'attuale rete modenese si è sviluppata negli ambiti ospedalieri oncologico e di terapia del dolore ma soprattutto nel contesto dell'assistenza domiciliare (NODO, AIDS, cure continue, collaborazione con il volontariato...). Le primitive ipotesi regionali di dare vita a nuove strutture appositamente dedicate (Hospice) sono ormai oggetto di un profondo ripensamento anche per **evitare lo stigma**

del luogo ove si va a morire e lo **stradicamento** dalla realtà geografica di residenza. Più idonei sono ritenuti il **potenziamento della rete territoriale** e la individuazione di "**letti dedicati**" all'interno delle strutture esistenti, seguiti dagli stessi operatori che seguivano il malato al domicilio. L'ipotesi hospice può essere valutata per le neuropatologie degenerative, ma soprattutto per le situazioni altrimenti non sostenibili come lo stato vegetativo persistente, giovani pazienti terminali la cui famiglia è in condizioni di *burn out*,;

- **Dipartimenti ospedalieri** – Il modello del Dipartimento Ospedaliero Gestionale, quale aggregazione di discipline omogenee, si è avviato nel 1999 con risultati anche significativi. Anche in connessione con la novità di Baggiovara sarà comunque **necessaria una ridefinizione** del loro numero, della composizione e delle modalità di funzionamento.
- **Assistenza alle pluripatologie** – E' sempre più frequente il riscontro di pazienti pluripatologici in unità operative monospecialistiche (es. anziano cardiopatico in ortopedia per frattura). Sono necessarie continuità ed unitarietà di presa in carico anche di questi aspetti, sin dal momento dell'ingresso e per tutta la durata del ricovero, attraverso la **integrazione delle professionalità, non escludendo** la sperimentazione di esperienze di **ortogeriatría**;
- **Funzione e responsabilità del personale infermieristico e tecnico** - Lo sviluppo delle tecnologie e di modelli assistenziali innovativi richiede la **valorizzazione di professionalità/capacità/competenze** sia nell'ambito clinico/tecnico che del coordinamento, della gestione e dell'organizzazione dell'assistenza. Deve inoltre essere sviluppata la **cultura del "farsi carico"** sia negli aspetti di relazione col paziente che nell'assicurare la continuità tra le diverse strutture/sedi erogative e tra ospedale e territorio. Questo comporta, assieme all'attività formativa, la **revisione di numerosi modelli organizzativi nonché del ruolo del personale infermieristico e tecnico.**

2.2.2 – Reti cliniche integrate, autosufficienza ed organizzazione delle strutture

E' questa l'altra faccia dell'innovazione dei Servizi Sanitari, Ospedalieri e Territoriali, disegnata da questo nuovo PAL.

I. AREA OSPEDALIERA

Il PAL 2003-2005 ribadisce come elemento guida per il cambiamento **l'applicazione dei criteri relativi alle reti "gerarchiche"** secondo il modello Hub e Spoke che arruola ovviamente anche il privato accreditato, focalizzando come **ambiti prioritari l'emergenza urgenza, le patologie neoplastiche e cronico degenerative** e descrivendo poi gli obiettivi/contenuti/funzioni, che dovranno costituire il terreno di lavoro di ogni singola **area di intervento** per il successivo triennio:

- **patologie cardiovascolari:** Semintensiva internistica a Pavullo, PTCA primaria a Baggiovara e in Policlinico, diagnostica coronarografica, telecardiologia, stimolatori impiantabili, defibrillazione precoce, riabilitazione cardiologica;
- **area materno infantile:** Diagnostica prenatale, punti nascita, screening, mortalità neo-perinatale e malformazioni, S. Down, disagio psichico infantile, disturbi del comportamento alimentare, integrazione pediatrica ospedaliera, di comunità e Unità Pediatrica Distrettuale, onco-ginecologia e uro-ginecologia, L.R. 26/98 e umanizzazione percorso nascita;
- **nefrologia e dialisi:** Riorganizzazione della risposta dialitica in ambito provinciale, coinvolgimento dei MMG su insufficienza renale acuta, nefropatie, danno da farmaci, rete informatica dedicata;
- **emergenza urgenza:** Allineamento degli indicatori provinciali, riduzione degli accessi impropri alle strutture di Pronto Soccorso (OBI), distribuzione del Pronto Soccorso e dei Punti di Primo Intervento, partecipazione dei Medici di Medicina Generale e di Continuità Assistenziale alla attività di emergenza urgenza territoriale, percorso formativo e di elaborazione di protocolli/procedure interne per l'assistenza al politrauma;
- **chirurgia generale, specialistica ed ortopedico-traumatologica:** Revisione degli attuali assetti organizzativi e produttivi, formazione specifica del personale alla gestione dei politrauma, consolidamento dei supporti informativi ed informatici;
- **laboratorio:** Centralizzazione su Baggiovara e riorganizzazione complessiva dell'offerta provinciale;
- **medicina interna:** Delineare e/o consolidare i diversi livelli prestazionali, Medicina Interna di Pavullo (area semintensiva), Neurologia di Carpi (stroke unit), attività endoscopico-digestive su scala provinciale (con particolare riferimento ai percorsi dell'emergenza-urgenza), rapporto fra Medicina d'Urgenza, Medicina Interna e Discipline specialistiche di area internistica, consolidare il rapporto con i Nuclei d il Dipartimento/Unità di Cure Primarie per riposizionare stabilmente in capo al MMG alcune patologie di I livello assistenziale (diabetici, anticoagulati, ipertesi ...), disturbi del comportamento alimentare (DCA), alternative al ricovero ordinario ed al day hospital (in particolare il Day Service), partecipazione degli internisti alla definizione dei modelli assistenziali a supporto delle strutture extraospedaliere (es: letti ad alta intensità nelle residenze protette);
- **pneumologia:** Coordinamento pneumo-logico provinciale: ridefinizione dei livelli di organizzazione dell'offerta in ambito provinciale, assistenza domiciliare al paziente in ossigenoterapia (teleassistenza, consulenza specialistica, home care) ed alle polmoniti, sorveglianza antitubercolare, progetti PPS (tabagismo e qualità dell'aria);
- **oncologia:** Rete oncologica provinciale e sinergie interdisciplinari, unità funzionali per patologia, GLICO, deospedalizzazione paziente oncologico e malato terminale, modelli farmaco-economici e farmaco-epidemiologici per le strategie terapeutiche;
- **terapia del dolore:** Riorganizzazione della struttura organizzativa della risposta al dolore cronico benigno e al dolore neoplastico, ospedale senza dolore, organizzazione del settore "cure palliative";
- **politiche trasfusionali:** Adeguare il sistema alla crescita di una richiesta extraospedaliere ed all'attivazione di Baggiovara, individuare soluzioni organizzative specifiche per l'area nord;
- **lungodegenza, riabilitazione intensiva ed estensiva:** Attivazione struttura e messa a punto modello organizzativo per Baggiovara, integrazione con la struttura dell'offerta pubblica e privata intra ed extraprovinciale, riabilitazione extraospedaliere, riorganizzazione delle modalità di accesso alle strutture per non acuti e cronici;
- **neuroscienze:** Integrazione con aree: cardiovascolre, riabilitativo, socio sanitario, salute mentale, diagnostica per immagini, specialistica ambulatoriale, stroke units e stroke teams, neuroradiocirurgia stereotassica, neuroimaging funzionale, supporto informativo ed informatico, trauma spinale e funzione riabilitativa delle turbe neuropsicologiche acquisite;
- **diagnostica per immagini:** Pianificazione interaziendale, integrazione senologica

clinica/senologia di screening, PACS/RIS e digitalizzazione (DR e CR), diagnostica osteo-articolare, CT/PET, MR aperte per interventistica, ecotomografia con mezzi di contrasto, CT cardio, sistemi CAD (di "aiuto" alla diagnosi), teleconsulto, telediagnosi, telerefertazione, teledidattica e formazione on line.

II. AREA DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI

Dopo aver sottolineato alcuni degli elementi cardine che caratterizzano il **ruolo del Distretto** come:

- punto di riferimento per l'accesso dei cittadini al SSN;
- garante della "**presa in carico**", della "**continuità** assistenziale" e della "**integrazione** dei processi" in tutti i Servizi Sanitari e Socio-Sanitari operanti sul suo territorio;
- promotore dell'**equità**, della **semplificazione** e della **partecipazione** dei cittadini.

il PAL 2003-2005 indica le più importanti linee di azione per quest'area:

- **medicina generale e specialistica** – Semplificazione dei livelli istituzionali, personalizzazione delle risposte, anticipazione dei bisogni dell'utente, Nucleo/Unità/Dipartimento di Cure Primarie, educazione alla salute, ICT a supporto dello sviluppo;
- **salute mentale–psichiatria:** trasferimento 2 SPDC, attivazione di Casa Valentini a Sassuolo, accesso ai servizi specie emergenza, programmi interdisciplinari, famiglie multiproblematiche e doppia diagnosi; **neuropsichiatria infantile:** miglioramento risposta alle emergenze, continuità dell'assistenza e qualificazione percorsi specie over 18, inserimento disabili, sistema informativo, formazione/qualificazione personale, integrazione socio-sanitaria; **dipendenze patologiche:** bassa soglia, alcolismo, centri antifumo; **psicologia clinica:** consulenza familiare, servizi per l'adolescenza, psicologia ospedaliera, tutela minori;
- **integrazione Socio-Sanitaria** – Raccordo tra politiche sociali e politiche sanitarie specie per soggetti deboli, unitarietà degli interventi ed integrazione istituzionale gestionale e professionale, supportare la centralità della famiglia per i casi di non autosufficienza, sviluppare la rete dei servizi, superare confini tra sanitario e sociale.

2.2.3 - Sviluppo della telemedicina e dell'information and communication technology

La strada dello sviluppo dei sistemi informatici a sostegno e qualificazione sia delle attività professionali ed erogative che della gestione e del governo aziendale è stata significativamente intrapresa già nel corso del precedente PAL.

Gli obiettivi indicati per il successivo triennio richiedono un **ulteriore consistente impegno di sviluppo tecnologico**, in particolare nell'ambito dell'ICT:

- digitalizzazione, informatizzazione e conversione grandi diagnostiche;
- informatizzazione dei processi in una prospettiva "paperless" (senza carta);
- informatizzazione rapporti istituzionali;
- supporto ai processi assistenziali, riduzione e razionalizzazione carichi di lavoro, miglioramento dell'efficienza;
- supporto all'accreditamento, formazione personale, informazione educazione utenti.

2.3 – I successivi passaggi più significativi

Successivamente nel luglio 2004, con l'approvazione delle tabelle riportate nella parte quarta del presente documento, sottoscritte dai due Direttori Generali e dal Magnifico Rettore, la Conferenza Territoriale ha schematizzato la struttura dell'offerta dei due Ospedali di Baggiovara e Policlinico e precisato alcuni primi aspetti di raccordo funzionale.

Ancora successivamente, il precedente schema è stato aggiornato, dalla CTSS, il 14 settembre 2006, apportando le seguenti modifiche e puntualizzazioni relative all'assetto generale e complessivo:

Chirurgia Vascolare

afferenza istituzionale alla Azienda Ospedaliero-Universitaria e organizzazione funzionale sulle due sedi ospedaliere, con assegnazione aggiuntiva di 23 posti letto al Policlinico rispetto ai precedenti accordi;

Medicina Riabilitativa

Coerentemente con la collocazione unica a Baggiovara le due Aziende hanno deliberato la istituzione di un Programma Interaziendale con un responsabile unico, afferente istituzionalmente all'avvio alla Azienda Policlinico e successivamente alla Azienda USL, operante sulle due sedi ospedaliere, con la seguente impostazione: Il Programma Interaziendale affidato al responsabile della U.O. di Riabilitazione Intensiva del Policlinico in procinto di trasferirsi presso il Nuovo Ospedale di Modena, attiva da subito un coordinamento provinciale dei Responsabile e dei Terapisti-

Coordinatori delle UU.OO. di Medicina Riabilitativa della Provincia di Modena, al quale partecipano stabilmente referenti della Direzione Sanitaria del Policlinico e della Direzione del Presidio ospedaliero provinciale ed un rappresentante del Distretti della provincia di Modena.

L'unificazione a Baggiovara dei posti letto di riabilitazione del Policlinico è stata accompagnata dalla decisione di non ridurre da 20 a 10 i posti letto di Post-acuzie del Policlinico, al fine di avere posti di appoggio al Policlinico, con assegnazione aggiuntiva di 10 posti letto rispetto ai precedenti accordi.

Endocrinologia

trasferita dal Policlinico a Baggiovara.

Medicina III

trasferita al Policlinico a Baggiovara con il mantenimento al Policlinico di n. 6 posti letto afferenti alle unità operative internistiche del Policlinico, aggiuntivi rispetto ai precedenti accordi.

Lungodegenza

vedi nota precedente relativa alla medicina riabilitativa.

Chirurgia III

trasferita l'afferenza istituzionale e funzionale dal Policlinico a Baggiovara della Chirurgia III del Policlinico, ad integrazione della previsione generica di trasferire 20 letti chirurgici dal Policlinico a Baggiovara.

Ulteriori assestamenti sono stati decisi nel corso degli anni 2008 e 2009.

2.4 – La conclusione della sperimentazione gestionale di Sassuolo

L'apertura del Nuovo Complesso Ospedaliero di Sassuolo (NOCS) è avvenuta il 1° agosto del 2005. Con trasferimenti ed implementazioni successive è pervenuto alla configurazione di 256 posti letto complessivi alla fine del 2007.

Con questo assetto è giunto sino al luglio 2008, epoca di conclusione del triennio di sperimentazione voluto dalle deliberazioni regionali.

L'Ufficio di Presidenza della CTSS, che dalle decisioni del 2002 in poi aveva periodicamente monitorato le diverse fasi di avanzamento, nella sua seduta del 29/07/2008 ha perciò formulato il prescritto parere sull'esito della sperimentazione e quindi sulla eventuale conferma in forma stabile del modello di gestione pubblico/privato del NOCS. Sulla base dei report forniti dalla SpA, del giudizio favorevole e quindi della proposta di stabilizzazione formulata dal Comitato di Distretto, del consenso espresso anche dalle Organizzazioni Sindacali, l'Ufficio di Presidenza ha valutato **l'esito della sperimentazione come "largamente positivo", auspicando la conferma in forma stabile della gestione** del nuovo ospedale.

Un consenso determinato dal rispetto dei tempi e dei costi, da un equilibrio di bilancio rapidamente raggiunto, dal consolidamento dei trasferimenti previsti nei programmi (unica eccezione il recupero da Villa Igea del Diagnosi e Cura) ma soprattutto dello sviluppo di vecchie e nuove aree di attività che da un lato stanno conseguendo un significativo recupero di precedenti flussi migratori (ostetricia-ginecologia ma non solo) e dall'altro l'arricchimento quali quantitativo delle risposte pubbliche di area e provinciali (colonproctologia, oculistica, traumatologia sportiva, ...).

Oltre a ciò il positivo inserimento dell'Ospedale in attività di nicchia, a pagamento, quali la Medicina del Lavoro, la Medicina dello Sport e pacchetti assicurativi.

Un parere positivo che nel dispositivo finale si sofferma però e meticolosamente su paventati "possibili cambiamenti interni all'assetto societario" del partner privato, indicando alla Azienda USL ed alla Regione ben 12 elementi di tutela volti a **garantire nel modo più assoluto la piena "continuità dei vincoli" posti a fondamento della sperimentazione.**

PARTE SECONDA Principali azioni e risultati

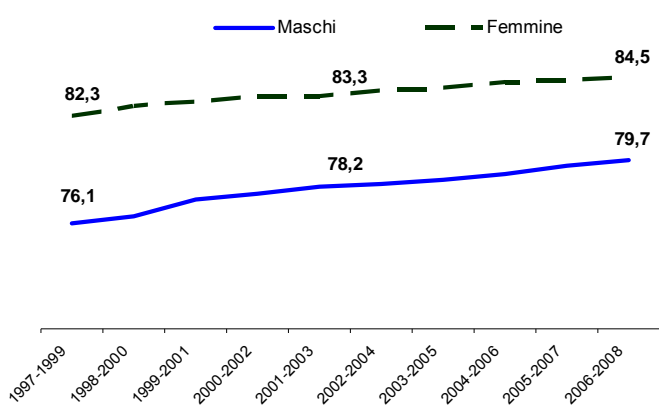
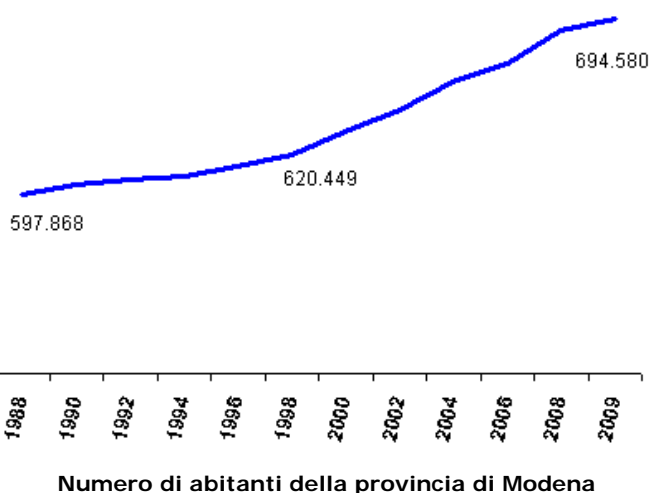
La seconda parte del presente documento è dedicata ad una sintetica descrizione e documentazione da parte delle Aziende Sanitarie del cammino percorso in questi anni in direzione degli obiettivi e dei risultati indicati dal processo programmatico.

Si rammenta che sono possibili approfondimenti e verifiche attingendo alla più analitica documentazione elencata nella parte quarta disponibile sul sito www.pal.provincia.modena.it.

1. - LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE MODENESE

La popolazione della provincia di Modena nel 2009 era composta da circa 694.580 mila residenti, con un aumento di circa 74 mila unità negli ultimi 10 anni e di 94 mila unità negli ultimi 20 anni.

L'aumento della popolazione è stato sostenuto nell'ultimo decennio prevalentemente da un saldo migratorio positivo che compensa un saldo naturale, ossia la differenza tra il numero dei nati e dei morti, da alcuni anni tornato positivo, anche se numericamente ancora contenuto. Modena è infatti una delle province dell'Emilia-Romagna che registra i livelli di natalità più elevati.



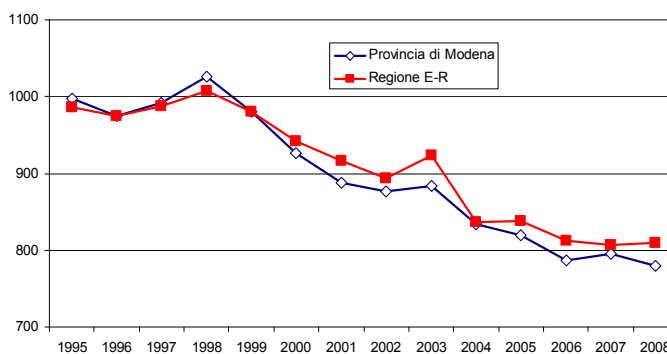
Speranza di vita alla nascita in provincia di Modena

La mortalità per tutte le cause, standardizzata per sesso ed età, è sotto la media regionale.

Per approfondimenti è possibile visitare il sito del bilancio di missione dell'AUSL di Modena:

www.ausl.mo.it/bilanciodimissione

La provincia di Modena, si caratterizza per una elevata **speranza di vita**: 79,7 anni per gli uomini e 84,5 per le donne nel triennio 2006-2008, con valori superiori a quelli regionali e nazionali. Anche il trend è positivo: 3,6 anni negli uomini e 2,2 anni nelle donne in più rispetto al periodo 1997-1999.



Mortalità in provincia di Modena (tassi standardizzati)

2 - LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

I due percorsi paralleli "politiche di salute/politiche delle cure" già richiamati dagli Atti di Indirizzo per il PAL 2003-2005⁴, sono stati concretamente attivati nella nostra provincia già nel 2001, anno della loro approvazione.

2.1 - La promozione della salute e i piani per la salute

E' nel 2001 che la Conferenza Sociale e Sanitaria (CSST), oltre all'avvio del nuovo PAL, ha promosso, avviato e coordinato anche la costruzione dei "Piani per la Salute" (PPS). Essi hanno rappresentato un sistema di analisi e valutazione dello stato di salute della popolazione e di individuazione di aree prioritarie di intervento, realizzato con la più ampia partecipazione possibile di Enti locali, Aziende Sanitarie, Terzo Settore, mondi dell'ambiente, della cultura, dello sport, impresa, Sindacati, ecc. Attualmente i Piani per la Salute sono entrati ora a far parte dei Piani del Benessere e della Salute distrettuali.

Essi si sono basati su due precise considerazioni:

- la **promozione della salute** e la **prevenzione dei rischi** non sono soltanto rilevanti dal punto di vista dell'etica sociale ma possono determinare uno dei più alti indici di **valore aggiunto** nel rapporto costi/benefici;
- l'incidenza di tale valore aggiunto è direttamente proporzionale alla **ampiezza ed alla intensità dei coinvolgimenti** individuali e collettivi determinati dalle iniziative di promozione e prevenzione.

Motivazioni quindi estremamente concrete che, attraverso l'ascolto e la raccolta di dati ed informazioni porteranno la CSST ad individuare 10 priorità di intervento:

1. Anziani
2. Incidenti stradali
3. Neoplasie
4. Malattie cardio e cerebrovascolari
5. Infortuni e sicurezza sul lavoro
6. Salute donna
7. Salute Infanzia ed età evolutiva
8. AIDS
9. Malattie respiratorie
10. Malattie rare

Per ognuna di queste aree furono poi indicati obiettivi e linee di sviluppo che ogni distretto ha successivamente trasferito nella propria realtà,

selezionando priorità, modi e tempi di attuazione.

Questo lavoro ha camminato negli anni, con più o meno elevati indici di adesione da parte dei numerosi soggetti istituzionali e non, pubblici e privati, chiamati ad aderirvi.

Nel 2005 la CSST ha provveduto all'aggiornamento della programmazione per il periodo 2005-2007 approvando 13 programmi distrettuali cui si aggiungono progetti specifici per i Distretti di Modena, Carpi, Mirandola.

Analogo ulteriore programma è poi stato approvato nel 2008.

Per sostenere l'attuazione del PPS, l'Azienda USL ha:

- riorientato le proprie attività istituzionali in funzione degli obiettivi del PPS;
- realizzato e/o partecipato a molte delle azioni dei programmi distrettuali approvati;
- coordinato e supportato lo sviluppo del programma "promozione della salute" in ambito provinciale, in coerenza con la programmazione nazionale, regionale e aziendale;
- avviato a livello distrettuale percorsi di sostegno agli enti locali per la promozione della salute;
- attivato il programma interaziendale "comunicazione e promozione della salute" volto a sostenere e sviluppare con continuità questa area di iniziative.

Attualmente è stato istituito il Programma Interaziendale di promozione e comunicazione della salute fra Ausl e Policlinico di Modena.

Molte iniziative e progetti sono legati alla prevenzione delle malattie croniche e degli eventi accidentali e vedono spesso coinvolti in modo importante anche i medici di medicina generale. I principali ambiti riguardano:

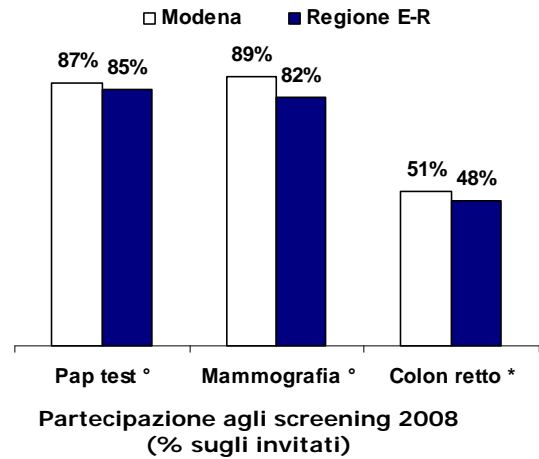
- obesità,
- complicanze diabete (Progetto Diabete)
- eventi ischemici coronarici
- cadute nell'anziano fragile
- incidenti domestici
- incidenti stradali

⁴ Vedi punto 2.1

A livello di screening della popolazione, l'AUSL di Modena conduce numerose iniziative al fine di aumentare l'adesione agli stessi. A fine 2008 avevano effettuato:

- un pap test oltre 114 mila donne di età tra i 25 e i 64 anni nel triennio precedente;
- una mammografia oltre 51 mila donne tra i 50 e i 69 anni nel biennio precedente;
- la ricerca del sangue occulto nelle feci circa 70 mila persone tra i 50 e i 69 anni nel biennio precedente.

Queste attività di prevenzione e screening fanno sì che in provincia di Modena si registri una minore mortalità per tumori rispetto alla regione (vedi successivo punto 4.5).



2.2 - La sanità pubblica

	2007	2008	2009
Aziende controllate (Modena)	1.796	2.802	3.248
% aziende controllate (Modena)	4,57	7,13	8,26
Aziende controllate (Regione)	12.661	16.876	20.515
% aziende controllate (Regione)	5,39	7,19	8,73

Controllo salute e sicurezza sul lavoro (aziende controllate)

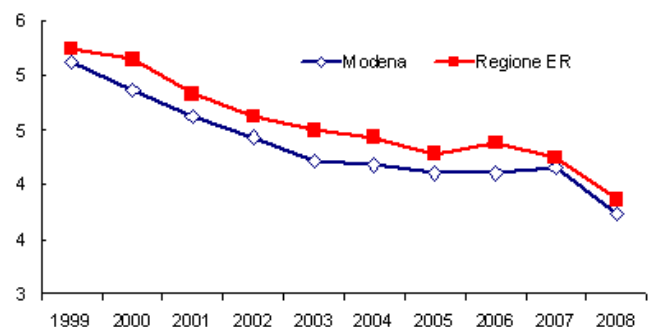
In tema di **salute e sicurezza negli ambienti di lavoro** il Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPSAL) dell'AUSL di Modena controlla il rispetto della normativa specifica di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Negli ultimi anni l'attività di vigilanza è aumentata in coerenza con le indicazioni regionali e nazionali.

L'attività viene svolta mediante sopralluoghi nelle aziende, perseguendo, quando possibile, il coinvolgimento dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza. In caso di riscontro di irregolarità il SPSAL assume provvedimenti di prescrizione/disposizione per imporre le misure di prevenzione mancanti e ne verifica l'ottemperanza entro i termini fissati dalla legge.

Fra le altre attività si evidenziano:

- il controllo sul rischio connesso alla rimozione di materiali contenenti amianto;
- le attività sanitarie e di tutela della maternità;
- le attività di indagine per infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- le attività di informazione, formazione e assistenza ai soggetti della prevenzione.

Inoltre viene effettuato da parte del Servizio Impiantistico Antinfortunistico il controllo della sicurezza degli impianti e degli apparecchi.



Infortuni indennizzati Tassi standardizzati x 100 addetti INAIL

Controllo dei rischi in ambienti di vita

Il Servizio di Igiene Pubblica (SIP) valuta la presenza di fattori di rischio per la salute della popolazione negli ambienti di vita, attraverso sopralluoghi ed espressione di pareri per realtà di tipo abitativo, ricreativo, scolastico, recettivo e di servizio alla persona. Inoltre il SIP effettua la valutazione e il controllo dei fattori di nocività derivanti dagli inquinanti ambientali ed esprime le valutazioni igienico sanitarie sugli strumenti urbanistici della Provincia e dei Comuni.

Sicurezza alimentare e sanità veterinaria

In tema di **sicurezza alimentare** viene effettuata attività di controllo per assicurare la salubrità degli alimenti e per prevenire le malattie trasmesse all'uomo dagli alimenti.

Il controllo viene effettuato, sia su prodotti di origine animale che di origine non animale, in tutta la filiera: produzione, lavorazione, trasformazione, distribuzione e commercializzazione.

Il Servizio di Igiene Alimenti e Nutrizione effettua il controllo sulla produzione delle bevande e degli alimenti di origine non animale.

Particolare attenzione viene posta alle strutture che somministrano alimenti ad utenze sensibili (mense scolastiche, strutture socio-assistenziali).

	2005	2008
Aziende esistenti (Modena)	8.778	9.326
Aziende controllate (Modena)	2.934	2.859
% az. controllate su esistenti MO	33,42	30,66
Aziende esistenti (Regione)	64.467	66.941
Aziende controllate (Regione)	23.406	17.471
% az. controllate su esist. RER	36,31	26,10

Controllo alimenti di origine non animale (aziende controllate)

Il controllo sulla salubrità degli alimenti di origine animale, effettuato dal Servizio Veterinario, riguarda:

- l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
- il controllo sull'alimentazione animale e sull'uso di medicinali veterinari
- gli impianti di macellazione
- le strutture di lavorazione e trasformazione dei prodotti e sottoprodotti di origine animale
- la produzione e trasformazione di sottoprodotti di origine animale.

	2008
Visite ispettive x bovini macellati (Modena)	183.130
Visite ispettive x bovini macellati RER	413.156,00
% Modena su regione	44,32
Visite ispettive x suini macellati (Modena)	1.484.343
Visite ispettive per suini macellati RER	3.530.793
% Modena su regione	42,04

Igiene degli alimenti di origine animale (viene svolta una visita ispettiva per ogni animale macellato)

Inoltre il Servizio Veterinario effettua attività di:

- vigilanza e controllo sulle malattie infettive e diffuse degli animali in allevamento;
- igiene urbana (vigilanza e controllo sui rischi legati alla presenza di animali in ambienti di vita);
- verifica del rispetto del benessere animale.

Controllo e prevenzione delle malattie infettive

Il Servizio di Igiene Pubblica effettua il controllo delle malattie infettive, effettuando le indagini necessarie per approfondire le informazioni sui fattori di rischio e per contrastare la potenziale diffusione. La prevenzione delle malattie infettive trova nelle vaccinazioni agli adulti e nelle consulenze per i viaggiatori internazionali alcuni fra i suoi strumenti più efficaci. Da diversi anni la copertura vaccinale degli ultrasessantacinquenni per l'influenza ha superato il target nazionale - regionale del 75%.

	2000/2001	2004/2005	2008/2009
Modena	68,1	75,6	75,8
RER	57,6	70,8	73,1

Tasso vaccinale antinfluenzale anziani >64 aa

Tutela dell'attività sportiva

Il Servizio di Medicina dello Sport effettua la valutazione dell'idoneità fisica all'attività sportiva agonistica e, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, a quella non agonistica. Svolge azioni di promozione e prescrizione dell'attività fisica come fattore di salute sia in fasce deboli (disabili e cardiopatici) che nella popolazione generale. Nell'ambito della pratica sportiva e motoria, offre assistenza per l'aspetto nutrizionale e, attraverso il Centro Regionale Antidoping, che ha sede c/o il Servizio, effettua interventi formativi/informativi, in scuole e società sportive.

3 - L'ASSISTENZA TERRITORIALE

In ambito territoriale sono intervenute nel corso del tempo modifiche legislative importanti, che hanno visto con la legge regionale 29 del 2004 la definizione del disegno attuale.

3.1 – I distretti e i dipartimenti territoriali

I **Distretti** rappresentano i luoghi della programmazione ed erogazione dell'assistenza primaria ed i contesti appropriati per realizzare l'integrazione tra i diversi soggetti presenti sul territorio e servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. Al Direttore del Distretto spetta il compito, così come recepito anche dall'Azienda USL di Modena nell'atto aziendale 2010, di committenza e valutazione dell'assistenza e ai Dipartimenti quello della produzione dei servizi. Nella realtà modenese vi sono 7 distretti.

Tre sono i dipartimenti che erogano l'assistenza territoriale: il **Dipartimento Unico Provinciale di Cure Primarie** (previsto dal nuovo atto aziendale), quello di **Sanità Pubblica** e quello ad **Attività Integrata di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**.

3.2 – Le Cure Primarie

3.2.1 – La medicina generale

Nel corso degli anni si è dato sempre più corpo allo sviluppo dell'associazionismo dei Medici di Medicina Generale, che ha portato nel 2008 ad

avere nel territorio provinciale **39 Nuclei di Cure Primarie (NCP)**, in cui operano 530 Medici di Medicina Generale (MMG): di questi l'80% è aggregato in associazione (medicina in rete e medicina di gruppo). I Pediatri di Libera Scelta (PLS) sono 97 (il 73,2% aggregati in forma associativa), 118 gli infermieri dell'Assistenza Domiciliare e 24 i punti di Continuità Assistenziale.

Su questa linea nel corso del 2008 è stata avviata la progettazione volta ad orientare i Nuclei di Cure Primarie (NCP) verso una sede di riferimento partendo dalla ricognizione delle sedi già disponibili, in particolare delle medicine di gruppo e delle cooperative in cui i medici convenzionati svolgono la propria attività in maniera coordinata e secondo progetti specifici.

La formula associativa più gradita alla popolazione è rappresentata dalle medicine di gruppo, ove i professionisti operano presso un'unica sede, spesso assistiti da personale infermieristico e di segreteria. Questo modello organizzativo consente un significativo ampliamento delle fasce orarie di apertura al pubblico, una più puntuale organizzazione delle attività, un più facile interscambio delle conoscenze, nonché snellimenti operativi (vaccinazioni, gestione cronicità, ecc). In talune realtà l'integrazione tra medicine di gruppo e altre attività tipiche delle cure primarie ha consentito la realizzazione di veri e propri centri polifunzionali ove sono presenti anche altre attività del territorio, come quelle di prevenzione, le sedi dell'emergenza, del volontariato, ecc.

Principali attori delle Cure Primarie al 1/1/2009

	Carpi	Mirandola	Modena	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Castelfranco	Totale
Medici Medicina Generale (MMG)	80	65	147	90	34	65	49	530
Nuclei di Cure Primarie	8	5	9	7	4	3	3	39
MMG Associati	57	55	123	72	23	49	45	424
Forme associative MMG	16	9	17	8	5	11	7	73
di cui Medicine gruppo	6	2	2	2	3	4	2	21
di cui Medicine in rete	10	7	15	6	2	7	5	52
Pediatri di Libera Scelta (PLS)	14	11	27	18	4	11	12	97
Forme associative PLS	2	4	5	5	1	2	3	22
PLS Associati	6	10	20	15	4	7	9	71
Infermieri Assistenza Domiciliare	13	13	35	22	11	12	12	118
Punti Continuità Assistenziale (Guardia Medica)	1	5	1	6	5	4	2	24

Nell'AUSL di Modena sono presenti 5 cooperative di MMG, dislocate in 6 sedi distrettuali, e 19 sedi di medicina di gruppo. Inoltre, nel 2009 si è prevista una sede NCP in ogni distretto e nei

distretti di Carpi, Modena, Castelfranco Emilia e Pavullo sono state individuate delle sedi distrettuali disponibili per la futura sperimentazione di NCP strutturati. Per Modena presso la sede dell'ex ospedale Estense è stato individuato e ristrutturato uno spazio da dedicare ad attività rivolte agli assistiti dei NCP (es. ambulatorio per follow-up diabete, gruppi informativi educativi per i pazienti con patologia cronica).

Tipo Assistenza	Anno 2001	Anno 2005	Anno 2008
Assistenza Domiciliare Integrata	2.643	4.511	4.932
Assistenza Domiciliare Integrata NODO	1.047	1.246	1.270
Totale Assistenza Domiciliare Integrata (A)	3.690	5.757	6.202
B Assistenza Domiciliare Programmata (B)	4.228	5.195	6.219
Assistenza Infermieristica (solo Infermieri) (C)	3.064	2.444	2.520
Assistenza Infermieristica in ADI/NODO	2.874	5.085	5.683
Totale Assistenza Infermieristica	5.938	7.529	8.203
Totale pazienti assistiti a domicilio (A+B+C)	10.982	13.396	14.941

Pazienti assistiti a domicilio per tipologia di assistenza

3.2.2. – L'assistenza domiciliare

Al fine di realizzare un'assistenza che risponda alle esigenze dei malati e dei loro familiari, nell'AUSL di Modena le cure domiciliari vengono erogate attraverso l'intervento di più figure professionali sanitarie e sociali al domicilio del paziente, con un progetto di cura personalizzato.

Nel 2008 i pazienti seguiti a domicilio nelle varie tipologie di assistenza sono stati 14.941 pari al 22 per mille; di questi 12.030, pari al 169,9 per mille, avevano una età maggiore di 75 anni.

Anno	Totale Pazienti assistiti a domicilio	Incid. sulla popolaz. x 1.000 abitanti	di cui: Pazienti assistiti a domicilio con età > 75 anni	Incid. sulla popolaz > 75 anni x 1.000 abitanti
2001	10.982	17,4	8.114	134,6
2005	13.396	20,3	10.608	169,3
2009	15.262	22,2	12.383	171,8

Pazienti assistiti a domicilio

Le cure domiciliari si articolano in diverse tipologie:

- 1. Assistenza Domiciliare Integrata:** i pazienti sono seguiti dal Medico di Medicina Generale, dall'Infermiere, dai Servizi Sociali e dagli Specialisti necessari in un progetto assistenziale integrato; l'ADI si differenzia in tre livelli di intensità crescente, nel 3° livello vengono assistiti i pazienti più complessi quali gli oncologici terminali (NODO)⁵;
- 2. Assistenza Domiciliare Programmata:** i pazienti sono seguiti, salvo rare eccezioni, solo dal Medico di Medicina Generale;
- 3. Assistenza Infermieristica:** i pazienti sono seguiti solo dall'Infermiere per interventi che non necessitano di un progetto assistenziale integrato con il Medico di Medicina Generale.

Nell'ambito dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) particolare impegno è stato profuso nei percorsi di continuità di cura, intesa come continuità assistenziale, ma anche e soprattutto come sostegno alla domiciliarità. Inoltre continua la sperimentazione di progetti innovativi con la medicina generale attraverso le cooperative, per garantire la continuità assistenziale quando gli studi medici sono chiusi: i MMG svolgono attività, in determinate fasce orarie dei prefestivi e festivi, per rispondere a bisogni non prorogabili attinenti alla medicina generale dei cittadini.

Oltre a ciò, continua anche l'attività dei NCP verso la presa in carico della cronicità (diabete, demenze, malattie cardiovascolari) che ha nella multidisciplinarietà tipica dell'approccio delle cure primarie, nel lavoro in team e nell'integrazione tra competenze professionali diverse ma convergenti sugli stessi bisogni assistenziali un aspetto chiave del disease management.

Per i consultori familiari e la pediatria di comunità si rimanda al paragrafo 4.6.

⁵ Il Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico (NODO) è gruppo di medici supportati da uno o più infermieri professionali ed integrato da altre figure, quali: specialisti, assistente sociale, assistenti domiciliari, che assicura l'assistenza a domicilio del paziente oncologico con malattia avanzata.

3.3 - L'assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale rappresenta sempre di più una modalità di evoluzione dei sistemi sanitari, espressione della ormai consolidata tendenza di offrire prestazioni sempre più complesse in forme di assistenza diverse dal ricovero ospedaliero. Questa tendenza ha determinato lo spostamento di risorse dalle strutture di ricovero verso le attività ambulatoriali e richiede quindi nuovi approcci e modelli organizzativi innovativi capaci di supportare adeguatamente i pazienti che debbono svolgere contemporaneamente diverse prestazioni spesso in diversi contesti.

Per le **visite ambulatoriali** si nota una situazione stabile di consumo, con un lieve aumento della fuga fuori azienda, legato molto probabilmente a tempi critici di alcune prestazioni.

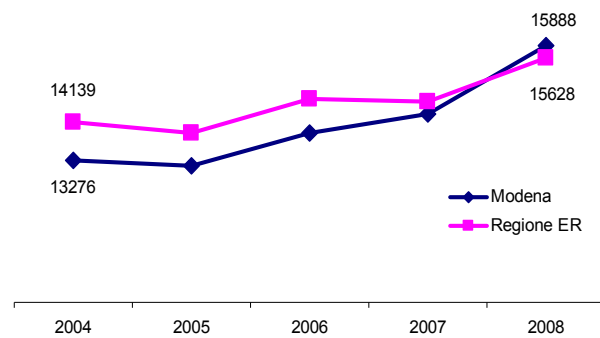
Per le prestazioni di **diagnostica per immagini** si nota che il consumo complessivo si è stabilizzato nel 2008 con una riduzione costante della percentuale di fuga, dovuta alla definizione di accordi contrattuali e protocolli specifici su alcune prestazioni.

Per le **prestazioni terapeutiche** (es. radioterapia, dialisi, odontoiatria, trasfusioni, chirurgia ambulatoriale) si evidenzia un andamento costante nel tempo e un netto contenimento della fuga extra-aziendale.

Fra le **prestazioni riabilitative** si evince che a Modena vi è un consumo di prestazioni riabilitative più basso che in regione. In provincia è stata attivata negli anni anche la riabilitazione domiciliare e mantenuta quella nelle strutture per anziani. L'attività presso i centri privati non è stata aumentata e si è cercato di governare l'appropriatezza delle prescrizioni.

Infine per le **prestazioni di laboratorio** si evidenzia un progressivo incremento nel corso del tempo.

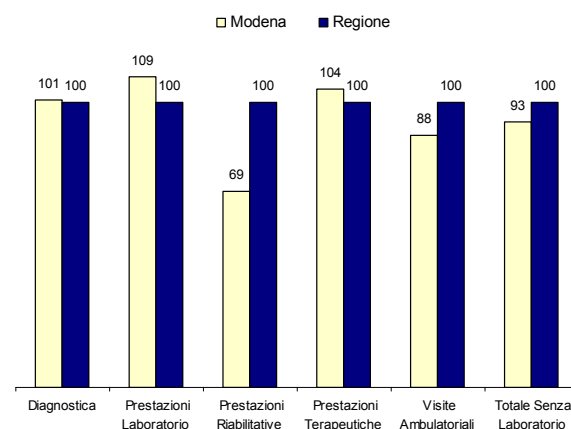
Rispetto ai cittadini della Regione i modenesi nel 2009 hanno fatto ricorso a meno visite e prestazioni di riabilitazione e più prestazioni di laboratorio e terapeutiche. In media, escludendo il laboratorio il consumo di servizi è inferiore alla media regionale.



Numero di prestazioni specialistiche totali per 1.000 ab.

	2006	2007	2008
Visite ambulatoriali			
Indice di consumo	1251	1335	1333
% di fuga fuori azienda	6,4	6,0	6,3
Diagnostica per immagini			
Indice di consumo	1210	1440	1448
% di fuga fuori azienda	9,5	8,6	8,1
Prestazioni terapeutiche			
Indice di consumo	439	449	448
% di fuga fuori azienda	7,8	6,8	6,8
Riabilitazione			
Indice di consumo	320	271	295
% di fuga fuori azienda	4,6	4,3	4
Laboratorio			
Indice di consumo	10668	10958	12181
% di fuga fuori azienda	3,6	3,6	3,7

Utilizzo della specialistica
Indici di consumo standardizzati per età per 1.000 abitanti e % fuga extra-aziendale



Utilizzo prestazioni specialistiche – Confronto con la Regione
(Regione ER = 100) Anno 2009

Per quanto riguarda i **tempi di attesa**, il rispetto dei tempi in relazione alle prestazioni erogate per l'Azienda USL sono positivi rispetto alle prestazioni di laboratorio e terapeutiche, meno positivi per quelli di diagnostica per immagini, visite ambulatoriali e prestazioni terapeutiche.

L'Azienda OU Policlinico collabora con l'AUSL per orientare, coerentemente alle necessità provinciali, la erogazione di attività specialistica ambulatoriale. Partecipa al piano contenimento dei tempi di attesa 2009-2010 e garantisce la struttura dell'offerta secondo le modalità stabilite a livello provinciale e regionale.

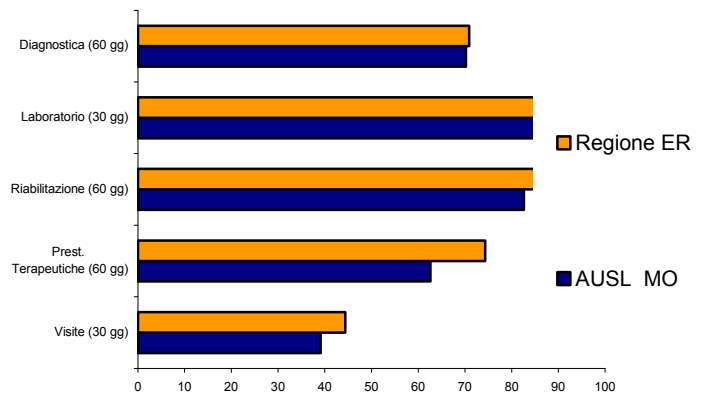
Le maggiori criticità sono state prese in considerazione e inserite nel nuovo piano di contenimento delle liste di attesa del 2009/2010, approvato dalla CSST, con l'attivazione di una maggiore offerta per alcune prestazioni critiche, in particolare prime visite ed ecografie addominali.

Per favorire l'accesso alle prestazioni l'Azienda ha messo in campo una serie di iniziative, di seguito riportate.

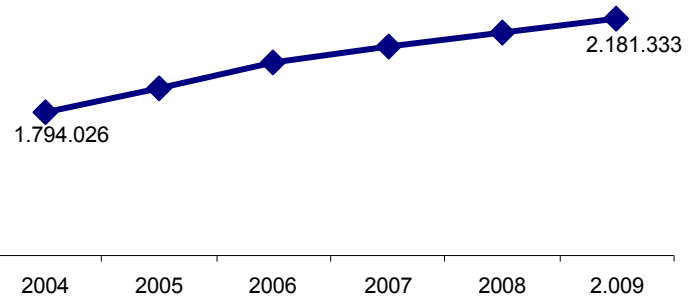
Il **sistema CUP dell'Azienda USL di Modena** prevede una gestione separata delle prime visite e dei controlli e rileva separatamente i tempi di attesa assegnati alle due tipologie di utenti e prevede la gestione del bacino di riferimento in funzione della residenza del cittadino. Inoltre attiva meccanismi automatici di riconversione di posti fra le risorse disponibili, in caso di posti rimasti vuoti.

Nel corso del 2008 la diffusione dei punti di accesso alla prenotazione è stata ulteriormente ampliata su tutto il territorio provinciale, grazie all'accordo con COOP Estense (8 nuovi punti di prenotazione). Ulteriori punti verranno aperti nel corso di quest'anno, grazie all'accordo con NORDICONAD e con le parafarmacie. Tali accordi hanno consentito anche di attivare nuove funzioni di prenotazione mediante attrezzature dedicate (totem) che consentono all'operatore del call center di visualizzare e interagire in modo più completo con i cittadini. A fianco degli sportelli tradizionali sta crescendo anche l'attività di prenotazione telefonica (oltre 90.000 prenotazioni nel 2008).

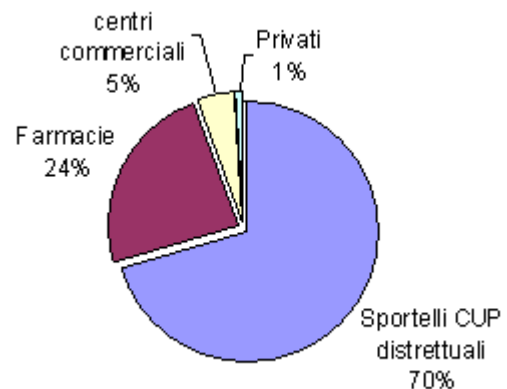
Dal 2005 è attivo su tutto il territorio provinciale un **sistema automatico per la**



Tempi di attesa - anno 2009
% prestazioni erogate entro soglia regionale
Fonte Regione ER - Flusso ASA



Prenotazioni attraverso il CUP provinciale



Canale di prenotazione prestazioni specialistiche Anno 2008

disdetta delle prenotazioni attraverso un unico numero telefonico, attivo 24 ore su 24. Dallo scorso anno, in seguito all'attivazione del **Call Center Tel&prenota**, la disdetta può avvenire anche tramite operatore. Dal 2007 è, inoltre, attivo un sistema di "richiamo automatico", che provvede a richiamare gli utenti per ricordare l'appuntamento fissato, consentendo di annullare la prenotazione. Inoltre, è stato ampliato l'orario di funzionamento del call center.

Presso il Policlinico è stata avviata la sperimentazione (es. Oculistica,

Odontoiatria) dei PAO (punti di accoglienza ospedaliero) in cui sono state concentrate una serie di funzioni dell'area amministrativa e sanitaria con l'obiettivo di essere il punto di riferimento unico per tutte le attività dell'area di interesse. In questo modo il paziente si può rivolgere al PAO per ogni dubbio di carattere organizzativo (tempi, sedi, ecc) e sanitario (prenotazioni, ricerca di referti dubbi interpretativi ecc.). L'approccio è coerente con quanto è in essere per quanto riguarda attività più complesse (trapianti, neoplasia mammella, prostata ecc) con i PUNTO'S (vedi Rete oncologica 4.5).

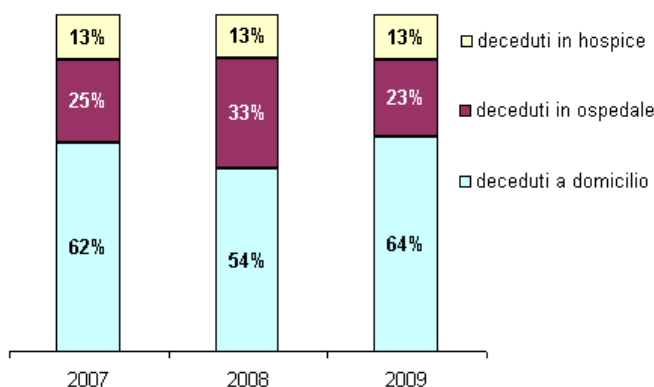
3.4 - Le cure palliative

La rete delle cure palliative della Provincia di Modena, definita come programma nel 2008, si articola su 4 capisaldi: il territorio, la rete oncologica provinciale, i centri di terapia del dolore e l'hospice.

Negli anni nel territorio si è sviluppata la cultura e sono aumentate le competenze cliniche della medicina palliativa grazie al coinvolgimento della medicina generale e degli infermieri dei vari servizi infermieristici. In ciascuno dei 7 Distretti è stata definita una **Unità Territoriale di Cure Palliative (UCPT)**, che riunisce i Medici di Medicina Generale referenti delle cure palliative in ciascun Nucleo di Cure Primarie, coordinata dal Direttore delle Cure Primarie. L'UCPT raccoglie ed analizza i dati di attività e contribuisce ad individuare le azioni e gli strumenti di miglioramento in ambito formativo ed organizzativo.

Esistono inoltre due Centri di Terapia del dolore, a Castelfranco e al Policlinico, e diversi ambulatori presso gli stabilimenti ospedalieri che offrono consulenze.

In provincia è stato realizzato **un Hospice Ospedaliero** situato all'interno del COM.



Luogo del decesso pazienti oncologici

La direzione di sviluppo che la rete ha assunto è quella della competenza palliativa diffusa piuttosto che la definizione di strutture dedicate alle sole cure palliative. Tale modello ha tuttavia la necessità di un ingente e continuo sforzo di motivazione, professionalizzazione ed aggiornamento di un grande numero di operatori.

L'Hospice Ospedaliero del Centro Oncologico del Policlinico è attivo dal marzo 2002 per rispondere alle esigenze dei pazienti seguiti dall'Oncologia e dall'Assistenza Domiciliare Oncologica dei Distretti di Modena e Castelfranco Emilia la cui gestione domiciliare diventa problematica o per criticità e scompensi della patologia di base o per complessità di interventi socio-assistenziali non più erogabili a livello domiciliare.

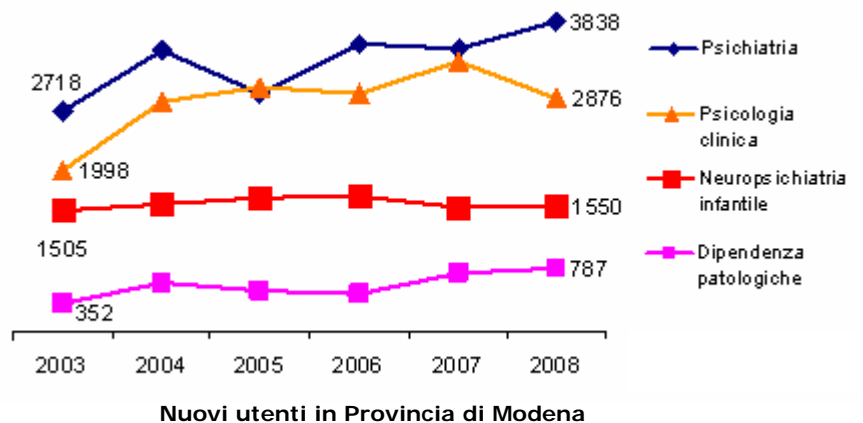
Prendendo in esame i dati relativi del 2009 i ricoveri presso la Struttura sono stati oltre 200 con percentuale di pazienti deceduti del 74% (durata media degenza 13,3 giorni e tasso di occupazione 90%). La complessità delle problematiche da affrontare rende necessario, all'interno della Struttura, un lavoro di équipe col fine non solo di fornire ai pazienti in fase avanzata di malattia il miglior supporto assistenziale in base alle loro esigenze ed a quelle dei familiari, ma anche di permettere il ritorno a domicilio di quei pazienti che abbiano superato la fase di criticità.

Occorre, tuttavia, rilevare che, a seguito della tendenza nella realtà modenese ad attivare un'assistenza domiciliare oncologica anche nelle fasi iniziali della malattia, una percentuale non piccola di pazienti è venuta e viene ricoverata mentre sono ancora attivi specifici trattamenti oncologici.

La diffusione di strutture residenziali nella provincia ha assicurato l'accessibilità all'assistenza residenziale, anche temporanea, dedicata a malati terminali e alle gravissime disabilità. Il modello organizzativo dell'assistenza domiciliare per le patologie croniche e in fase terminale diffuso ha permesso, anche grazie alla multidisciplinarietà delle équipes assistenziali la presa in carico del paziente cronico/terminale a domicilio. Per i pazienti cronici, la struttura residenziale rappresenta una fase di passaggio per periodi limitati, legati a situazioni contingenti di difficoltà del caregiver o finalizzati ad assicurare sollievo alla famiglia. Sono stati così individuati in ogni Distretto alcuni posti tecnici presso residenze, (RSA o Case Protette con posti ad alta intensità assistenziale), che forniscono una garanzia di presenza infermieristica nelle 24 ore.

3.5 - La salute mentale e le dipendenze patologiche

Il Dipartimento ad Attività Integrata di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è la struttura realizzata sulla base dell'intesa tra l'Azienda USL di Modena e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, finalizzata all'erogazione delle prestazioni relative alla tutela della salute mentale. Al proprio interno integra, in un'ottica di processo e di continuità assistenziale, le seguenti aree: Psichiatria Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica.



I Distretti e il Dipartimento condividono la responsabilità della definizione degli obiettivi, delle strategie e delle azioni concrete volte alla tutela della salute mentale di quel determinato territorio. I Distretti, inoltre, sono garanti dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria necessaria al perseguimento degli obiettivi sia assistenziali che di salute mentale. In questo settore gli obiettivi proposti dal PAL sono stati raggiunti rispetto a:

lavoro (al fine di dare realizzazione ai programmi regionali), per le seguenti aree:

- neurologia (e disturbi neuromotori);
- psicopatologia (inclusa ADHD e disturbi del comportamento alimentare);
- neuropsicologia (disturbi del linguaggio - apprendimento);
- autismo- ritardo mentale;
- rete territoriale, al quale fa riferimento il team di transizione, un gruppo di educatori professionali esperti che realizza interventi in ambito aziendale.

1) Psichiatria Adulti

- attivazione di Casa Valentini a Sassuolo
- una residenza ed un centro diurno gestiti da Villa Igea, collegati al Centro di Salute Mentale (CSM);
- rispetto all'obiettivo di trasferimento dei 2 Servizi Psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) collocati presso il Policlinico a Baggiovara, è stata proposta alla CSST una modifica, che è stata approvata che ha visto il trasferimento di un SPDC a Carpi. Quello collocato al Policlinico si è trasferito temporaneamente a Baggiovara per permettere la ristrutturazione e la messa a norma. A seguito anche dell'Accordo AIOP Regione del 2007/2009 è previsto il trasferimento del SPDC gestito da Villa Igea a Sassuolo presso i locali di proprietà dell'Azienda siti nell'area dell'Ospedale di Sassuolo;

Nel 2007 è stata avviata la residenza per minori "Il Nespolo", realizzata presso l'Ospedale Privato Villa Igea, dove è attiva una équipe multiprofessionale per interventi ambulatoriali, semiresidenziali e di ricovero. In questa struttura nel 2008 ha preso avvio l'attività con 25 ricoveri, 15 dei quali dal territorio modenese, 9 da altre AUSL della regione ed 1 da fuori regione (una parte dei letti è infatti a disposizione delle altre AUSL regionali). La collaborazione tra il settore NPJA ed il Nespolo è stata consolidata con la definizione di una procedura condivisa per l'invio, l'accesso, ed il percorso integrato di cura dei soggetti.

Nel corso del 2008 è inoltre proseguita l'attività relativa al Programma Regionale Autismo, che ha una utenza potenziale sul territorio dell'AUSL di Modena stimata in 200 soggetti e la collaborazione del settore NPJA con il gruppo regionale che sta elaborando linee guida sulla gestione degli esordi psicotici precoci.

2) Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell' Adolescenza

La struttura organizzativa della Neuropsichiatria infantile è stata articolata su due livelli: uno distrettuale, con una équipe multiprofessionale presente in ciascuno dei Distretti, e un livello aziendale con 5 gruppi di

E' presente inoltre presso il Policlinico un Programma per lo sviluppo della neuropsichiatria infantile. Esso è collocato nel Dipartimento Materno Infantile e sviluppa le sue attività

nell'ambito della formazione e della ricerca in neuropsichiatria infantile con una attività clinica rivolta prioritariamente alle aree della emergenza psichiatrica e delle condizioni psicopatologiche conseguenti a traumi, violenze ed abusi di bambini ed adolescenti.

3) Dipendenze Patologiche

Il Settore Dipendenze patologiche comprende nella nostra realtà i **SERT, i Centri Antifumo e i Centri alcolologici**, presenti in ogni distretto. Per la tossicodipendenza, i dati dei nuovi utenti tossicodipendenti evidenziano per Modena una incidenza sulla popolazione generale inferiore alla media regionale, mentre i nuovi utenti alcolisti sono superiori alla media regionale. Il 2008 è stato il primo anno di attività del **sistema integrato di cura per le dipendenze patologiche** dopo l'accreditamento effettuato per tutte le strutture ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali dell'AUSL e dei tre Enti Accreditati che operano sul territorio di Modena (Centro di Solidarietà, Angolo e Libera Associazione Genitori).

Contribuiscono inoltre al sistema di cura i **due ospedali privati** Villa Igea (con un reparto specializzato per le tossicodipendenze) e Villa Rosa (con un reparto per gli alcolisti).

Le attività a bassa soglia di accesso hanno preso avvio al centro "La Fattoria" con una mensa sociale per tossicodipendenti. Nel 2004 è stato aperto il Centro Alcolologico di Modena in una sede diversa dal SerT per favorire l'accesso degli utenti. E' stata potenziata l'attività dei Centri Antifumo, presenti in ogni distretto con i corsi per smettere di fumare, con l'avvio inoltre di una esperienza pilota di ambulatorio tabaccologico individuale al Distretto di Carpi nel 2008.

4) Psicologia Clinica

Il settore di psicologia clinica, ha sviluppato i propri interventi negli ambiti della consulenza e della terapia familiare, dei servizi per l'adolescente, della psicologia ospedaliera, della tutela del minore, con particolare riferimento al tema delle adozioni. Sono stati attivati in alcuni distretti i primi centri di psicologia clinica sperimentando anche modalità di invio diretto da parte dei medici di medicina generale per disturbi psicologici definiti, quali ad esempio il disturbo da attacchi di panico.

Inoltre sono stati attivati programmi dipartimentali che prevedono la riorganizzazione in rete fra le strutture rivolte all'età evolutiva ed agli adulti affetti da Disturbi del comportamento alimentare (DCA), che integra professionalità del DSM e clinici ospedalieri, collaborazione del DSM alla definizione del Programma Aziendale DCA insieme agli altri dipartimenti ospedalieri ed aziendali.

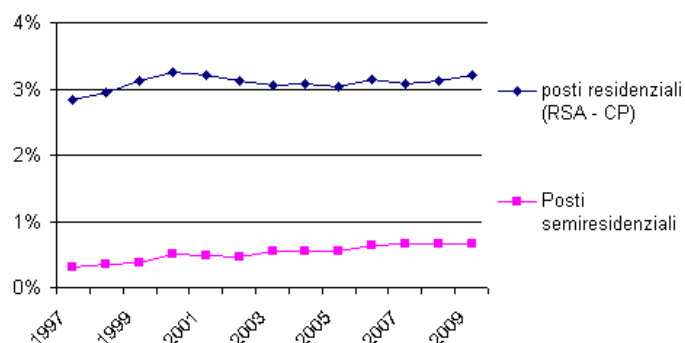
5) Il programma Leggeri

Va infine segnalata la nascita nel 2004 del programma regionale Leggeri con l'intento di migliorare la gestione dei disturbi psichiatrici comuni e soprattutto di integrare anche in questo settore il ruolo ed il lavoro dei medici di medicina generale con quello degli psichiatri e degli altri operatori della salute mentale. Sono state definite linee regionali di indirizzo per la presa in carico del paziente con disturbi psichiatrici comuni nella medicina generale dove la sequenza del percorso di cura segue l'impostazione per livelli di assistenza (*Stepped care*), e l'eterogenea tipologia dei disturbi psichiatrici comuni viene così differenziata in tre modalità principali, in funzione della gravità del caso. L'organizzazione aziendale prevede l'individuazione di uno psichiatra di riferimento per ogni Nucleo di Cure Primarie per le consulenze, l'organizzazione dei percorsi e la programmazione della formazione. In via sperimentale, per alcuni NCP, si sono individuati percorsi di accesso diretto su invio del MMG al servizio di psicologia per casi specifici quali ad esempio gli attacchi di panico e di depressione lieve.

3.6 - L'assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani e disabili

La programmazione provinciale ha spinto l'Azienda USL e gli Enti Locali a prevedere soluzioni territoriali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari) per rispondere ai bisogni assistenziali degli anziani non autosufficienti che negli anni aumentavano sempre di più. Conseguentemente ogni Distretto ha cercato di adeguare i servizi per trovare una soluzione alle problematiche esistenti alla data del PAL 1997.⁶

L'offerta presente nel nostro territorio, rapportata alla popolazione residente, ha visto nel corso degli ultimi 10 anni un incremento dei posti presenti nelle strutture residenziali per anziani, determinando nel 2009 un'offerta complessiva provinciale superiore al 3% di posti letto rispetto agli anziani ultra 75enni.



Posti residenziali e semiresidenziali convenzionati in Provincia di Modena – % su popolazione > 75

Posti residenziali e semiresidenziali per anziani in provincia di Modena

	POSTI AUTORIZZATI			POSTI RESIDENZIALI CONVENZIONATI			POSTI SEMI RESIDENZIALI		
	Popolaz >75	RSA	Case Protette	Totale	RSA	Case Protette	% copertura	Centri Diurni	% copertura
1997	52.323	85	2.108	2.193	85	1.398	2,83%	161	0,31%
1999	56.338	158	2.484	2.642	151	1.601	3,11%	216	0,38%
2001	60.285	173	2.554	2.727	168	1.762	3,20%	291	0,48%
2003	63.883	175	2.581	2.756	198	1.753	3,05%	353	0,55%
2005	66.611	250	2.547	2.797	246	1.774	3,03%	363	0,54%
2007	69.752	296	2.610	2.906	306	1.833	3,07%	451	0,65%
2009	72.066	296	2.610	2.906	357	1.916	3,20%	473	0,66%

RSA = Residenze Sanitarie Assistite

Negli anni si è così riusciti a potenziare l'offerta residenziale anche se l'attuale equilibrio potrebbe subire delle modificazioni in parte dovute all'aumento progressivo delle fasce di età più avanzate e in parte imputabili al cambiamento della casistica afferente alle strutture. Lo sviluppo dell'offerta semiresidenziale si è inserita nel più ampio obiettivo di sostenere la domiciliarità dell'anziano il più a lungo possibile.

Nell'arco di 12 anni i posti residenziali convenzionati sono aumentati di 731 unità (+50%), i centri diurni sono quasi triplicati, come pure sono notevolmente aumentati gli interventi a domicilio.

⁶ La situazione dell'offerta sanitaria territoriale e socio sanitaria alla data del PAL 1997 aveva le seguenti caratteristiche:

- era la somma della dotazione di servizi e di posti delle precedenti sei unità sanitarie locali;
- per i posti di strutture per anziani non autosufficienti era presente una distribuzione non omogenea sul territorio provinciale con indici di copertura rispetto agli anziani >75 anni molto diversa nei sette distretti;
- nella disabilità era mancata una programmazione, specie dei posti residenziali, perché è a partire dal 1995 che questi bisogni si evidenziano in modo più significativo;
- esisteva una gestione diversificata dei servizi socio sanitari in relazione al ritiro o meno delle deleghe.

La comparazione tra l'offerta residenziale modenese e i dati regionali evidenziano una sostanziale corrispondenza, fatta eccezione per i posti semiresidenziali dove si evidenzia nell'ambito modenese, una maggiore presenza rispetto la media regionale.

Con l'avvio del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, oltre ad un aumento degli utenti anziani e disabili presi in carico, si è anche

ampliata la gamma degli interventi tesi a sostenere ulteriormente la domiciliarità. Infatti oltre alla rete storica degli interventi presenti sull'intero ambito provinciale (centri diurni, assegno di cura e assistenza domiciliare), ulteriori interventi innovativi hanno qualificato il processo programmatico, quali la formazione delle assistenti famigliari private e la progettazione di ulteriori azioni tese a sostenere le reti sociali.

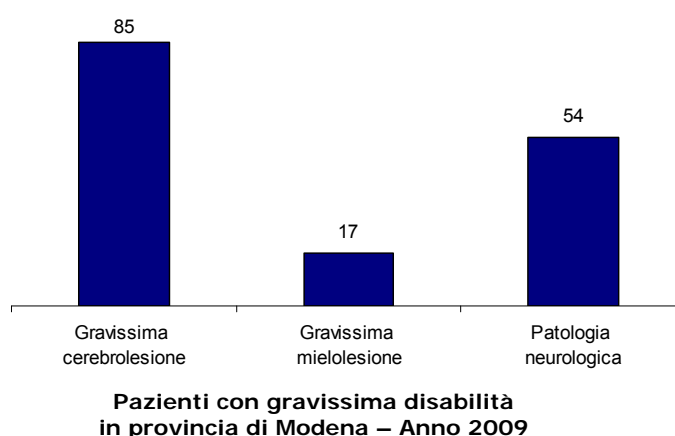
Posti residenziali e semiresidenziali per disabili in provincia di Modena

	POSTI AUTORIZZATI			POSTI RESIDENZIALI CONVENZIONATI			
	Residenze	Centri Diurni	Totale	Residenze	Centri Diurni	Laboratori Protetti	Totale
1997	81	330	411	70	325	0*	395
1999	81	343	415	74	343	0	417
2001	91	349	440	82	342	0	424
2003	104	331	435	95	320	45	460
2005	143	369	512	122	342	173	637
2007	161	418	579	149	394	187	730
2009	161	438	599	154	402	194	750

* La Regione ha iniziato a raccogliere questo dato a partire dal 2003

Nel corso degli anni le situazioni di lunga assistenza per persone con **gravissima disabilità** acquisite sono in netta crescita (156 nel 2009). Questo è legato alle migliorate possibilità di trattamento in fase acuta di eventi gravi e per la possibilità di dominare patologie concomitanti che spesso portavano all'exitus precoce le persone con patologie vascolari o traumatiche o degenerative.

Anche se la famiglia continua a rimanere oggi la risorsa più rilevante per la maggior parte di queste persone, i cambiamenti sociali e demografici in corso tendono a ridurre in molti casi la capacità delle famiglie di farsi carico di percorsi di lunga assistenza,. Anche le situazioni di terminalità, soprattutto da patologie neoplastiche, trovano attualmente nel contesto familiare la risorsa per permettere una gestione della malattia a domicilio. In questa situazione, sempre di più appare necessario lavorare in una ottica di rete dei servizi e soprattutto in un continuum che permetta di supportare le varie fasi della malattia in modo adeguato.



4. - LE RETI CLINICHE INTEGRATE

A livello regionale le funzioni di alta specialità, legate alla bassa frequenza o complessità assistenziale, sono erogate presso pochi Centri ospedalieri altamente specializzati, a cui gli ospedali del territorio possono inviare gli ammalati quando le condizioni cliniche lo richiedono.

La programmazione dei Centri di alta specialità è fatta a livello regionale. Il modello organizzativo adottato - Hub & Spoke (letteralmente "mozzo e raggio" della ruota) - prevede il collegamento tra gli Hub (i Centri di alta specialità) e gli Spoke (gli ospedali del territorio). L'accesso ai Centri Hub è richiesto dagli specialisti di questi ultimi.

La rete, prevista già dal Piano sanitario regionale 1999-2001 e confermata nel Piano sociale e sanitario 2008-2010, riguarda specifiche discipline. Le reti Hub & Spoke già attive a livello regionale sono: cardiocirurgia e cardiologia, neuroscienze, trapianti, grandi traumi, grandi ustioni, terapie intensive perinatali e pediatriche, alte specialità riabilitative, sistema 118, sistema trasfusionale e piano sangue, malattie rare (diverse reti per specifiche patologie rare), genetica. Una nuova rete dedicata alle malattie rare scheletriche è stata istituita nel 2009.

Con la delibera di Giunta 608/2009 "Accordo fra la Regione Emilia-Romagna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli" sono state individuate ulteriori funzioni Hub relative a ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione di protesi e

terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede. Per queste funzioni saranno definite le reti specifiche e le relazioni con gli ospedali di riferimento.

Anche nella realtà modenese le reti cliniche integrate hanno rappresentato uno dei principali strumenti per il raggiungimento degli obiettivi della programmazione. In quest'ultima venivano esplicitamente indicate le reti dell'emergenza-urgenza, unitamente alla prevenzione, alla diagnosi, al trattamento (e nei casi previsti alla riabilitazione) delle patologie neoplastiche e cronico-degenerative.

Questo modello organizzativo è stato seguito in diversi ambiti, fra i quali ricordiamo nelle pagine seguenti i principali:

- La rete dell'emergenza e urgenza
- La rete dei traumi gravi
- La rete per l'infarto
- La rete per l'ictus
- La rete oncologica
- La rete materno infantile
- La rete nefrologica
- La rete dei laboratori
- La rete radiologica
- La rete trasfusionale

Infine, al di là degli esempi di rete sopra riportati, nell'ultimo paragrafo abbiamo richiamato brevemente alcuni dei punti di eccellenza della nostra provincia.

4.1 - La rete dell'emergenza-urgenza

Il sistema dell'Emergenza e Urgenza si fonda su due capisaldi: la centrale operativa Modena Soccorso (118) e le strutture di Pronto Soccorso.

Alla **Centrale Operativa di Modena Soccorso**, fanno capo tutte le richieste telefoniche per urgenze ed emergenze sanitarie convogliate attraverso il numero unico 118.

La Centrale ha funzioni di coordinamento del Sistema d'Emergenza Territoriale Provinciale e garantisce capacità di risposta tempestiva ed efficace, dalla richiesta fino all'accesso ai presidi ospedalieri.

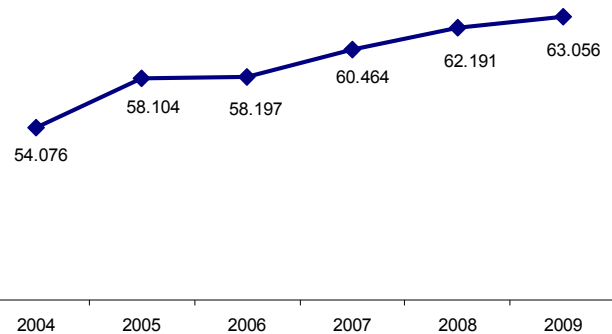
L'attività viene svolta operando secondo una logica di rete che coinvolge altri settori dell'emergenza sanitaria (Dipartimenti di emergenza urgenza e rispettive risorse territoriali, Dipartimenti di Area Critica) oltre a Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, Protezione Civile, e le altre Centrali Operative della Regione. Il sistema dell'emergenza territoriale si avvale di operatori specializzati, mezzi e procedure che garantiscono il governo clinico dell'intervento sul territorio e nella fase di avvicinamento ai Pronto Soccorso di destinazione.

Gli operatori (medici, infermieri, autisti soccorritori) fanno riferimento per una parte del territorio provinciale direttamente alla Centrale Operativa e per il resto ai Pronto Soccorso dell'Azienda Sanitaria.

Altra componente importante del sistema sono le associazioni di volontariato convenzionato diffuse capillarmente sul territorio (es. ANPAS, CRI, Misericordie d'Italia).

Le postazioni sul territorio provinciale si avvalgono di mezzi di soccorso istituzionali 118 della AUSL di Modena e delle Associazioni di Volontariato. Le risorse attivabili, se pure in fasce orarie diversificate, sono:

- **12 ambulanze con infermiere;**
- **2 ambulanze medicalizzate** con medico dell'emergenza territoriale ed infermiere;
- **2 ambulanze con equipaggio misto:** volontario, infermiere e/o medico;



Interventi di Modena Soccorso (numero)

- **2 automediche con medico dell'emergenza territoriale ed infermiere;**
- **41 ambulanze con soccorritori del volontariato** in convenzione per l'attività d'emergenza urgenza;
- **3 basi d'elisoccorso regionale** dislocate a Bologna, Parma e Ravenna, che operano sul territorio regionale con équipe formata da un medico anestesista-rianimatore e due infermieri dell'area emergenza;
- **1 Elicottero SAR/118 regionale** (dotato di verricello) dislocato a Pavullo, con équipe formata da un medico, un infermiere ed un tecnico del Soccorso Alpino. Questa risorsa è estremamente importante per la collocazione all'interno del territorio appenninico: la professionalità degli operatori e le attrezzature installate permettono infatti di intervenire in terreno inaccessibile o difficilmente raggiungibile con altri mezzi.

Negli ultimi 5 anni si è verificato un costante incremento delle attività della Centrale Operativa 118 (+15%), sino a giungere a più di 63 mila chiamate di soccorso nel 2008 (e circa 72 mila mezzi di soccorso intervenuti), una media pari a quasi 1 intervento ogni 10 persone.

Va segnalato, inoltre, che nell'ultimo anno più dell'80% degli interventi di emergenza è avvenuto entro i tempi standard regionali.

La rete dell'emergenza della provincia di Modena è costituito da **7 Pronti Soccorso** (Carpi, Mirandola, NOCSAE-Baggiovara, Policlinico, Sassuolo, Pavullo, Vignola) e **3 Punti di Primo Intervento** (Finale Emilia, Castelfranco Emilia, Fanano) Dal maggio 2007 la struttura di Castelfranco ha limitato la propria attività alle ore diurne (8-20).

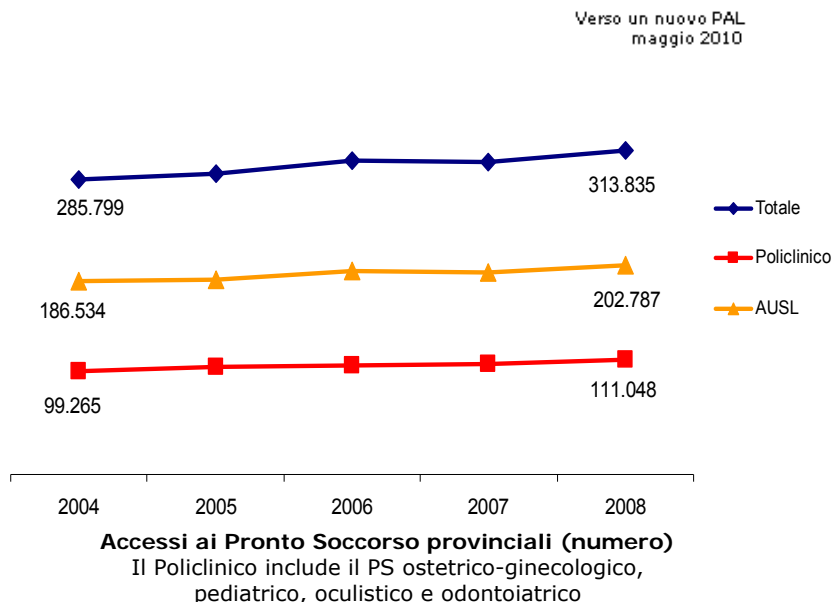
In tutte le strutture di Pronto Soccorso provinciali si è registrato un aumento dei casi assistiti: dai 286 mila del 2004 si passa ai 313 mila del 2008, con un aumento del 10%. I casi più gravi (codici rossi e gialli) sono passati dal 10% del totale degli accessi nel 2004 al 15% nel 2008, coerentemente la percentuale di ricoveri sul totale degli accessi è passata dal 12% del 2004 al 13,8% del 2008: dato che mostra una buona capacità di risposta della rete assistenziale.

L'Azienda USL ha inoltre individuato fra gli obiettivi assegnati alle cure primarie alcuni progetti prioritari a supporto della rete e fra questi ricordiamo l'estensione **dell'ambulatorio di continuità assistenziale** festivo-prefestivo in tutti i distretti e l'estensione oraria per le forme associative dell'attività alla ottava, nona e decima ora per garantire la continuità assistenziale e la risposta ad eventuali urgenze con fasce orarie di riferimento dalle 8 alle 13 e dalle 13 alle 19.

L'Azienda USL, sede di centrale operativa 118, aderisce all'obiettivo di attivare percorsi comuni di valutazione delle potenzialità/opportunità di integrazione in ambito di area vasta e in ambito regionale.

Il Policlinico ha avviato nel 2009 una profonda riorganizzazione della attività di pronto soccorso anche alla luce della inaugurazione della nuova struttura che ha visto il potenziamento della funzione OBI (osservazione breve intensiva) con 16 posti letto.

L'ambulatorio di continuità assistenziale (circa 14.000 prestazioni anno nel 2009) e la funzionalità dell'OBI hanno permesso di dare



una risposta importante al crescente numero di pazienti che si rivolgono alla struttura. Particolarmente significativi i risultati se si pensa che attualmente oltre 2.600 pazienti usufruiscono di questa struttura.

Accessi al Pronto Soccorso

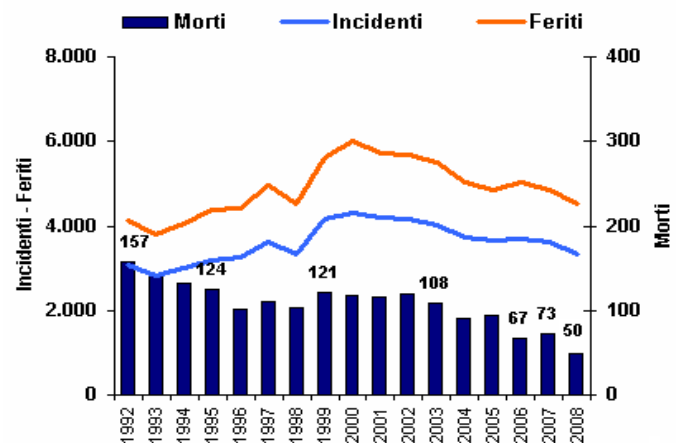
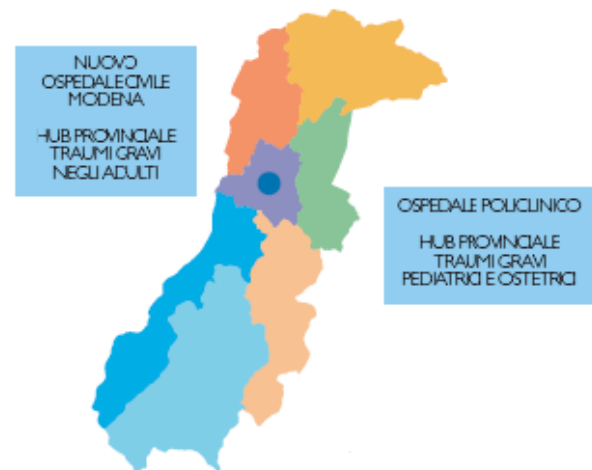
	Anno 2009	
	Numero	%
Carpi	42.415	14%
Mirandola	25.762	8%
Finale	3.574	1%
Policlinico Generale	61.910	20%
Baggiovara Modena	41.586	13%
Policlinico Pediatrico	18.036	6%
Policlinico Oculistico	14.141	5%
Policlinico Ostetrico-Ginec.	12.130	4%
Castelfranco	8.637	3%
Policlinico Odontoiatrico	3.911	1%
Sassuolo	37.545	12%
Vignola	23.927	8%
Pavullo	17.074	5%
Fanano	1.613	1%
Totale Accessi	312.261	100%

4.2 - La rete dei traumi gravi

La rete provinciale di **assistenza al trauma** prevede che i traumi gravi siano centralizzati verso le strutture a maggiore offerta assistenziale direttamente dal territorio o trasferiti dagli ospedali periferici: per le persone adulte il centro provinciale di riferimento è l'Ospedale Civile di Baggiovara, mentre per i bambini e le gravide è il Policlinico di Modena.

Nel 2008 sono stati assistiti 298 traumi gravi e nel 71% di questi la causa era riconducibile a incidenti da traffico. Nella nostra provincia i dati di mortalità per i traumi gravi sono da considerarsi molto positivi, legati all'attivazione, sin dal 2006, presso l'Ospedale Civile di Baggiovara del *Trauma Team (TT)*. La sopravvivenza a 1 mese per traumi gravi in provincia di Modena è del 93%, contro l'85% a livello internazionale. Il TT è un organismo che coordina tutte le attività connesse alla gestione del trauma grave, rappresentato da referenti di 11 reparti e servizi mirati alla gestione del paziente traumatizzato. Infatti, numerosi studi in letteratura hanno dimostrato che l'istituzione dei Trauma Centers e dei Trauma Systems ha comportato un incremento dei livelli di cura del paziente affetto da grave trauma, con una riduzione del numero delle cosiddette "morti evitabili". L'approccio organizzato al paziente da parte di un team multidisciplinare di esperti (Trauma Team), coordinato da un leader (Trauma Leader) è uno dei fondamenti per abbreviare i tempi relativi alla rianimazione e alla diagnostica, ridurre il numero di lesioni misconosciute, migliorare gli esiti in termini di sopravvivenza e inabilità.

L'attivazione del TT impegna le risorse del Dipartimento di Emergenza, sia per quanto riguarda il numero di persone coinvolte, sia per la necessaria attivazione dei servizi di diagnostica e terapia (sale operatorie). E' pertanto opportuno identificare accuratamente i pazienti affetti da trauma grave, al fine di ridurre al massimo le percentuali di "overtriage" (attivazione del team per pazienti risultati, a posteriori, gestibili al di fuori di un approccio multi-disciplinare) e di "undertriage" (mancata attivazione). La procedura più diffusamente accettata nel mondo, e adottata nelle "Linee Guida dell'AUSL di Modena", prevede un sistema basato su due diversi livelli: il primo è quello di un'attivazione automatica, da parte della Centrale Operativa del 118, in caso di alterazione dei parametri vitali del paziente o per evidenza di lesioni anatomiche gravi. Il secondo si basa su un'attivazione mediata da una rivalutazione medica in caso di presenza di



Incidentalità stradale in provincia di Modena

almeno un indicatore di impatto violento o di rischio clinico aumentato per età, gravidanza, malattie croniche. L'applicazione di tali criteri conduce ad una percentuale di overtriage del 30-50% e di undertriage del 5%, considerate accettabili nell'ambito dei vari sistemi.

Il PS del Policlinico è il centro hub provinciale per la grave traumatologia dei pazienti in età pediatrica e donne in gravidanza. Complessivamente nel 2009 sono stati trattati 2.800 bambini, di cui 800 per incidenti stradali e 50 donne gravide. Il PS del Policlinico ha inoltre un piano collaudato per le maxiemergenze.

4.3 - La rete per l'infarto

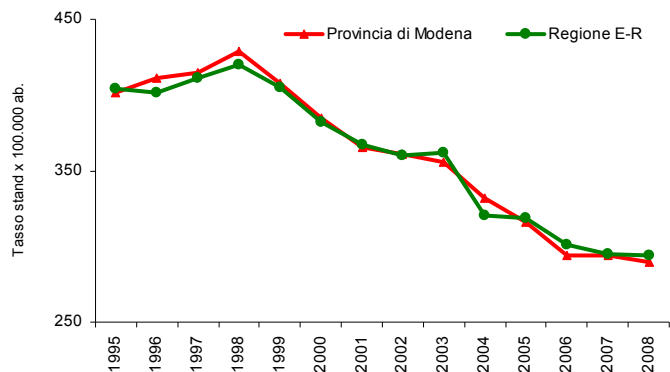
I pazienti con cardiopatie sono assistiti dalla rete cardiologica provinciale che prevede il coordinamento di tutte le strutture sanitarie provinciali e della rete di emergenza urgenza della provincia, insieme al coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale.

I pazienti con infarto che possono beneficiare dell'angioplastica primaria, ossia fatta in urgenza, vengono centralizzati presso la Cardiologia del Policlinico e di Baggiovara dove tale attività è garantita 24 h su 24.

Il complesso degli interventi, dalla prevenzione primaria all'attività interventiva, ha portato nel corso degli anni ad una riduzione nella nostra provincia della mortalità per infarto miocardico acuto e delle malattie del sistema circolatorio.

Tutta la letteratura oggi disponibile è unanime nel definire che l'angioplastica primaria è più efficace di ogni altra terapia ripercussiva nel trattamento dell'infarto miocardico acuto con soprallivellamento del tratto ST. Tuttavia la metodica garantisce effettivo vantaggio rispetto alle altre terapie solo quando viene eseguita da personale esperto e in centri che svolgono una attività specifica quantitativamente rilevante (oltre 500 PTCA/anno). Sono state così elaborate procedure condivise fra tutte le strutture sanitarie di emergenza urgenza della Provincia (PS, sistema 118, Emergenza territoriale) per la trasmissione del tracciato ECGrafico dal territorio e dalle ambulanze nelle Cardiologie e il diretto trasferimento alle sale di emodinamica con guardia e reperibilità del personale medico e non medico H/24 per 7 giorni su 7. Ciò ha consentito un abbattimento dei tempi di ritardo evitabile dall'inizio dal primo soccorso alla apertura della arteria.

E' stata pertanto identificata la necessità di un centro idoneo a tale attività ogni 350 mila abitanti. Sulla base di queste premesse dal 2005 la emodinamica dell'Ospedale di Baggiovara (2000 procedure emodinamiche/anno, 4 medici dedicati,



Mortalità per malattie sistema circolatorio – Tassi standardizzati per 100.000 abitanti

240 PTCA primarie/anno) è riferimento per le angioplastiche primarie in caso di infarto acuto del miocardio per i seguenti presidi ospedalieri ed aree territoriali:

- Ospedale di Baggiovara (area sud ovest della città di Modena)
- Ospedali di Sassuolo e di Pavullo (area sud della Provincia di Modena)
- Ospedale di Carpi (area Nord della Provincia di Modena).

La rimanente parte della Provincia ha come centro di riferimento l'Emodinamica della Cardiologia della AOSP Policlinico, e comprende i seguenti presidi ospedalieri ed aree territoriali:

- Ospedale di Mirandola e Finale Emilia (area nord-est della Provincia di Modena)
- Ospedale di Vignola e Castelfranco Emilia (area sud-est della Provincia di Modena)
- Area nord-est della città di Modena.

Nel laboratorio di emodinamica del Policlinico operano 4 medici, con guardia e reperibilità dell'équipe medica/non medica, H/24, 7 giorni su 7. Il volume di attività nel 2009 è stato di 1168 coronarografie e 822 angioplastiche di cui 191 primarie, con circa il 50% di accesso diretto al Cathlab, nei pazienti gestiti dal 118.

4.4 - La rete per l'ictus

L'ictus cerebrale (stroke) è la terza causa di morte nel mondo occidentale, la seconda di demenza e la prima causa di invalidità permanente nell'adulto. Anche nella nostra provincia si verificano ogni anno circa 2000 nuovi ictus, mentre sono circa 10.000 le persone con un precedente ictus.

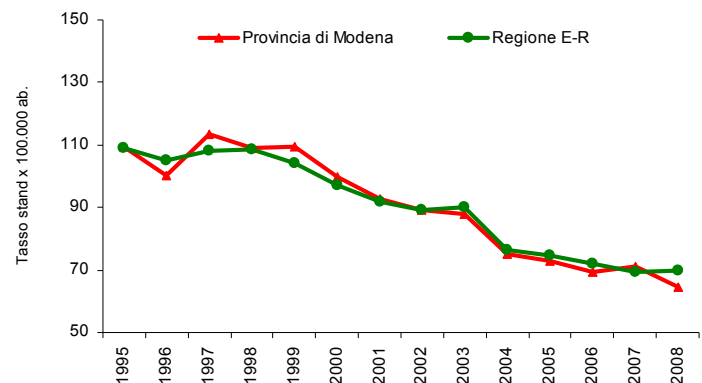
Attualmente la terapia più efficace nel trattamento di questi pazienti è il ricovero in Stroke Unit, ovvero in reparti dedicati con letti e personale addestrati al

trattamento dell'ictus, riabilitazione precoce e nel caso dell'ictus ischemico entro 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi del trattamento trombolitico, ovvero l'utilizzo di un farmaco per sciogliere il trombo che ha chiuso il vaso arterioso nel cervello.

Nella nostra provincia la **rete assistenziale** dedicata a questi pazienti ha permesso la riduzione della mortalità nel corso degli anni.

Nel 2005 la Azienda USL, secondo quanto previsto dal progetto regionale "Stroke Care", ha provveduto con la nascita del Nuovo Ospedale Civile S.Agostino-Estense a riorganizzare l'assistenza all'ictus cerebrale secondo un modello Hub e Spoke a reti integrate. Sono stati individuati Centri Stroke, ovvero reparti di degenza in cui lavora personale addestrato alle malattie cerebrovascolari, con letti dedicati e protocolli condivisi:

- centri di I livello (Spoke), ovvero destinati a ricoverare pazienti con ictus sono gli Ospedali di Mirandola, Sassuolo, Vignola e Policlinico;
- i centri di II livello oltre ai requisiti precedentemente descritti, sono anche dotati dell'accesso precoce alla riabilitazione e alla possibilità di diventare centri attivi anche nel trattamento trombolitico. Nella AUSL sono gli ospedali di Carpi, dotato di un reparto di Neurologia e di una Unità ictus e l'ospedale di Pavullo, dove all'interno del reparto di Medicina Interna è stata attivata una area Stroke con possibilità di Teleconsulto Neurologico h24. Attualmente la Stroke Unit della Clinica Neurologica del



Mortalità per ictus – Tassi standardizzati per 100.000 ab.

Nuovo Ospedale Civile S.Agostino-Estense è l'unica struttura provinciale a eseguire terapia trombolitica entro 4 ore e mezza dall'esordio dei sintomi.

- il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense è il centro di III livello della nostra provincia dotata di una Stroke Unit con letti monitorati e con la possibilità oltre a eseguire una terapia trombolitica endovenosa di offrire a seconda dei casi anche trattamenti trombolitici intraarteriosi da parte dei neuroradiologi interventisti, endoarterectomie e stenting carotidei da parte dei chirurghi vascolari, oltre alla possibilità di intervento del neurochirurgo e alla disponibilità di una neurorianimazione per i casi più gravi che necessitano di una assistenza respiratoria.

L'Azienda USL all'interno del Nuovo Ospedale Civile di Modena ha inoltre creato un gruppo multidisciplinare in collaborazione con la Stroke Unit della Clinica Neurologica, il pronto soccorso e il Dipartimento di Emergenza Urgenza per la gestione dei pazienti con attacco ischemico transitorio in OBI (osservazione breve intensiva in pronto soccorso) per eseguire in 24 ore tutti gli accertamenti necessari al fine di prevenire un ictus definitivo (es TC encefalo, ecocolordoppler dei tronchi sovraortici, ECG, esami del sangue).

4.5 - La rete oncologica

In provincia di Modena si registra una minore mortalità per tumori rispetto alla regione, merito delle numerose attività di prevenzione svolte e anche della rete assistenziale. I dati di sopravvivenza riferiti al periodo 1999-2006 mostrano come il 63% delle donne ammalate e il 57% degli uomini sopravvivono a 5 anni dalla diagnosi, con un aumento molto significativo rispetto al passato (58% per le donne e 48% per gli uomini nel periodo 1991-1998).

Occorre sottolineare che le previsioni regionali del 2004 avevano evidenziato, per gli anni fino al 2024, alcune tendenze che si ritrovano oggi come il consistente aumento della popolazione e il forte incremento degli ultra 80enni. La distribuzione per età dei nuovi casi sottolinea che l'età rappresenta il fattore di rischio più importante per la patologia neoplastica: infatti l'incidenza si evidenzia maggiore tra le persone over-65 (66,1%), mentre i tumori infantili rappresentano una quota estremamente esigua del totale (0,3%).

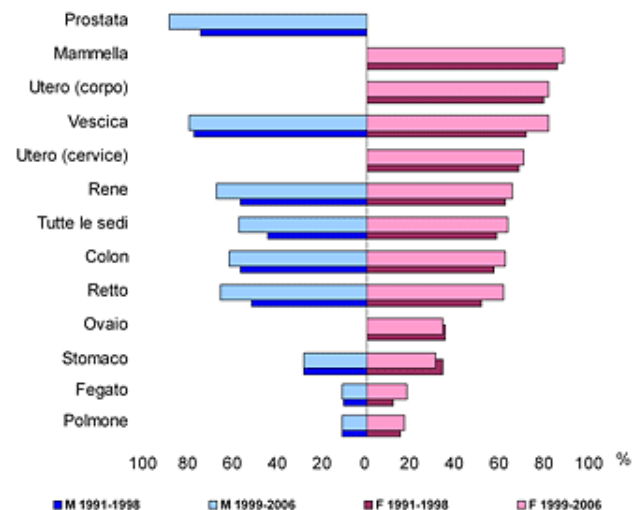
A livello provinciale esiste un **Coordinamento Oncologico Provinciale** con rappresentanti delle due aziende, ospedaliera e territoriale. La rete oncologica e la nascente rete ematologica si caratterizzano per una serie di servizi che mettono a disposizione dei cittadini, un sistema integrato fra ospedale e territorio.

Il Dipartimento di Oncologia Ematologia e Patologie dell'Apparato Respiratorio del Policlinico è organizzato secondo il criterio della gradualità delle cure erogate al fine di garantire i bisogni assistenziali dei pazienti con patologia onco-ematologica in tutte le fasi della malattia.

La struttura del dipartimento permette al paziente di essere ricoverato in una unità operativa con competenze specifiche. L'assistenza è basata sull'organizzazione per processi diagnostico terapeutici (es. Mammella, Polmone o ambulatori multidisciplinari: Osteo-oncologica, Distretto cervico-facciale, Neuro-Oncologia, Ginecologia-Oncologica, Uro-genitale, Terapia del dolore).

Il Dipartimento si occupa inoltre delle problematiche emocoagulative come centro di riferimento provinciale per l'emofilia e le altre patologie della coagulazione. Viene svolta inoltre la diagnostica di cito-istologica midollare, di citogenetica e biologia molecolare della malattie ematologiche

Nell'AUSL di Modena operano una UO di Medicina Oncologica, a cui afferiscono i Day Hospital Oncologici (DHO) degli Ospedali di Carpi e



Percentuale di sopravvivenza a 5 anni dei principali tumori dei residenti nella provincia di Modena. Anni 1991-1998 e 1999-2006. Fonte: Registro Tumori di Modena

Mirandola, il DHO afferente alla U.O. di Medicina della S.p.A. Nuovo Ospedale di Sassuolo a cui si aggiungono i Day Hospital Internistici afferenti alle rispettive U.O. di Medicina degli Ospedali di Castelfranco Emilia, Pavullo, Vignola, che svolgono attività oncologica. Tutte le strutture sopra citate svolgono attività anche in campo ematologico.

Il problema della diagnosi e della terapia del tumore al seno per la sua rilevanza sociale, oltre che complessità e numerosità (nel 2007 580 nuovi casi di tumore al seno, rispetto ai 528 del 2006) è stata affrontata al Policlinico con la costituzione di un percorso multidisciplinare dedicato alle pazienti con neoplasia mammaria, il PUNTO amico Senologico. Il PUNTO si caratterizza per un approccio fortemente integrato e centrato sui bisogni delle pazienti, con l'obiettivo di semplificare l'accesso e favorire la soluzione dei vari problemi, rappresentando quindi un punto di riferimento unico per lei pazienti ed i professionisti.

La significatività dei risultati ottenuti con l'attivazione del PUNTO amico senologico è stata tale che tale approccio è diventato un modello che caratterizzerà sempre più l'organizzazione aziendale. Sono già stati definiti e avviati PUNTO'S per la diagnosi e trattamento delle patologie del Polmone, e a breve si attiveranno quelle del fegato, della prostata e del melanoma

Anche nell'area Nord della Provincia è attiva all'interno della U.O. Medicina Oncologica Carpi-Mirandola, una Breast Unit, per la diagnosi e la terapia del tumore al seno. Nel 2008 sono stati presi in carico 221 nuovi casi di tumore al seno, con un incremento rispetto all'anno precedente del 23,5%. La Breast Unit costituisce un modello di gestione multidisciplinare, con discussione clinica collegiale

dei casi, presa in carico della donna sia nella parte diagnostica che in tutta la fase terapeutica e di follow up. Si tratta di un percorso di eccellenza a livello provinciale, che svolge attività sia di I che di II livello, anche per le strutture limitrofe.

Tra i percorsi multidisciplinari integrati, sono da segnalare quelli relativi alla gestione collegiale dei pazienti con Tumori del polmone, presenti presso gli Ospedali dell'Area Nord e di Sassuolo, in collaborazione con le rispettive U.O. di Pneumologia.

L'attività oncoematologica provinciale trova prevalentemente un riferimento presso il Policlinico nell'Unità Operativa di Ematologia ha come scopo l'attività assistenziale, didattica e di ricerca relativa alle Malattie del Sangue, neoplastiche (leucemie, mielomi, linfomi) e non neoplastiche (anemie, malattie della coagulazione, fallimenti midollari, sindromi mieloproliferative

L'attività di Trapianto di midollo si svolge nell'apposito Reparto isolato (Unità Trapianti di Midollo), Le patologie trattate in questa sede sono costituite da tutte le malattie ematologiche che possano trovare indicazione al trapianto autologo, allogenico da donatore familiare, da banca o da cordone ombelicale (es. Leucemie acute e croniche, mielomi, linfomi, sindromi mieloproliferative e mielodisplastiche, aplasie midollari, ecc.)

L'attività oncoematologica per quanto riguarda la AUSL fa riferimento al Dipartimento di

Medicina e il suo coordinamento è affidato alla sezione di Oncologia del Dipartimento.

Particolare attenzione viene posta nel campo delle **cure palliative**, che vede in tutta l'area provinciale la presenza di un Responsabile per la Formazione referente al Dipartimento e di esperienze di forte integrazione fra Ospedale e Territorio, con una esperienza consolidata di collaborazione fra Medici di Medicina Generale, Infermiere Ospedaliere e Territoriali e Specialisti Ospedalieri, che costituiscono i referenti del NODO (Nucleo Operativo Domiciliare Oncologico). Per l'assistenza in hospice si veda il punto 3.4.

Presso l'Area Nord, nei due Ospedali di Carpi e Mirandola, è presente una attività di **Psico-oncologia**, che ha come hub il Centro di Psicooncologia di Carpi e che ha eseguito nel 2008, 2.818 visite gestite da tre psicologhe. Un analogo servizio è presente presso l'Ospedale di Pavullo e la S.p.A. Nuovo Ospedale di Sassuolo. Anche presso il Centro Oncologico Modenese è presente un servizio di **psicologia** che svolge un'intensa attività di supporto psicologico ai pazienti con patologie neoplastiche coinvolgendo in questo sia il sistema familiare che l'équipe multidisciplinare che ha in carico il paziente per le molteplici implicazioni comunicative e relazionali. Ogni anno sono circa 300 i pazienti seguiti individualmente dal punto di vista psicologico, attività questa integrata da colloqui con i famigliari, (oltre 100 nel 2009) spesso in difficoltà a fronte dei cambiamenti importanti introdotti dalla malattia oncologica.

4.6 - La rete materno infantile

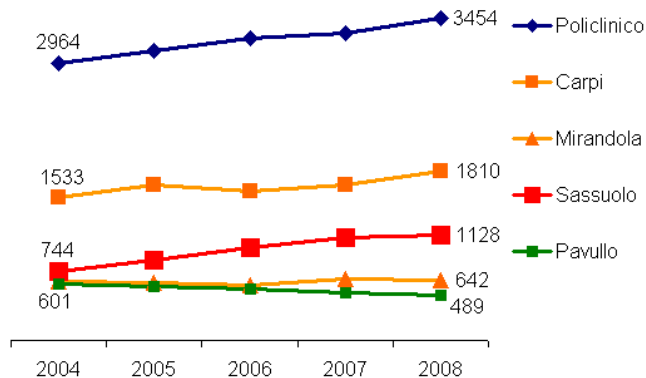
La rete materno infantile è un classico esempio di forte integrazione dei servizi che operano sul territorio e di quelli ospedalieri.

Sul territorio operano:

- 97 pediatri di libera scelta;
- 36 sedi di consultori familiari;
- le pediatrie di comunità distrettuali.

A livello ospedaliero in provincia sono presenti 5 punti nascita (Policlinico, Sassuolo, Carpi, Mirandola e Pavullo). Essi operano in stretta connessione con le realtà territoriali e in modo integrato tra loro secondo un modello che prevede la centralizzazione dei casi più gravi nelle sedi di Carpi e del Policlinico.

Dalla elaborazione dei dati del certificato di assistenza al parto si evidenzia che la provincia di Modena si caratterizza per una più alta natalità rispetto alla Regione (10,5 Modena e 9,7 RER nel 2008). Nel corso del 2008 sono nati 7.523 bambini distribuiti nei 3 punti nascita dell'Azienda USL, nel Policlinico e nell'Ospedale di Sassuolo. Il 27,7% dei parti sono cesarei: tale dato è migliore rispetto a quello regionale (30,3%) e nazionale (37,3%), e mostra inoltre una riduzione rispetto al 2004 (29,4%).



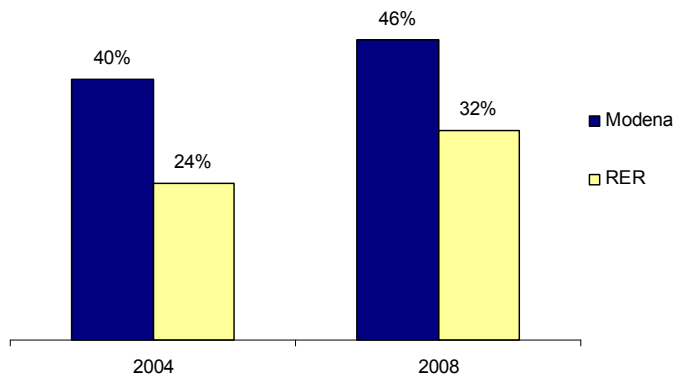
Nati nelle strutture modenesi (numero)

I 97 **pediatri di libera scelta** erogano l'assistenza di base ai bambini fino a X anni di età e il 73% di loro opera in forme associative.

I **Consultori Familiari** dell'AUSL di Modena sono una realtà diffusa nella provincia con 36 sedi, di cui 8 distrettuali (2 a Modena città e 1 per ogni Distretto), nei quali è prevista la presenza contemporanea di tutta l'équipe e l'erogazione di prestazioni strumentali e complesse (ecografie, corsi nascita, ecc.).

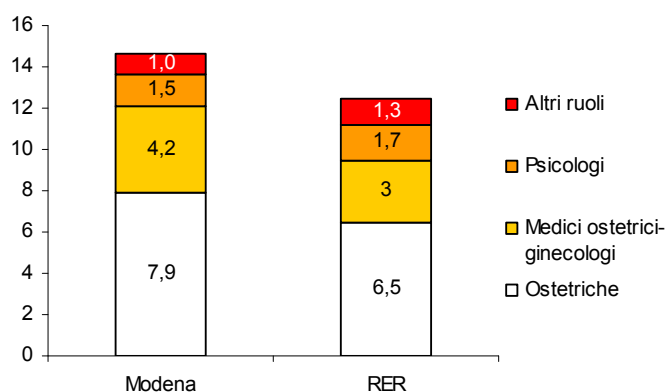
In ogni Distretto dal 2007 è presente un consultorio giovani dedicato all'utenza 14-19 anni ad accesso libero e gratuito e in tutti i Distretti sono presenti spazi per le donne immigrate e i loro

bambini, o percorsi di facilitazione dell'accesso della popolazione immigrata, con la presenza della mediazione culturale fissa e a richiesta. Tutto ciò caratterizza la nostra Provincia per un significativo ricorso al Consultorio Familiare per il controllo delle gravidanze: nel 2008 è stato infatti il punto di riferimento per il 46% delle donne che hanno partorito.



Ricorso al consultorio familiare per i controlli in gravidanza (% delle gravide)

In particolare, l'87% delle gravide ha eseguito almeno 3 visite in gravidanza: ciò significa che la struttura pubblica è stata in grado di intercettare anche quella quota importante di popolazione immigrata e/o fragile che potrebbe avere difficoltà di accesso ai servizi. Questo risultato è stato reso possibile da una rete diffusa di Consultori in tutta la provincia, integrati con i Punti Nascita, e dall'utilizzo sistematico della mediazione culturale.



N° ore settimanali presso consultori

Già dai primi anni duemila, nei consultori famigliari distrettuali di Modena, Vignola, Carpi e Sassuolo è stata sperimentata l'assistenza ostetrica alla gravidanza fisiologica e, in applicazione della DGR 533/08, si sta predisponendo l'applicazione di questo modello assistenziale in tutti i distretti dell'azienda.

La Pediatria di Comunità svolge le attività di Sanità Pubblica pediatrica per la prevenzione delle malattie infettive in comunità: offerta attiva delle vaccinazioni raccomandate, interventi di informazione, sorveglianza e profilassi in caso di specifiche segnalazioni di malattia infettiva, esecuzione del test TBC nella popolazione pediatrica a rischio.

Nel Distretto di Modena è funzionante due pomeriggi la settimana l'ambulatorio pediatrico per la popolazione immigrata che assiste i bambini sprovvisti di assistenza pediatrica di base.

La Pediatria di Comunità collabora inoltre alla elaborazione ed alla esecuzione di progetti di prevenzione e promozione alla salute, assieme alle altre articolazioni aziendali e alle Istituzioni/Enti del territorio

Per l'**area materno infantile** la rete di collegamento con tutti i punti nascita della provincia è stata perfezionata e da alcuni anni l'AOU è punto di riferimento delle gravidanze a rischio e dei nati di peso <2.000 g.

Il trasporto in utero nell'ambito di questa rete copre oltre il 95% dei nati di basso peso, aumentando la complessità della casistica, come dimostrato dal fatto che il 10% delle nascite avviene pretermine.

L'AOU eroga consulenze prenatali di III livello per tutta la popolazione provinciale, avvalendosi anche delle competenze dipartimentali (genetica, chirurgica, etc.) ed assiste con ambulatorio specialistico le patologie ostetriche.

Nel decennio anche la organizzazione dell'assistenza ginecologica è radicalmente mutata con l'implementazione di approcci chirurgici meno invasivi (laparoscopia, isteroscopia) che necessitano di adeguamenti strumentali, ma riducono i tempi di degenza e la morbilità operatoria.

Per l'area pediatrica, accanto alle attività delle pediatrie degli ospedali di Carpi, Mirandola e Pavullo, l'attività assistenziale svolta dalle Pediatrie del Policlinico si caratterizza anche per un indirizzo oncoematologico che si rivolge a bambini che presentano, una patologia acuta o di natura correlata alle branche specialistiche di: auxo-endocrinologia e diabetologia, broncopneumologia e allergologia, dismorfologia, epato-gastroenterologia, neurologia, oncoematologia.

Per la **neonatologia** il Policlinico, ed in parte Carpi, accolgono i neonati patologici, ovvero pazienti altamente critici e che necessitano di competenze e di un'assistenza strumentale non disponibile nelle altre strutture provinciali. Anche l'assistenza neonatale provinciale è infatti organizzata secondo il modello hub-spoke. La Neonatologia del Policlinico in particolare è il centro di riferimento di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) di III livello per i 4 centri spoke provinciali. Questi trasferiscono alla TIN di Modena i neonati prematuri e/o bisognosi di cure intensive tramite il 118, l'attivazione di personale addestrato al trasporto neonatale, secondo i protocolli interaziendali.

Il sistema di centralizzazione delle gravidanze a rischio permette alla maggior parte dei neonati critici di nascere a Carpi e al Policlinico: per questo motivo i neonati pretermine accolti a Modena sono per il 90-93 % inborn, solo il 7-10% sono outborn con trasferimento alla TIN di Modena dopo la nascita.

		2001	2003	2005	2007
Poliomielite	Modena	98,4	98,2	97,9	97,6
	Regione ER	98,4	98,0	97,7	97,6
Morillo	Modena	92,1	93,6	94,7	94,4
	Regione ER	90,7	92,5	92,9	93,5
Meningite	Modena	95,0	96,8	97,5	96,9
	Regione ER	90,6	95,8	96,7	96,7
Pertosse	Modena	96,5	96,7	97,6	97,2
	Regione ER	96,8	96,9	97,2	97,3

Copertura vaccinale nei bambini al 24° mese

Passando al **livello ospedaliero** negli ultimi anni si è valorizzato il ruolo dell'ostetrica nell'assistenza alla gravidanza ed al parto fisiologico:

- presso l'ospedale di Carpi si sono individuati percorsi per il parto fisiologico assistito da personale ostetrico;
- presso il Policlinico si è individuato un "percorso parto naturale" gestito da personale ostetrico che inizia con l'ambulatorio della gravidanza a termine e si conclude con la dimissione post-partum. L'offerta assistenziale si è anche diversificata in funzione del livello di rischio fino a identificare una struttura interna (Centro Nascita) che assiste 400 parti/anno a basso rischio, attraverso le sole ostetriche e con modalità rispettose di intimità, fisiologia e naturalità.

4.7 - La rete nefrologica

L'assistenza al paziente nefropatico cronico e acuto bisognoso di trattamento dialitico è garantito sul territorio provinciale da una rete di Centri ad Assistenza Limitata (Carpi, Mirandola, Modena, Castelfranco, Sassuolo, Montefiorino, Pavullo, Pievepelago,) e da due reparti di Nefrologia, Carpi e Policlinico di Modena.

L'attività nefrologica si caratterizza per un progressivo aumento numerico e di complessità, legato a fattori epidemiologici e al rallentamento della progressione della malattia renale. Il "controllo del territorio" assume un ruolo cardine per la pianificazione a medio e lungo termine degli interventi strategici.

La Divisione di Nefrologia dell'Azienda Policlinico esplica la propria attività sulle tre branche della specialità (Nefrologia Clinica, Dialisi e Trapianto). Prima di tutto attraverso una **attività ambulatoriale** che si basa su diversi ambulatori specialistici dislocati nella provincia ed alcuni ambulatori dedicati (progetto PIRP, glomerulopatie, trapiantati, rene e diabete, rene policistico, nefro-litiasi, etc). La **degenza nefrologica** si occupa della diagnostica di III livello (biopsie renali e terapie immunosoppressive avanzate) e risponde alle richieste dei poli ospedalieri della zona sud. La sezione Sub-Intensiva è orientata prevalentemente al Trapianto Renale e al suo follow-up. Queste attività vedono un significativo accesso di pazienti da fuori regione. Una parte significativa dell'attività nefrologica è dedicata alla gestione delle complicanze dell'emodializzato complesso, specie del diabetico uremico.

Anche la nefrologia di Carpi affronta le problematiche inerenti la funzione renale, sia attraverso l'erogazione di visite specialistiche

ambulatoriali, sia attraverso l'assistenza clinica e diagnostica a pazienti ricoverati. L'attività ambulatoriale è rivolta per la prevenzione della Insufficienza Renale Cronica all'interno del Programma Regionale "Prevenzione Insufficienza Renale Cronica Progressiva" e per il follow-up dei pazienti portatori di trapianto renale residenti nell'Area Nord, coincidente con i Distretti di Carpi e Mirandola.

La **dialisi** cronica è garantita sul territorio provinciale nei CAL e al domicilio dei pazienti: si articola per l'88% nella dialisi extracorporea garantita presso i CAL e le strutture ospedaliere e per il 12% in quella peritoneale domiciliare.

Esiste inoltre un percorso che va dall'Ambulatorio dedicato (PIRP) verso una scelta informata della metodica dialitica, fino all'inserimento nel trattamento cronico. In questo percorso assume una parte di rilievo la gestione degli accessi vascolari (confezionamento di fistole A-V e posizionamenti cateteri venosi) eseguiti direttamente dai medici della Divisione, con la collaborazione di Radiologi e Chirurghi Vascolari.

Sul versante del **trapianto**, l'attività del Policlinico iniziata 12 anni fa e ha visto una costante ascesa del numero di trapiantati, con un notevole incremento dei pazienti seguiti in DH e follow-up ambulatoriale (470 pazienti). Il centro di Modena ha progressivamente differenziato l'offerta della tipologia di trapianti, imperniandola sul trapianto da vivente, sul paziente HIV e HCV e sui trapianti combinati (fegato-rene). Nel 2009 il Centro di Modena ha realizzato oltre il 30% dei trapianti di rene della Regione Emilia-Romagna.

4.8 - La rete dei laboratori

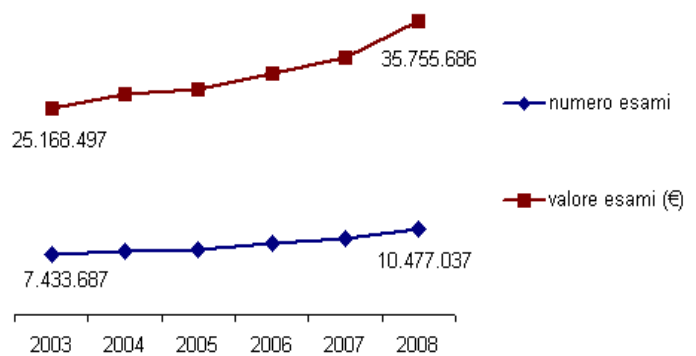
La medicina di laboratorio è una componente fondamentale dei processi assistenziali, che determina i 2/3 delle decisioni cliniche. Nell'ambito delle politiche regionali è indubbia la tendenza a orientare ad una rete di laboratori che risponda ad esigenze aziendali e interaziendali.

Le esperienze dell'Area Vasta Romagna, dell'Ausl di Modena, il progetto dell'area bolognese, hanno il denominatore di una rete che tende a consolidare quando possibile e decentrare quando necessario le attività di laboratorio, definendo luoghi di erogazione delle attività in Laboratori a Risposta Rapida e Laboratori di area.

Nella provincia di Modena parallelamente alla piena funzionalità del nuovo ospedale di Baggiovara vi è stata l'attivazione del Laboratorio Unico di Baggiovara (BLU) a valenza provinciale. Ad ora sono eseguite presso BLU tutte le attività per interni degli ospedali di Baggiovara, Sassuolo, Vignola e Castelfranco (per quanto attiene alla diagnostica microbiologica anche tutte le attività per interni degli ospedali di Carpi, Mirandola e Finale) e le attività per esterni ambulatoriali di tutta la provincia modenese ad eccezione del Distretto e dell'Ospedale di Pavullo che mantiene inalterato il proprio assetto produttivo complessivo.

BLU è tra i primi laboratori italiani ed europei per dimensioni di esami e fatturato prodotti. Inoltre va considerato come in BLU siano state implementate nuove tecnologie per permettere lo sviluppo di nuove attività diagnostiche quali la tossicologia, la diagnostica molecolare, che, integrate alle attività cliniche, anche di ricerca, portano ad una valenza regionale delle attività come nel caso del Doping, Tossicologia Occupazionale, Neuroscienze etc. Le tecnologie presenti, in particolare di diagnostica molecolare e cromatografia, immunometria, oltre a quelle più tradizionali, permettono di eseguire potenzialmente ogni attività nell'ambito della patologia clinica.

La rete provinciale della diagnostica si articola, dalla periferia al centro, dalle attività di diagnostica decentrate attivate in tutti i punti della provincia ove vi sia la necessità di eseguire accertamenti in urgenza ed in loco con brevissimi tempi di attesa (PoCT), ai laboratori "tradizionali" a risposta rapida di Carpi e Mirandola con la mission di servire gli ospedali di riferimento di Carpi, Mirandola per le attività giudicate urgenti; al laboratorio di Pavullo che



Produttività del laboratorio provinciale BLU

soddisfino le esigenze sia dell'ospedale che del territorio montano ed, infine, al laboratorio provinciale a Baggiovara, BLU vi è stato anche lo sviluppo di una serie di attività specialistiche prima non presenti e non da ultimo, di una committenza esterna extra SSN, valutabile in circa 1.700.000 euro.

Sono state collocate presso BLU le attività di diagnostica ambulatoriale per pazienti CUP ed è stato pianificato il trasferimento delle attività di diagnostica allergologica dall'Azienda Policlinico a BLU, unificando di fatto le attività provinciali e le attività di diagnostica per le patologie autoimmunitarie al Policlinico. Si sono riallocati una serie di accertamenti presso BLU ed è stato configurato il sistema informatico affinché gli accertamenti eseguiti presso il Policlinico possano essere refertati a BLU o inviati per via informatica ai centri di stampa. L'attuale upgrade, anche informatico, delle attività analitiche su tutta l'area di Modena dell'Ausl permetterà un'ulteriore consolidamento funzionale dei laboratori creando le condizioni di completa integrazione informatica fra i vari laboratori e i reparti provinciali.

Dal 2008 il Policlinico di Modena ha provveduto al trasferimento di parte delle attività per esterni eseguite al Policlinico a BLU e al mantenimento e potenziamento delle funzioni specialistiche ed attività non routinarie di III livello e di ricerca sui laboratori.

Tali attività, finalizzate a garantire una unitarietà dei percorsi diagnostici, evitando diseconomie organizzative ed una eccessiva parcellizzazione dei processi, hanno portato ad un riordino e riassetto complessivo delle determinazioni di laboratorio a livello provinciale, che, per il Policlinico ha previsto per il futuro:

1. trasferimento e centralizzazione sul laboratorio BLU di parte delle prestazioni routinarie effettuate dai laboratori centralizzati, di endocrinologia e di tossicologia;
2. consolidamento delle prestazioni routinarie residue per urgenze e ricoverati in un unico laboratorio a risposta rapida;
3. consolidamento e potenziamento delle attività del laboratorio di Virologia che rappresenta il centro provinciale di riferimento per tutta la diagnostica virologica;
4. dosaggio dei farmaci immunosoppressori per i trapiantati di fegato e di rene.

Oltre ad un potenziamento su base provinciale delle attività specialistiche di:

1. biologia molecolare per la diagnostica in campo oncologico, virologico e di genetica medica;
2. biologia cellulare, comprendente la morfologia eritrocitaria, la immunistochimica, la citofluorimetria e la citogenetica delle cellule somatiche;
3. coagulazione di II e III livello;
4. genetica.

In particolare, relativamente alla attività specialistica di biologia molecolare in campo oncologico, è stato avviato un progetto per la realizzazione di un **“centro per lo sviluppo e**

l’implementazione della diagnostica avanzata, della medicina traslazionale e delle terapie innovative” – COMETA, che prevede la realizzazione di una piattaforma di laboratori dedicati alla diagnostica molecolare avanzata (genoma, transcriptoma, proteoma) e alla sperimentazione e messa a punto di nuove terapie aventi come obiettivo principale la patologia oncologica umana.

La piattaforma consentirà l’approfondimento diagnostico di ogni singolo caso di tumore al fine di definire le possibili alterazioni cellulari alla base dei fattori prognostici e delle risposte ai trattamenti terapeutici.

Il progetto prevederà anche la creazione in futuro di una **biobanca** per lo stoccaggio dei tessuti, del siero, del plasma e di altri campioni biologici a diverse temperature; tali campioni sono fondamentali per le attività di ricerca, diagnosi e sperimentazione di nuovi farmaci definiti "intelligenti" che consentiranno terapie personalizzate.

Alcune di queste funzioni esistono già all’interno del Policlinico, ma il percorso mira a razionalizzare l’esistente ed integrare e potenziare le tecnologie mancanti rendendo il Policlinico di Modena centro di riferimento a livello provinciale per lo sviluppo di nuovi usi terapeutici al fine di rispondere ai bisogni di salute dei malati affetti da patologie oncologiche.

4.9 - La rete della diagnostica per immagini

Nella provincia di Modena è stato creato un unico Dipartimento di Diagnostica per Immagini virtuale grazie al sistema computerizzato per la gestione delle immagini radiologiche (PACS-Radiological Information System - Picture Archiving and Communication System). Esso è un nuovo sistema informativo di gestione delle immagini e delle attività radiologiche, che consente di creare un unico ambiente digitale e quindi il mutuo scambio di immagini e referti tra tutti i presidi della Azienda USL (comprensivo del nuovo Ospedale di Sassuolo) e l'Azienda Policlinico di Modena.

La buona riuscita del progetto PACS realizzato all'Ospedale di Carpi, ed entrato in funzione a regime nel 2002, ha gettato le basi per un più ampio progetto di PACS provinciale. A fine 2006 il progetto ha visto la sua realizzazione come da progetto iniziale del 2003 ed il suo definitivo dimensionamento. Dal 2007 il progetto è utilizzato per tre guardie mediche provinciali (neuroradiologica, radiologica, neurochirurgica) assorbendo così le attività di teleradiologia. Dal 2008 continuano le attività e si conferma rispetto alla situazione pre-esistente al RIS-PACS un calo di consumo di pellicole di circa il 90%. Sempre nel corso del 2008 il progetto è stato esteso alla sede periferica di Fanano sfruttando le capacità del sistema di RIS-PACS di ricevere immagini e di metterle a disposizione del medico radiologo per la refertazione indipendentemente dalla sede di erogazione e dalla sede di refertazione a distanza.

La dotazione tecnologica in Provincia di Modena nel settore della diagnostica per immagini è, attualmente, ai più alti livelli di autosufficienza nella maggior parte degli ambiti, pur evidenziando ancora alcune criticità per quanto attiene ai tempi di attesa per alcune tipologie d'esami (aspetto frequentemente condizionato da una scarsa disponibilità di figure professionali mediche e tecniche) e ai percorsi fra screening e mammografia clinica.

Le risonanze osteoarticolari sono state diffuse in ogni area aziendale e i tempi di attesa sono attualmente nella norma. Anche in questo caso si è verificato un uso non sempre appropriato dell'esame per cui si è intervenuti con azioni di governo clinico.

Altre tecnologie che sono presenti in ambito provinciale sono :

- CT-PET in Azienda Ospedaliera
- MR aperte per interventistica
- Ecotomografia con mezzi di contrasto (applicazioni angio/cardiologiche ed oncologiche)
- CT cardio (come eventuale alternativa alla tradizionale coronarografia)
- Sistemi CAD (di "aiuto" alla diagnosi) attualmente utilizzati in ambito toracico e mammografico.

Sono state elaborate procedure condivise fra tutte le strutture sanitarie di emergenza urgenza della Provincia (PS, 118, Medici di Medicina Generale) per trasmissione del tracciato ECGrafico dal territorio e dalle ambulanze nelle Cardiologie e il diretto trasferimento alle sale di emodinamica con guardia e reperibilità del personale medico e non medico H/24 per 7 giorni su 7. Ciò ha consentito un abbattimento dei tempi di ritardo evitabile dall'inizio dal primo soccorso alla apertura della arteria.

4.10 - La rete trasfusionale

Il Servizio di Medicina Trasfusionale (SMT) del Policlinico di Modena è una struttura complessa che ottempera per la provincia di Modena ai compiti specifici previsti dalla legge sangue 107/90. Questo avviene sia in termini di raccolta delle donazioni che di distribuzione delle unità trasfusionali in tutte le strutture di ricovero esistenti (mediante il settore assegnazione - distribuzione, attivo h24 ore sia in modalità ordinaria che in urgenza, oltre che con emoteche dedicate alla conservazione di unità di sangue per l'emergenza), come pure nei termini più specifici delle prestazioni di medicina trasfusionale che supportano le attività oncoematologiche.

Per quanto riguarda il primo settore si qualifica tra i cinque Servizi Trasfusionali italiani ad attività più elevata, con una gestione di più di 36.000 unità di sangue e 16.000 unità di plasma da aferesi, a cui si sono aggiunte negli ultimi anni numerose unità trasfusionali ottenute con tecnologie avanzate, per un numero complessivo di circa 90.000 emocomponenti prodotti, con una percentuale di utilizzo superiore al 95%. Nel 2009 il numero di prenotazioni per trasfusione di sangue od emocomponenti è stato di poco superiore alle 30.000.

Grazie alle potenzialità rappresentate da un bacino di oltre 25.000 donatori, il Servizio è in grado di soddisfare anche la programmazione regionale concorrendo al raggiungimento dell'autosufficienza regionale e nazionale. Quanto alle prestazioni terapeutiche, gestisce un ambulatorio con più di 1.500 accessi/anno, in grado di rispondere tempestivamente alle richieste di trasfusioni di emocomponenti, di infusione di emoderivati e di salasso-terapia per pazienti policitemici ed emocromatosici. Oltre ai pazienti talassemici trattati in maniera continuativa, afferiscono all'ambulatorio del SMT, in numero crescente, pazienti oncoematologici.

Nell'ottica di favorire i pazienti più disagiati (anziani e disabili) il Servizio Trasfusionale, ha promosso in collaborazione con l'AUSL ed il Comune di Modena una procedura organizzativa che permette di attuare la terapia trasfusionale anche nelle strutture residenziali comunali, con lo stesso livello di sicurezza delle strutture ospedaliere.

Partecipa, inoltre, alla rete oncoematologica provinciale con convenzioni con le Associazioni AIL e AMO 9 comuni dell'area nord, per la trasfusione domiciliare di pazienti oncoematologici.

Si occupa inoltre della sorveglianza e della profilassi della Malattia Emolitica del Neonato su tutto il territorio provinciale.

È sede dell'attività di predeposito (raccolta, conservazione e distribuzione di sangue autologo per la chirurgia elettiva). All'attività trasfusionale si è affiancata da tempo una cospicua attività aferetica: nell'ultimo anno sono state eseguite più di 800 sedute di aferesi (plasma-aferesi, piastrino-aferesi, leuco-aferesi ed eritrocito-aferesi) oltre a 80 procedure di raccolta di Cellule Staminali da Sangue Periferico e "processing" di Sangue Midollare.

La reperibilità medico-infermieristica nelle giornate festive permette di rispondere alle necessità aferetiche dei pazienti anche in casi di emergenza-urgenza, sia per il Policlinico che per gli Ospedali e le Case di Cura della provincia di Modena.

Si occupa inoltre, in collaborazione con i reparti di Ematologia, Oncologia a Pediatria Onco-Ematologica, del congelamento e della crioconservazione delle cellule staminali raccolte. Sempre in ambito trapiantologico, oltre alla attività di laboratorio di tipizzazione dei donatori iscritti al Registro IBMDR, per la quale ha ottenuto nello scorso anno la certificazione EFI (European Federation for Immunogenetics) e sono stati tipizzati 203 donatori, sono state effettuate due donazioni di Cellule Staminali; va inoltre aggiunta l'attività di manipolazione e conservazione delle cellule staminali da cordone ombelicale, coordinata a livello regionale dalla E.R.C.B.B. Di recente sono state attivate procedure di linfocitaferesi da donatore consanguineo per DLI (Donor Lymphocyte Infusion) e linfocitoaferesi autologhe finalizzate alla fotochemioterapia extracorporea (ECP) in caso di rigetto di trapianto di midollo osseo.

Presso il Servizio è inoltre operativo un ambulatorio donatori, la cui attività è specificamente rivolta ai Donatori di Sangue della nostra Provincia. Tale attività è finalizzata, da un lato, alla effettuazioni di donazioni automatizzate multicomponenti (Plasma-Piastrino-aferesi, Eritro-Piastrino-aferesi, Eritroplasmaferesi) e, dall'altro lato, al supporto dell'Associazione Donatori (AVIS) mediante consulenza clinica specialistica nella tutela della salute del donatore e del ricevente.

4.11 - Altri punti di eccellenza provinciali

Fra i numerosi punti di eccellenza a livello ospedaliero e territoriale ne ricordiamo solo alcuni.

Chirurgia della Mano e Microchirurgia

La Struttura Complessa di Chirurgia della Mano e Microchirurgia è il Centro di Eccellenza e di Riferimento Regionale per la chirurgia della mano e la microchirurgia.

La struttura si pone finalità di assistenza e di didattica per l'assistenza, la diagnosi e trattamento di tutta la patologia della mano e del polso, sia essa traumatica, degenerativa, congenita, neurologica ed oncologica. È Centro di "II livello" per le urgenze del segmento distale dell'arto-superiore per la regione nell'ambito di un sistema integrato Hub and Spoke. È centro di riferimento microchirurgico Nazionale e in particolare per il Nord-est Italia con pronta disponibilità h24

Dal punto di vista ambulatoriale ha spazi dedicati per tipo di patologia "complessa" con inquadramento diagnostico e trattamento che richiedono un approccio super-specialistico e multi-disciplinare su modello di assistenza longitudinale.

Dal punto di vista didattico, la struttura è responsabile del Master di II livello di Chirurgia della Mano e Microchirurgia dell'Università di Modena e Reggio Emilia.

Attività di stimolazione cerebrale profonda nella Malattia di Parkinson

All'ospedale di Baggiovara, presso il Centro disturbi del movimento della Clinica Neurologica, vengono eseguiti interventi di posizionamento di elettrodi per la stimolazione cerebrale profonda che servono per la cura della malattia di Parkinson. Si tratta di un'operazione che richiede uno sforzo organizzativo di tipo multidisciplinare e vede coinvolti neurologi, neurochirurghi, neuroradiologi, neuropsicologi, psichiatri e fisioterapisti. L'operazione dura in media dieci ore e, a fronte di un'invasività minima, offre un grande risultato. Una delle peculiarità di questo intervento, attualmente realizzato solo in pochi centri in Italia, è che viene eseguito tenendo sveglio il paziente.

L'intervento chirurgico avviene in diverse fasi. La prima, essenzialmente neurochirurgica, prevede l'applicazione sulla testa del paziente di un casco stereotassico che permette, integrando le informazioni derivanti da TAC e RMN, di verificare una serie di coordinate geometriche con precisione millimetrica per raggiungere il nucleo subtalamico. Al casco viene poi applicato

un arco ed ha la funzione di far penetrare lentamente gli elettrodi all'interno dell'encefalo del paziente. Qui entra in gioco il ruolo del neurofisiologo che, grazie a diversi tipi di stimolazione e registrazione dell'attività cerebrale, verifica che tutto quello che si sta facendo è corretto.

Una volta inseriti gli elettrodi il paziente viene medicato e ricoverato per alcuni giorni. In questo periodo vengono eseguite stimolazioni di prova mediante uno stimolatore esterno provvisorio. Dopo alcuni giorni, si procede con la seconda parte dell'intervento, che consiste nel posizionare il generatore di impulsi, simile ad un pacemaker, a livello sottocutaneo sotto la clavicola. Una volta a casa il paziente può condurre una vita normale.

Il Centro Disturbi del Movimento si occupa delle persone ammalate di Parkinson e di altre malattie simili caratterizzate da un coinvolgimento, oltre che delle funzioni motorie, della sfera cognitiva, psichiatrica e neurovegetativa. Attualmente il Centro segue circa 1.000 pazienti affetti da questo tipo di patologia.

Centro Regionale Antidoping

Dal novembre 2005 è stato istituito il primo Centro Regionale Antidoping in Emilia-Romagna, come riconoscimento delle attività svolte nel contesto del progetto "Tallone di Achille", nato nel 2001 e dedicato alla prevenzione del fenomeno doping tra i giovani sportivi, promosso dalla Provincia e dal Comune di Modena in collaborazione con l'Ausl di Modena e con l'ausilio di numerosi partner.

Il Centro ha sede a Modena, è un servizio dell'AUSL ed è sito presso i locali della Struttura di medicina dello sport. Il suo compito è quello di tutelare la salute degli atleti proponendo consulenze, controlli gratuiti e schemi di valutazione strutturati su misura per ciascun tipo di atleta e per ogni disciplina. Il Centro oltre a disporre di moderni ambulatori per la valutazione clinica dell'atleta, si avvale di una rete di laboratori coordinati dal Laboratorio Blu, dotato delle più recenti attrezzature per la pratica analitica nel campo della biochimica e della biologia molecolare. Importante, inoltre è l'impegno del Centro regionale antidoping nella ricerca scientifica al fine di approfondire sempre più lo studio sugli effetti delle nuove sostanze dopanti, sugli sviluppi del preoccupante fenomeno del doping genetico, e sui metodi di ricerca e rilevazione dei vari agenti dopanti nei liquidi biologici. Parallelamente a ciò, è parte fondamentale dell'attività del centro la programmazione di studi statistici ed epidemiologici per una valutazione periodica del fenomeno doping.

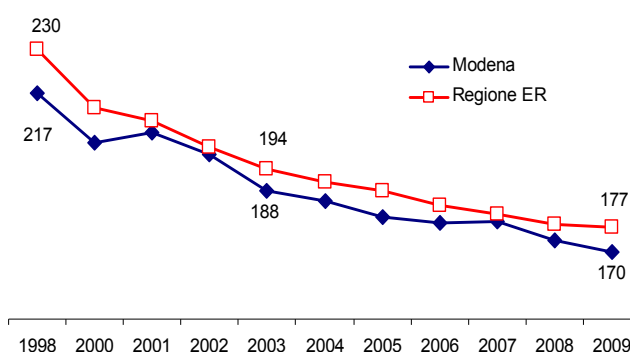
5. - LA RETE OSPEDALIERA

5.1 - I dati dell'attività ospedaliera

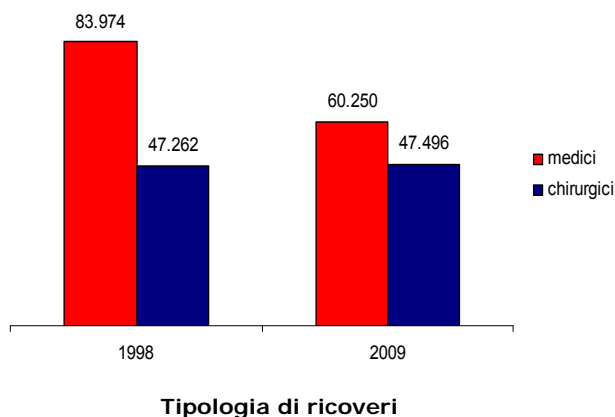
In provincia di Modena sono presenti 9 ospedali organizzati in una rete provinciale che include il Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense di Modena, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e l'Ospedale di Sassuolo, gestito dalla società pubblico-privata a missione pubblica "Nuovo Ospedale di Sassuolo S.p.A.". Sono inoltre presenti 5 Ospedali Privati Accreditati.

Ospedali pubblici	Ospedali privati convenzionati
Azienda Osp. Univ. Policlinico	Hesperia Hospital
Nuovo S. Agostino-Estense	Prof. Fogliani
Carpi	Villa Igea-Mo
Mirandola	Villa Rosa
Finale Emilia	Pineta Di Gaiato
Castelfranco Emilia	
Vignola	
Pavullo Nel Frignano	
Nuovo Ospedale Sassuolo	

Nel 2009 sono stati circa 113 mila i ricoveri di modenesi, in media un ricovero ogni 6 abitanti, un dato più basso rispetto al resto della regione. Negli anni la diminuzione dei ricoveri è stata legata ad un aumento dell'appropriatezza nel ricorso ai vari regimi assistenziali, con riduzione dell'ospedalizzazione e aumento delle cure ambulatoriali e domiciliari o dell'assistenza nelle residenze sanitarie e nelle strutture protette. È aumentato il ricorso a regimi organizzativi meno impegnativi rispetto al ricovero quali quello ambulatoriale o il day service, reso possibile da tecniche interventistiche meno invasive e approcci diagnostici più accurati, riservando il ricovero (ordinario o day hospital) ad una casistica più appropriata.



Tasso di ospedalizzazione standardizzato per età' per 1000 ab., regime ordinario e DH

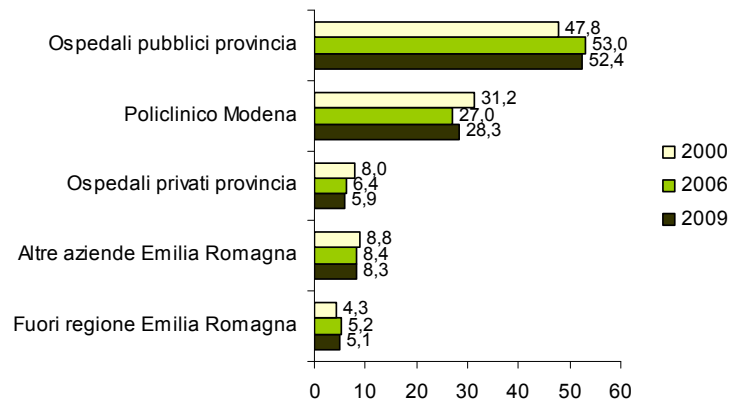


Negli anni è diminuita in modo consistente la quota di ricoveri medici ed è aumentata la quota di quelli chirurgici. Tale aumento in termini relativi è stato ancora maggiore se pensiamo che negli ultimi cinque anni molti piccoli interventi non vengono più eseguiti in ricovero o day-hospital ma in ambulatorio (es. tunnel e cataratta).

Per gli intervento programmabili, i tempi di attesa nel 2009 mostrano per i tumori e gli altri interventi un dato per la nostra provincia lievemente peggiore

rispetto alla regione, migliore per gli interventi geriatrici (protesi dell'anca e cataratta), e in linea con la regione per gli interventi cardiovascolari.

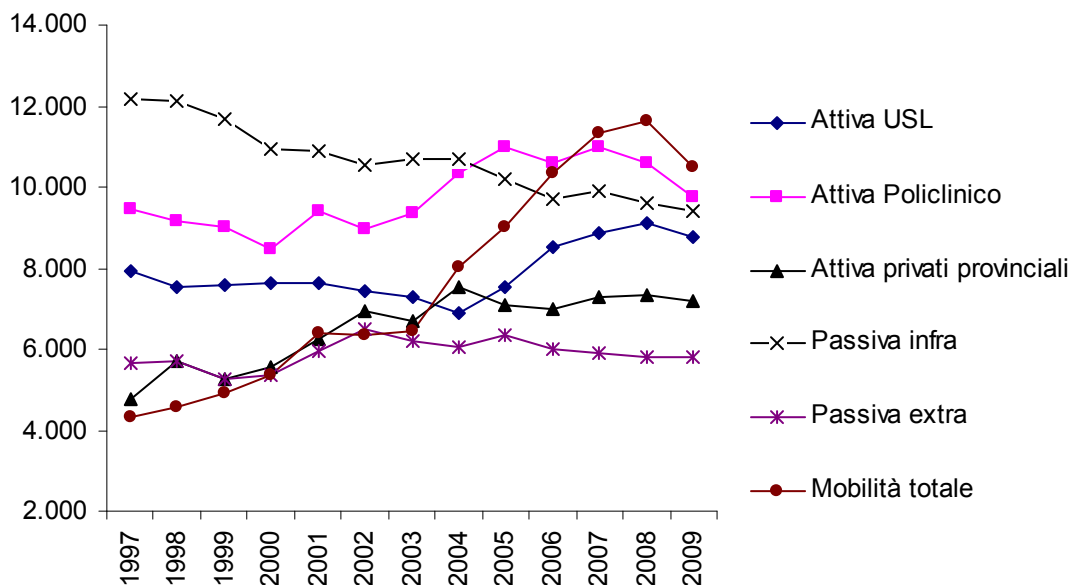
Nel 2009 in 87 casi su 100 il ricovero dei modenesi si è svolto in provincia. Tale dato, invariato rispetto al 2000 e secondo in regione alla sola area metropolitana bolognese, continua ad attestare il buon grado di autosufficienza garantito dalle strutture modenesi. Nel resto della regione invece il ricorso a strutture interne alla propria provincia è avvenuto solo in 81 casi su 100.



Indice di dipendenza dei modenesi dalle strutture ospedaliere (ordinari e DH)

Nel 2008 i modenesi hanno utilizzato il ricovero in Day Hospital in 25 casi su 100 ricoveri e il dato non si discosta dal dato regionale (24 su 100). Il dato è in calo rispetto al 2000, dove la proporzione di ricoveri in Day Hospital era, sia in provincia di Modena che in Regione del 27%.

Dal 1998 a oggi il saldo provinciale della mobilità è costantemente positivo a testimonianza del buon livello di offerta e di autosufficienza della provincia. Se in passato prevaleva nettamente l'Azienda Ospedaliera, attualmente il Presidio vede in costante aumento questa attività. Tra gli ospedali privati hanno maggiore attrazione Hesperia Hospital, seguita da Villa Pineta .



Saldo di mobilità dei ricoveri (numero di ricoveri)

Per quanto riguarda l'appropriatezza dei ricoveri in base ad un protocollo condiviso tra Aziende pubbliche e private della provincia, esiste da anni un sistema di controlli sull'appropriatezza dei ricoveri e sulla qualità delle cartelle cliniche. Nel

2008 i controlli hanno superato complessivamente il 10% dei dimessi dei nostri ospedali, pubblici e privati. Relativamente all'appropriato utilizzo delle risorse un forte richiamo è stato indirizzato alla necessità di

governo della risorsa posto letto. Le azioni promosse hanno riguardato:

- 1) il contenimento dei ricoveri ospedalieri attraverso
 - l'adozione di procedure diagnostiche e terapeutiche più efficaci e gestibili in parte anche fuori dall'ambiente ospedaliero e tecniche di intervento meno invasive;
 - la definizione di accordi con le strutture intermedie del territorio volti a garantire percorsi diagnostici agevolati (tempi e modalità di refertazione) per i pazienti assistiti presso le residenze assistenziali
 - la definizione di percorsi volti a garantire accessi diagnostici agevolati per particolari patologie che i MMG possono gestire al domicilio evitando l'invio al PS e l'ospedalizzazione.
- 2) adozione di misure volte a limitare allo stretto necessario il periodo di permanenza in ospedale dei pazienti, ottenuto oltre che attraverso il ricorso a tecniche diagnostiche più sofisticate e chirurgiche meno invasive anche attraverso:
 - l'implementazione dei percorsi pre-ricovero per interventi chirurgici programmati;
 - la definizione degli ambiti di applicazione del regime post-ricovero;
 - la definizione, implementazione ed adozione dei percorsi di dimissioni protetta concordati.

L'azienda OU Policlinico coerentemente alle indicazioni regionali ha attivato percorsi diagnostico-terapeutici in ambito pneumo-oncologico, epatologico, e per le cefalee.

Day Surgery

L'organizzazione delle attività chirurgiche secondo il modello della Day-Surgery rappresenta per le

strutture pubbliche e private della provincia di Modena una realtà consolidata, la situazione attuale in Azienda USL è quella riportata in tabella.

Day Service

Tra i temi relativi all'appropriato utilizzo delle risorse e al contenimento dei ricoveri ospedalieri in questi anni sono stati individuati e attivati percorsi di diagnosi e cura per patologie di norma trattate in regime di ricovero (ordinario o DH) ma che previa specifica organizzazione (definizione pacchetti prestazionali di day service) possono essere gestite senza ricorso all'ospedalizzazione.

Ospedale a cinque giorni (Week Hospital)

Con il termine "Weekly organization" si intende il modello organizzativo che prevede una degenza ospedaliera programmata sui primi 5 giorni della settimana con sospensione dell'attività nel week-end.

La struttura che più di ogni altra ha sperimentato il modello della week surgery è stata quella di Castelfranco, dove l'attività di chirurgia generale e ortopedica in particolare è stato per lungo tempo garantita sui 5 giorni la settimana. L'ulteriore evoluzione del modello ha portato questa realtà a differenziare ulteriormente la propria attività verso il modello di day surgery polispecialistica (Chirurgia generale, Vascolare, Urologia, ORL, Oculistica, Ginecologia, Endoscopia digestiva).

Va tuttavia considerato che tale modello è in gran parte superato attraverso l'uso della day surgery.

Discipline coinvolte nella Day Surgery	
Policlinico Modena	Chirurgia generale, Toracica, Pediatrica, Ortopedia, Chirurgia della mano, Urologia, ORL, Oculistica, Ginecologia, Otorinolaringoiatria, Odontoiatria e chirurgia maxillo - facciale, Chirurgia plastica e ricostruttiva, Chirurgia cranio maxillo facciale, Gastroenterologia- Endoscopia digestiva .
NOCSAE Baggiovara	Chirurgia generale, Vascolare, Ortopedia, Odontoiatria e chirurgia orale, Endoscopia digestiva
Carpi	Chirurgia generale, Ortopedia, Urologia, ORL, Oculistica, Ginecologia, Endoscopia digestiva
Mirandola Finale	Chirurgia generale, Ortopedia, Odontoiatria e chirurgia orale, Urologia, Chirurgia vascolare, ORL, Oculistica, Ginecologia, Endoscopia digestiva
Pavullo	Chirurgia generale, Ortopedia, Urologia, ORL, Oculistica, Ginecologia, Endoscopia digestiva
Vignola	Chirurgia generale, Vascolare, Urologia, ORL, Oculistica, Ginecologia, Endoscopia digestiva
Castelfranco	Chirurgia generale, Ortopedia, Vascolare, Urologia, ORL, Oculistica, Ginecologia, Endoscopia digestiva, Terapia antalgica

Semiintensiva internistica

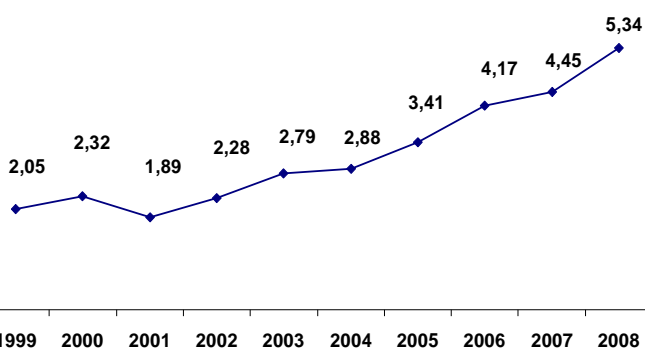
A Pavullo e Vignola sono state attivate funzioni caratterizzate per un livello di assistenza semi-intensiva.

A Pavullo oltre alla valenza cardiovascolare avviata da tempo, è da alcuni anni attiva una funzione neurologica inserita nel percorso di gestione dello stroke. A Vignola la valenza rimane prevalentemente cardiovascolare: da ultimo l'ospedale di Mirandola (oltre a quello di Sassuolo) ha visto l'attivazione già da alcuni anni dell'Assistenza Semintensiva Postoperatoria.

Dimissione protette

Rispetto all'appropriatezza della dimissione, sono attivi percorsi di dimissione protetta in tutti i distretti in collaborazione con i Comuni. Sono stati istituiti in ogni distretto i Punti Unici di Accesso (PUA) che ricevono le richieste dai reparti e attivano le risorse territoriali sociali e sanitarie per la destinazione più consona al paziente. Il Comune di Modena in particolare ha messo a disposizione nei 2 ospedali della città assistenti sociali dedicate. Nel 2008 è stato predisposto una standardizzazione provinciale dei percorsi attivi in ogni Distretto.

Anche il Policlinico ha attivato un Servizio Dimissioni Protette che si integra a livello provinciale con il resto del territorio. Inoltre il Servizio Sociale Aziendale ha garantito la propria attività a favore dei pazienti dimessi a rischio di criticità socio-sanitarie potenziando questo servizio (5 persone) mediante un accordo con il Comune di Modena che ha previsto l'inserimento in ospedale di 2 nuovi Assistenti Sociali, 1 per l'Area adulti-anziani ed 1 per l'Area minori.



Dimissioni protette su pazienti dimessi (%)

Politiche per la sicurezza dei pazienti

Le politiche per la sicurezza definiscono l'impegno che l'Azienda U.S.L. profonde per il miglioramento dell'organizzazione e delle sue attività.

Il tema del governo clinico ha imposto un approccio integrato al problema della qualità dell'assistenza sanitaria e sistemico alla gestione del rischio, con particolare riguardo alla sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, per la salvaguardia della salute di tutti i cittadini, utenti, lavoratori, visitatori.

Nell'ultimo decennio si è lavorato per favorire l'**empowerment dei cittadini** in qualità di persone che fruiscono dei servizi sanitari, riservando una maggiore attenzione ai reclami e alle segnalazioni, creando un percorso di ascolto e mediazione dei conflitti, nonché di gestione delle segnalazioni spontanee effettuate dagli operatori e un'articolata gestione dei sinistri.

Il nuovo orientamento ha condotto progressivamente l'Azienda USL a:

- attuare una cogestione amministrativa, medico-legale e assicurativa del contenzioso;
- creare un osservatorio aziendale dei sinistri con la loro mappatura;
- raccogliere dati tempestivi sull'accaduto per comprendere come realmente si sono svolti gli accadimenti e analizzare le cause;
- formulare una valutazione medico-legale con garanzia di onestà verso i cittadini per una composizione equa e tempestiva della vertenza;
- promuovere iniziative di prevenzione dei conflitti con la modifica dei percorsi assistenziali e la formazione del personale;
- diffondere la cultura della sicurezza fra gli operatori in senso bidirezionale (la sicurezza dei lavoratori implica anche quella dei/delle pazienti e viceversa), anche attraverso attività di formazione congiunta fra tutti gli attori nei vari ambiti, teorica e sul campo.

Si è puntato molto alla cura della relazione, alla costruzione e ricomposizione del rapporto di fiducia, diffondendo, anche attraverso una imponente attività di formazione degli operatori, la cultura del diritto all'informazione e all'acquisizione di un'adesione consapevole ai trattamenti sanitari (c.d. "**consenso informato**"), con l'obiettivo di rendere i pazienti partecipi del processo di cura.

In tale ottica si lavorato a un percorso integrato AUSL - Policlinico che ha portato alla definizione di una procedura condivisa in alcuni ambiti, con l'obiettivo di uniformare i comportamenti.

L'Azienda USL e il Policlinico curano inoltre da tempo la **corretta stesura della documentazione sanitaria**, procedendo all'informatizzazione delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria ambulatoriale, allo scopo di ridurre gli errori e di migliorarne la completezza e la chiarezza di compilazione. Ancora, nell'Azienda USL si è ritenuto opportuno prevedere l'adozione di un **diario clinico unico, medico e infermieristico**, nonché introdurre un foglio unico della terapia.

Oltre alla consolidata attività di controllo sull'appropriatezza dei ricoveri, si è resa necessaria - sia per l'AUSL, sia per il Policlinico - l'implementazione di un sistema di verifiche periodiche da condurre presso le Unità Operative, riguardanti la **corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche**.

Un'attività fondamentale per il miglioramento dei percorsi organizzativi e delle prestazioni consiste **nell'analisi dei reclami**, che permette di conoscere il punto di vista dei fruitori dei servizi sanitari e la percezione che essi hanno delle strutture e degli operatori. Si è appurato che la maggioranza delle segnalazioni e delle richieste di risarcimento danni, nonché degli esposti-denuncia e delle querele in sede penale, traggono origine da un'alterata comunicazione fra professionisti e pazienti e da una relazione interpersonale non soddisfacente.

Per il Policlinico l'approccio è caratterizzato da un progetto aziendale in cui sono integrate le tre aree (rischio clinico, ambientale ed etico professionale) e da una serie di iniziative specifiche orientate alla prevenzione e al coinvolgimento degli operatori. La attività di prevenzione ha portato alla

definizione di una serie di iniziative che dovranno diventare il presupposto per un approccio integrato a livello provinciale come già è stato fatto per il consenso informato e altro.

In particolare meritano di essere segnalate:

1. manuali e Mappe del rischio: il tentativo di una analisi dei processi organizzativi e clinici che porti ad individuare i potenziali rischi e le barriere messe in essere per prevenirli
2. Il progetto S.O.S sale operatorie - un progetto approvato a livello regionale che tende ad applicare delle check list internazionali tese a valutare la corretta preparazione del paziente e di quanto concorre ad un intervento sicuro.
3. Terapia farmacologica monodose e informatizzata.

In entrambe le aziende, si è inoltre introdotta nel corso del 2005 la funzione di **ascolto e mediazione dei conflitti** in ambito sanitario, attivando percorsi di ascolto e mediazione che coinvolgono cittadini e operatori.

Dati sulla qualità dell'assistenza

Come ultimo aspetto legato alla qualità dell'assistenza della nostra provincia vogliamo ricordare la pubblicazione a fine aprile 2010 dei dati del **SIVEAS - Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria** del Ministero della Salute che permettono il confronto per diversi indicatori della qualità dei servizi della nostra provincia con quelli regionali e nazionali. Tali informazioni sono riportate in modo integrale nella parte quarta del sito www.pal.provincia.modena.it.

Indicatori su qualità dell'assistenza - Anno 2009 - Fonte SIVEAS Ministero Salute

	AUSL Modena	AOSP Modena	Regione ER	Italia
Peso medio DRG Ricoveri ordinari	1,15	1,19	1,16	1,06
Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari per acuti per 1.000 ab.	111		116	124
Tasso ospedalizzazione ricoveri globale per 1.000 ab.	159		167	189
Tasso ospedalizzazione ricoveri Day Hospital per 1.000 ab.	39		41	58
% DRG medici da reparti chirurgici	14,02	14,97	16,8	27,6
DRG Lea Chirurgici: % ricoveri in day surgery e ricoveri ord 0-1 gg	86,7	81,4	82,5	77
LEA medici Tasso ospedalizzazione per 10.000 ab	97,8		105,7	185,1
% cesarei	24,2	29,3	30	36,9
% ricoveri ripetuti entro 30 gg	4,82	5,15	4,94	5,39
% ricoveri medici ripetuti entro 30 gg	4,49	6,61	5,16	5,09
% ricoveri chirurgici ripetuti entro 30 gg	1,27	1,28	1,21	1,3
% fratture femore operate in 2 giorni	44	16	42	35,9
% fughe in punti DRG	2,76		6,55	11,6
degenza media preoperatoria interventi chir. programmati	0,89	1,42	0,93	1,38
% ricoveri ordinari medici brevi	20,9	22,2	22,6	23,5
Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 ab (50-74 aa)	306		268	307
Tasso ospedalizzaz diabete globale per 100.000 ab (20-74 aa)	52,2		57,2	53,8
Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 ab (50-74 anni)	107,7		130,1	166,6
% ricoveri day hospital medico con finalità diagnostica	14,5	19,9	30,8	45,2

5.2 - I posti letto

Posti letto accreditati in Provincia di Modena – Anno 2009

	Posti letto per acuti Numero letti	Post-acuti Riabilitazione Numero letti	Totale Numero letti
Presidio Ospedaliero Provinciale AUSL + Osp. Sassuolo	1.349	278	1.627
Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena	740	25	765
Ospedali Privati Accreditati	277	153	430
Totale provincia di Modena (tasso per 1.000 abitanti)	2.366 (3,40)	456 (0,66)	2.822 (4,06)

Compresi i posti letto di Day Hospital

Fonte: Regione Emilia-Romagna

In provincia di Modena nel 2009 ogni 1.000 abitanti vi erano 4,06 posti letto accreditati, di cui 0,66 riabilitativi, a fronte di un dato regionale di 4,83, di cui 0,91 riabilitativi.

Dal 1996 ad oggi i posti letto provinciali autorizzati sono passati da 3.341 a 2.864 con una riduzione di 477 unità.⁷

Per quanto attiene le aree specialistiche dal 1996 al 2008 vi è stata una flessione dei letti di **area chirurgica** (-328). Il fenomeno è da porre sostanzialmente in relazione ad una importate riduzione della degenza media legata alla progressiva introduzione di tecniche di intervento meno invasive, all'iniziale ma progressivo trasferimento a regimi organizzativamente meno impegnativi dell'attività, nell'avvio di percorsi volti a garantire gli accertamenti preliminari al giudizio definitivo di operabilità in regime ambulatoriale (pre-ricovero).

Degno di nota, infine, l'avvio in questi anni di un modello assistenziale per aree omogenee, che ha trovato prevalentemente espressione in ambito chirurgico con la creazione di aree assistenziali omogenee caratterizzate dalla condivisione di spazi (connettivo, servizi e degenze) e solo in parte del personale del comparto addetto all'assistenza, da parte di più discipline chirurgiche (tipicamente Chirurgia Generale, Ortopedia) ma anche aree specialistiche quali Urologia ORL, Oculistica.

Passando **all'area internistica e della lungodegenza e riabilitazione**, la rideterminazione dei letti nel senso di una complessiva riduzione dei primi a favore dei secondi, trova motivazione da una parte nel contenimento della degenza media per singolo ricovero, legata all'adozione di processi diagnostico terapeutici sempre più efficaci ed efficienti, alla creazione di percorsi volti alla precoce ma protetta dimissione del paziente (in struttura o al domicilio), all'avvio di forme di assistenza ambulatoriale a completamento della fase acuta di malattia, ovvero il post-ricovero, e, dall'altra nella progressiva riconversione dei letti che, nel triennio di riferimento e su tutto l'ambito provinciale, ha portato a trasformare i letti di area medica in letti di riabilitazione.

Quest'ultimo fenomeno trae origine dalla necessità di dare risposta ai diversi bisogni sanitari espressi da una popolazione in progressivo invecchiamento e si caratterizzava, dal punto di vista logistico, per la proposizione di modelli assistenziali caratterizzati dalla stretta contiguità tra reparti per acuti e lungodegenze (talvolta organizzati anche in aree omogenee, vd area omogenea Geriatria lungodegenza di Pavullo).

In sostanza, le 302 unità perse dall'area internistica, passata dai 1.348 letti del 1996 ai 1.046 del 2008, sono dunque stati in parte recuperati attraverso l'aumento di 263 letti di lungodegenza-riabilitazione giunti a 445 unità.

Anche per **l'area materno infantile** si è assistito ad una progressiva flessione della dotazione di letti da 332 a 253 (- 79), anche in questo caso la rideterminazione delle dotazioni

⁷ I posti letto pubblici nel 1989 erano 3.458

di letti ha trovato motivazione nel ridotto indice di natalità registrato in quegli anni, oltre che nell'importante contenimento dei tempi medi di degenza per interventi di ginecologia (fenomeno del tutto sovrapponibile in termini di motivazioni a quanto occorso nell'area chirurgica) e, da ultimo nella minor durata della degenza ospedaliera delle puerpere legate alle migliori performance diagnostiche terapeutiche e all'avvio di percorsi assistenziali ambulatoriali post-ricovero. L'indicazione alla creazione di aree omogenee materno infantile non è di fatto stata perseguita al di là delle realtà che sostanzialmente già la prevedevano (es. Pavullo).

Per quanto attiene l'articolazione dei letti dei singoli ospedali, e, tralasciando gli ospedali cittadini di Modena (Azienda Ospedaliero-Universitaria, S Agostino ed Estense) perché il loro attuale assetto è frutto più che di quanto previsto dal PAL del 1997, da quanto previsto dal documento di integrazione Policlinico - Baggiovara e dall'avvio di questo ultimo, si riportano di seguito alcuni commenti, rimandando comunque al documento del 1997 per la puntuale definizione delle dotazioni.

Ospedale di Carpi: si è passati dai 331 letti del 1996 ai 297 dell'anno 2000, con una revisione dei letti internistici in quanto i 90 iniziali suddivise su due Medicine, sono stati articolati in 49 posti di Medicina Interna, 17 di Medicina ad indirizzo oncologico, 8 di Medicina d'urgenza e 6 di Nefrologia. Sostanzialmente rispettati i volumi complessivi di letti di area chirurgica e lungodegenza-riabilitazione (114 senza ginecologia di cui 23 di lungodegenza-riabilitazione) mentre l'area materno infantile è risultata leggermente sovradimensionata (+9 letti) rispetto all'atteso a causa del progressivo aumento dei nati presso il punto nascita di Carpi che risulta il secondo per nascite dopo l'Azienda Ospedaliera. Sostanzialmente rispettate le previsioni del PAL 1997 per quanto attiene Cardiologia, UTIC Neurologia e Rianimazione.

Ospedale di Mirandola e Finale Emilia: il S. Maria Bianca di Mirandola è passato da 254 letti a 202 letti. Con 84 letti l'area medica ha sostanzialmente rispettato le previsioni (50 letti la medicina, 17 la pneumologia, 13 la cardiologia con 4 di UTIC. Leggermente al di sotto dei letti attesi l'area materna infantile (22 letti in luogo di 31) peraltro l'occupazione degli ultimi anni depone per un corretto dimensionamento e non evidenzia sofferenze. Rispettata la previsione di 68 letti per chirurgia, ortopedia e riabilitazione, mentre i letti di lungodegenza-riabilitazione risultano pari a 16. Per quanto attiene a **Finale Emilia**, pienamente rispettata la previsione di 44 letti caratterizzati da 32 letti di lungodegenza

da una importante attività di day surgery (10 letti). È attivo un PPI operativo sulle 24 ore.

Ospedale di Pavullo: rispettata la previsione di 146 letti (145 attivi), con 52 letti di medicina (a indirizzo cardiovascolare ma anche con un DH oncologico), 40 letti di area chirurgica (ortopedia e chirurgia), 18 di area materno infantile. La funzione di day surgery garantisce interventi di Chirurgia generale, urologia, ORL, Oculistica, vascolare e ortopedica.

Ospedale di Vignola: con la chiusura del punto nascita i piccoli interventi di ostetricia e ginecologia sono garantiti presso la day surgery che con i suoi 11 letti e l'autonomia organizzativa che la caratterizza rappresenta uno dei migliori esempi provinciali di organizzazione per l'erogazione di attività di chirurgia plurispecialistica di un giorno, presso tale struttura sono garantiti interventi di chirurgia generale, vascolare, orl, oculistica urologica e ortopedica. Rispettata la dotazione di letti di area internistica 78 suddivisi in 54 posti di Medicina e 24 di lungodegenza.

Ospedale di Castelfranco Emilia: anche in questo caso la day surgery plurispecialistica, (Chirurgia generale, urologica ORL, Oculistica, vascolare e ortopedica) realizzata secondo quanto previsto dal PAL del 1997 ha rappresentato una scelta così pertinente da portare al superamento della prevista organizzazione di week surgery ed ora, la day surgery di Castelfranco rappresenta con Vignola uno dei modelli che più riscuotono il gradimento della popolazione. Per quanto riguarda la dotazione di letti oltre ai 34 letti di medicina e agli 11 di lungodegenza preme sottolineare la presenza a Castelfranco di una riabilitazione cardiologia post interventi di cardiocirurgia o più in generale per scompensi cardiaci che unitamente al centro di terapia del dolore rappresentano il riferimento per l'intera provincia. Alla luce della progressiva disattivazione della funzione di week surgery a dotazione di letti attesa dal PAL 1997 è inferiore di 18 posti (79 vs 97); è inoltre attivo un PPI che dal 2007 è operativa solo per le 12 ore diurne.

Mentre per quanto attiene Formigine e Fanano le due strutture sono state trasformate in RSA, a Fanano è operativo un PPI aperto 24 ore su 24. A seguito delle operazioni di trasferimento di posti letto, il Policlinico è passato dal punto di vista delle dotazioni di posti letto, dai 1051 del 1996 a 765, mentre l'Azienda USL è passata da 1.726 a 1628 (comprensivi dei letti di psichiatria e delle unità trasferite dal Policlinico).

Posti letto totali autorizzati in Provincia di Modena

Stabilimento	Numero posti letto				Differenza 2008-1996	Previsione program- mazione*
	Anno 1996	Anno 2000	Anno 2004	Anno 2009		
AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA POLICLINICO	1051	980	966	765	-286	741
S. AGOSTINO-ESTENSE BAGGIOVARA	341	362	326	503	162	510
CASTELFRANCO EMILIA	125	97	79	79	-46	85
CARPI	331	297	281	293	-38	287
MIRANDOLA	254	202	202	180	-74	231
FINALE EMILIA	50	44	44	42	-8	44
PAVULLO NEL FRIGNANO	182	146	145	145	-37	146
VIGNOLA	175	124	123	129	-46	138
FORMIGINE	83				-83	
FANANO	20				-20	
SASSUOLO NUOVO OSP. SASSUOLO	160	160	158	256	96	216
TOTALE PRESIDI AUSL	1724	1.432	1.356	1.627	-97	
VILLA FIORITA	ND	90	90	0	-90	
HESPERIA HOSPITAL	ND	100	100	125	25	
PROF. FOGLIANI	ND	50	60	50	0	
VILLA IGEA	ND	225	225	165	-60	
VILLA ROSA	ND	81	82	32	-49	
PINETA DI GAIATO	ND	100	100	100	0	
TOTALE PUBBLICO	2.775	2.412	2.322	2.392	-383	
TOTALE PRIVATO ACCREDITATO^o	566	646	657	472^o	-94	
TOTALE PROVINCIALE	3.341	3.058	2.979	2.864	-477	

ND= non disponibile

* I dati dei letti previsti dalla programmazione sono tratti dal PAL 1997-1999 e da quello 2003-2005 e dal documento di integrazione Policlinico Baggiovara e si riferiscono all'ultima previsione in termini temporali.

^o Nel 2009 vi erano 42 posti letto non accreditati (solo autorizzati).

Per quanto attiene più complessivamente gli ospedali privati accreditati, rispetto al Pal 2003-2005 le maggiori modifiche sono relative a:

- chiusura della casa di cura Villa Fiorita di Sassuolo che è confluita con i posti letto nell'Ospedale di Sassuolo
- la casa di cura Hesperia Hospital che aveva un contratto locale per la non alta specialità è entrata nell'accordo AIOP/Regione nel periodo 2008/2009 riducendo il budget a lei precedentemente assegnato dall'AUSL di Modena;
- diminuzione dei posti letto ospedalieri di psichiatria per effetto dell'accordo regionale.

Gli accordi di fornitura stipulati dall'Azienda USL con gli ospedali privati negli ultimi anni hanno teso ad acquisire prestazioni di chirurgia ortopedica (Hesperia e Fogliani) e urologica (Hesperia), prestazioni per le quali persiste una mobilità dei cittadini modenesi verso altre province.

Posti letto per area clinica in Provincia di Modena⁸

AREE	1996				2008			
	AOUM	AUSL	Privato	Totale	AOUM	AUSL	Privato	Totale
MEDICA E URGENZA	509	767	72	1.348	342	664	40	1.046
CHIRURGICA	330	693	106	1.129	233	457	111	801
MAT.-INFANTILE	133	189	10	332	117	132	4	253
INTENSIVA	28	36	8	72	38	67	25	130
PSICHIATRIA	35	23	220	278	0	41	139	180
TOTALE AREA ACUTI	1.035	1.708	416	3.159	740	1.361	319	2.420
AREA LUNGOD-RIAB.	16	16	150	182	25	267	153	445
TOTALE	1.051	1.724	566	3.341	765	1.628	472	2.865

⁸ Particolare attenzione va prestata all'area dei posti letto di psichiatria delle case di cura, classificati in modo diverso nei vari periodi. Nel 1996 furono classificati nell'area psichiatrica mentre nel 1997/1999 furono spostati nell'area lungodegenza, lasciando nella psichiatria solo i letti per acuti dei Servizi di diagnosi e cura. Nel 2008 è entrata in vigore la "riforma regionale dell'area psichiatrica" che ha previsto la riclassificazione dei posti letto ospedalieri di psichiatria dei privati. I posti classificati come posti letto ospedalieri sono attualmente nel privato 139 che vanno confrontati con i 220 del 1996 con una netta diminuzione (-81) a favore della trasformazione di posti letto ospedalieri in Residenze territoriali intensive (RTI) o protrate (RTP).

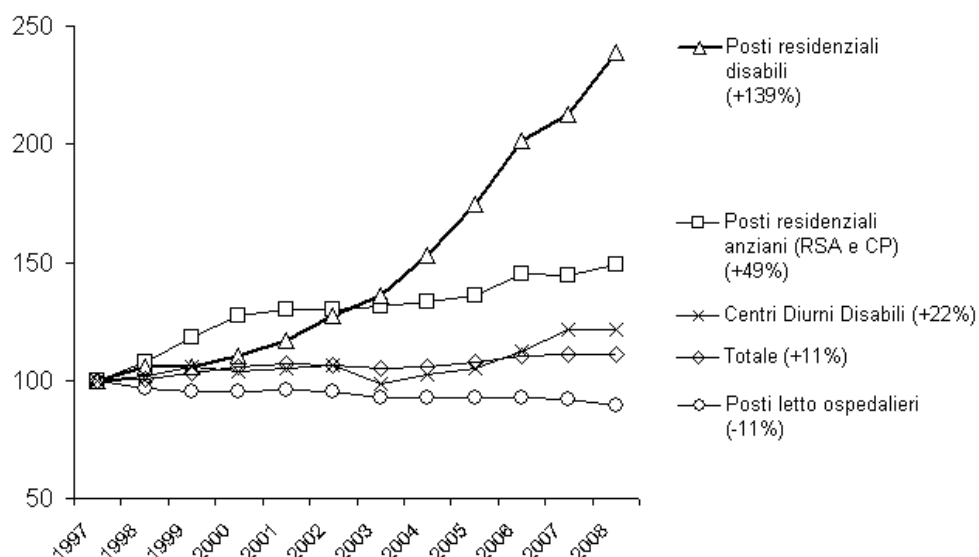
L'offerta Residenziale Territoriale

La revisione dei letti ospedalieri e l'integrazione Policlinico Baggiovara devono essere lette alla luce delle profonde modificazioni dell'assistenza territoriale intesa come forte aumento della dotazione di posti letto residenziali, dell'importante impulso quali-quantitativo nell'ambito dell'attività domiciliare e, più in generale, della profonda revisione che l'organizzazione delle attività sociosanitarie ha registrato negli ultimi anni.

La riduzione dei posti letto per acuti, la definizione del ruolo della Lungodegenza e Riabilitazione hanno infatti spinto l'Azienda USL e gli Enti Locali a prevedere soluzioni territoriali (residenziali, semiresidenziali e domiciliari) per rispondere ai bisogni assistenziali degli anziani non autosufficienti che negli anni aumentavano sempre di più.

Conseguentemente ogni Distretto ha cercato di adeguare i servizi per anziani. Significativo al riguardo è la figura seguente che mostra come a fronte di un calo dei letti ospedalieri per acuti evidenzia nell'arco di 12 anni, i posti residenziali convenzionati sono aumentati di 731 pari a circa un + 50%.

Maggiore poi è stato l'aumento della domiciliarità: i centri diurni sono quasi triplicati, come pure sono notevolmente aumentati quantitativamente e qualitativamente gli interventi a domicilio.



Andamento posti residenziali ospedalieri, residenziali e disabili (numero indice)

5.3 - Dal PAL del 1997 al PAL 2003

Per quanto attiene l'assetto dei due principali ospedali cittadini, di fatto questi sono stati realizzati in accordo con quanto previsto dal citato documento di integrazione, corrispondendo l'attuale dotazione di letti e di specialità a quanto da essi previsto.

Attesa, nella caratterizzazione delle mission delle due strutture modenesi (Policlinico e Baggiovara) anche l'indicazione, volta ad evitare duplicazioni e finalizzata a definire e consolidare le funzioni hub con valenza provinciale identificando per ciascuno dei due ospedali, la mission, la dotazione di posti letto e le relative discipline, avendo come fine quello della realizzazione di un sistema unitario: la rete ospedaliera provinciale e la forte integrazione dei suoi due nodi principali (Policlinico e Baggiovara).

Come detto uno dei capisaldi dell'integrazione era caratterizzato dall'obbligo di non duplicazione di strutture e di discipline, salvo che per ovvi aspetti che riguardavano attività di base la cui assenza risultava impensabile, pena gravi pregiudizi alla piena funzionalità dei singoli nosocomi. Ovviamente, al di là dei punti di alta qualificazione presenti sia a Baggiovara che al Policlinico, la mancanza di duplicazioni, se non per le funzioni assolutamente necessarie e la sinergia di cui si parlava in precedenza, si è tradotta attraverso il principio di sussidiarietà tra le due principali strutture cittadine, nell'impegno, di fatto realizzato e attuato, a garantire le consulenze specialistiche necessarie presso l'ospedale che ne era privo e ciò in modo reciproco e complementare.

Preme inoltre sottolineare che il completamento di Baggiovara si è tradotto anche nella messa a dimora presso tale ospedale dei percorsi didattico assistenziali e di ricerca adeguati all'inserimento di strutture universitarie e ciò con particolare riferimento a quell'insieme di discipline che sono state oggetto del processo di graduale trasferimento di attività e risorse dal Policlinico a Baggiovara (Area Neuroscienze, Area Medicina metabolica ed Endocrinologia).

5.4 Le tappe di avvio di Baggiovara e dell'integrazione tra le due strutture modenesi

Gli assetti realizzati e gli obiettivi raggiunti in ambito ospedaliero negli anni compresi fra il 1997 ed il 2001⁹, hanno creato le condizioni per favorire un inserimento fisiologico ed equilibrato di Baggiovara e del Policlinico nella rete provinciale. Tale rete ha mantenuto la sua caratteristica originaria, ovvero la diffusione e la capillarità delle proprie articolazioni, sviluppando crescenti livelli d'integrazione con l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale ed orientando la propria mission ai principi della gradualità (hub & spoke), dell'accessibilità, dell'appropriatezza, della continuità e della compatibilità complessiva del sistema sanitario provinciale.

Il documento di integrazione tra le due strutture modenesi ha assolto al compito di individuare le funzioni di riferimento provinciali ed extra provinciali, i cosiddetti "hub", in ciascuno dei due poli ospedalieri cittadini. Esso ha definito per quanto riguardava in particolare il Policlinico, un suo percorso di adeguamento a condizioni di complessiva accreditabilità e quindi di buona rispondenza anche alla sua mission di forte presenza in settori relativi a specialità medico chirurgiche, in alcuni casi di eccellenza, individuando, invece nella struttura di Baggiovara la sede del DEA di II livello e delle attività anche chirurgiche connesse all'emergenza e alla gestione dei traumi, nonché delle funzioni connesse alla riabilitazione e all'area delle neuroscienze.

Procedendo con ordine cronologico, e, con l'intento di percorrere le tappe salienti della realizzazione dell'Ospedale di Baggiovara e della sua integrazione con l'AOU si ricorda che già prima dell'apertura dei due nuovi ospedali, e, segnatamente nel corso del 2003, la funzione di urologia collocata presso l'Estense era stata trasferita al Policlinico ed ha rappresentato un primo potenziamento delle funzioni specialistiche chirurgiche garantite dall'Azienda Ospedaliera.

Quella che si riporta di seguito è invece una breve sintesi delle mission/funzioni garantite dalle due strutture modenesi e del progressivo trasferimento di funzioni tra i due ospedali cittadini.

⁹ Presidio unico provinciale e Dipartimenti ospedalieri aziendali, riqualificazione ed integrazione di numerosi ospedali, tasso di ospedalizzazione inferiore alla media regionale, elevati indici di utilizzo della risorsa posto letto, consistenti livelli di autosufficienza provinciale e di dipendenza della popolazione dalle strutture

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico

Le vocazioni specifiche previste dai documenti di programmazione negli ultimi anni hanno trovato piena realizzazione presso l'Azienda Ospedaliera legate all'assistenza, ricerca e didattica, con il mantenimento degli insegnamenti per i corsi di laurea specialistica e laurea breve area sanitaria e consolidamento delle attività II e III livello in ambito oncologico-internistico, trapiantologico, chirurgico specialistico, materno-infantile.

Da sottolineare in particolare che, nel corso del 2008 si è concretizzato il progetto di formazione-intervento sulla integrazione Assistenza-Didattica-Ricerca avviato a partire dal 2007, che ha dato vita ad un tavolo di benchmarking composto da 21 Aziende Ospedaliero-Universitarie italiane. La prima fase del progetto dal titolo: "Assistenza, didattica e ricerca: tre anni di integrazione" si è conclusa con il Convegno internazionale del marzo 2009 tenutosi a Modena e con la redazione dei documenti relativi a "Buone pratiche di integrazione" e "L'integrazione possibile: integrazione tra assistenza, didattica e ricerca nelle aziende Ospedaliero-Universitarie".

I risultati di questi primi due anni di attività sul tema dell'integrazione fra assistenza didattica e ricerca nelle AA.OO.UU. spingono a proseguire nel lavoro di indagine aprendo una seconda fase di lavoro che risponda alla domanda se e come il livello di integrazione, raggiunto da un'Azienda/Dipartimento, determini un miglioramento delle performance assistenziali, dei risultati della ricerca e della didattica o se viceversa tali risultati prescindano dal grado di integrazione istituzionale, organizzativa e gestionale perseguito. Il nuovo progetto dal titolo "L'organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: integrazione, apprendimento e processi" si propone di approfondire la riflessione sulle ricadute dell'integrazione sulle performance dei tre processi primari, mettendo a punto una batteria di indicatori, che consentano di misurare gli effetti dell'integrazione sul livello di qualità dell'assistenza, sui risultati della ricerca, sull'efficacia dei processi didattici. Inoltre si propone di sviluppare ed ampliare la comunità di pratica delle 21 AA.OO.UU., che hanno già avviato l'esperienza di benchmarking, intensificando e rinforzando le relazioni tra le Aziende Ospedaliero - Universitarie del nostro Paese, sino a costruire un vero e proprio Network.

Nuovo Ospedale di Baggiovara

Elementi caratterizzanti del Nuovo Ospedale di Baggiovara sono costituiti dall'attivazione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di II livello e dei percorsi legati all'urgenza e alla gestione dei traumi e alla chirurgia d'urgenza, il tutto sostenuto da una forte presenza nell'area delle neuroscienze e completato da una area riabilitativa. Quanto sopra, è stato realizzato e implementato dall'apertura di

Baggiovara ad oggi, mentre i percorsi riabilitativi intensivi e estensivi a completamento del processo assistenziale rivolto al politrauma o al paziente con esiti invalidanti di patologie neurologiche, come pure il percorso neurologico e metabolico nutrizionistico, sono a tutt'oggi in via di realizzazione.

Anche il trasferimento all'AUSL dei due SPDC con unificazione delle funzioni sotto il DSM e con l'avvio delle nuove opportunità didattico formative rappresenta una sfida vinta proprio in questi giorni

La programmazione sanitaria provinciale prevedeva il trasferimento di funzioni ospedaliere dal Policlinico a Baggiovara per un totale di 178 letti suddivisi tra 7 strutture complesse (Neurochirurgia 27 letti, Neurologia 46 letti, Medicina Generale 30 letti, Psichiatria 15 + 10 dh letti, Riabilitazione 20 letti, Neuroradiologia e centrale operativa Modena Soccorso) e le attività di Chirurgia Generale 20 letti ospedalieri e lungodegenza postacuzie 10.

Il trasferimento della maggior parte di tali funzioni è risultato fondamentale per consentire al NOCSAE l'assunzione del ruolo di Ospedale dell'emergenza, sede del DEA II livello a vocazione chirurgica sostenuto in ciò anche da una forte presenza nell'area delle neuroscienze e completato dalla riabilitazione. Ovviamente, in pieno spirito di sussidiarietà le necessità di garanzia presso il Policlinico delle funzioni trasferite ma necessarie all'ospedale della Neurologia, Neurochirurgia, Neuroradiologia, Psichiatria, Riabilitazione hanno trovato risposta attraverso l'attività consulenziale garantita estemporaneamente e in pianta stabile (es Neurologia ha mantenuto la presenza diurna del neurologo c/o Policlinico per consulenze e esecuzione di prestazioni di diagnostica strumentale per ricoverati) dalle équipes trasferitesi nel dicembre 2005 al NOCSAE.

In accordo invece con il principio di complementarietà, per quanto attiene alla Neurochirurgia, transitata a Baggiovara nel dicembre 2005, la gestione delle patologie neoplastiche con particolare riferimento alla radioneurolurgia ha continuato a trovare espressione presso l'AOU (essendo il NOCSAE sprovvisto di radioterapia).

Continuando la disamina nell'ambito delle neuroscienze e, passando alla Neuroradiologia, a fronte del trasferimento nel dicembre 2005 presso Baggiovara, tale équipe ha continuato a mantenere la presenza diurna del neuroradiologo c/o il Policlinico e a garantire la refertazione delle urgenze attraverso la guardia festiva e notturna attiva a valenza provinciale collocata presso il NOCSAE, sfruttando anche le moderne tecnologie che hanno reso possibile la refertazione in remoto, (telemedicina)

I trasferimenti di funzioni dall'AOU a Baggiovara hanno poi visto il passaggio della unità operativa di Medicina generale a maggio 2006 dell'Endocrinologa e dei 15 letti di lungodegenza codice 60.

Integrazione Policlinico Baggiovara

Il Policlinico ha conservato una decina di letti tecnici (ordinari, dh) e percorsi ambulatoriali di riabilitazione intensiva estensiva finalizzati alla presa in carico precoce e continuità interna a ospedale di pazienti trattati in fase acuta in chirurgia dei trapianti e pneumologia.

Preme, inoltre, evidenziare che la riabilitazione precoce conseguente a interventi di ortopedia e chirurgia della mano in accordo con la programmazione è stata garantita, ove necessaria, nell'ambito dei letti assegnati alla stesse unità operative.

Il trasferimento dell'UO di chirurgia generale al NOCSAE, ha rappresentato una breve parentesi prima del definitivo passaggio alla struttura di Carpi.

Lungi dal rappresentare una semplice riduzione di letti e uno svuotamento di contenuti attraverso il progressivo trasferimento di funzione di rilievo, l'operazione di trasferimento di funzioni sopra descritta è avvenuta in modo contestuale all'avvio presso l'AOU di una serie di importanti azioni di riordino delle funzioni presenti finalizzata a garantire a tale struttura un ruolo di importanza strategica nello scenario locale.

Riorganizzazione con selezione di attività strategiche e attivazione di modelli assistenziali alternativi al ricovero tradizionale (day surgery e day service). Attesi i 741 letti fissati dalla programmazione sviluppo e qualificazione presso AOU di specifiche funzioni

Ripercussioni dell'integrazione su Policlinico

I posti letto del Policlinico sono passati da 980 a 820 per effetto dei trasferimenti dalle unità operative al NOCSAE e ulteriori riorganizzazioni che hanno portato a 765 letti nel 2008.

Fra le diverse attività si ricorda che il Policlinico di Modena è un centro di riferimento di livello nazionale per i trapianti. Nel 2008 sono stati fatti 157 trapianti, con un aumento totale del 33% rispetto al 2004.

E' inoltre Centro di Riferimento Regionale per la Chirurgia della Mano; la Terapia Intensiva Neonatale e la Genetica Oncologica. Fa parte inoltre della rete regionale specialistica per la prevenzione, la sorveglianza, la diagnosi e la terapia di 243 malattie rare.

Fra le diverse riorganizzazioni si sottolinea per la dotazione di letti di oncologia, ematologia e radioterapia (funzione hub, prestazioni di II e III livello per rete provinciale) la costituzione di un dipartimento in grado di garantire la totale gestione del percorso diagnostico-clinico-assistenziale. La pneumologia e chirurgia toracica rappresenta un hub provinciale, la chirurgia generale, oncologica e miniinvasiva è un hub anche in rapporto a COM, con riferimento a fegato, vie biliari pancreas ma anche colonretto e mammella. La chirurgia ginecologica e pediatrica è un hub con il potenziamento chirurgia trapianti estensione a rene-pancreas e fegato in ambito pediatrico. Anche la chirurgia endocrinologica e quella della mano sono un hub. Per l'ortopedia specialistica elettiva e traumatologica è stata potenziata la chirurgia del piede e delle grandi articolazioni.

Per le altre specialità sono state mantenute funzioni internistiche quali malattie infettive, dermatologia e in campo chirurgico odontoiatria e maxillofaciale punto di riferimento nelle aree della formazione specialistica di II e III livello anche grazie a strumentazione necessaria e all'uso costante nel settore della information technology della telechirurgia e telemedicina.

I rapporti con l'Università

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico, riassume i compiti di un Policlinico di insegnamento; luogo dove si compie l'integrazione tra le funzioni tipiche di un Ospedale che fa parte del Sistema Sanitario Regionale e l'Università presente come Facoltà di Medicina e Chirurgia. Da alcuni anni l'attività formativa della Facoltà si svolge anche nel Polo Ospedaliero del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense di Baggiovara. Gli ospedali sono quindi luoghi dell'integrazione dei compiti assistenziali con quelli di formazione e ricerca.

A Baggiovara sono stati attivati percorsi neurologici unificanti trattamento, studio e didattica relativa a neuroscienze e collegate a problematiche traumatologia e riabilitativa sia post-traumatica che in esito a stroke. Inoltre sono stati attivati i percorsi metabolico nutrizionistico con un approccio globale al paziente geriatrico e a quello in trattamento riabilitativo.

Sono stati attivati corsi laurea breve in fisioterapia, dietistica, tecnica della riabilitazione psichiatrica, logopedia e alcune scuole di specialità, fra cui neurologia, neurochirurgia, geriatria, scienze dell'alimentazione, psichiatria e medicina interna.

6. - SVILUPPO DELLA TELEMEDICINA E DELL'INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY

Oltre al sistema computerizzato per la gestione delle immagini radiologiche (PACS-RIS) e al laboratorio BLU già presentati precedentemente sono stati implementati diversi altri progetti in questo settore.

Telecardiologia - Centrale di Cardiologia

Obiettivo di questo progetto è far afferire tutti i sistemi che registrano un tracciato ECG (es. elettrocardiografi, prove da sforzo, defibrillatori per l'emergenza, poligrafi, holter) distribuiti ovunque negli ospedali o sul territorio ad una centrale cardiologica virtuale che lo rende disponibile per la refertazione clinica.

Il progetto parte dall'aggiornamento delle realizzazioni esistenti presso l'Ospedale di Baggiovara (sistema MUSE, sistema LIFENET) e l'Ospedale di Carpi (ARCHIMED) per ricondurre i tracciati ad un formato standard riconosciuto ai fini di consentire la creazione di un archivio centralizzato di tutti gli ECG provinciali. L'integrazione tra i vari sistemi di rilevazione cardiologica si propone come obiettivo quello di poter consentire la gestione di tutte le informazioni provenienti dalle apparecchiature utilizzate nella specializzazione di cardiologia prendendo come riferimento quanto previsto dall'organizzazione IHE che recentemente ha generato delle linee guida per la gestione del flusso informativo del reparto di cardiologia.

Nel corso del 2008 presso l'Ospedale di Baggiovara è iniziato l'utilizzo del sistema attuale integrato con l'anagrafica ed i movimenti ospedalieri. L'implementazione iniziata nel 2008 proseguirà estendendo gradualmente i reparti fruitori del servizio.

Progetto SOLE

Il Progetto SOLE connette informaticamente gli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) alle strutture aziendali e al call center provinciale, consentendo di gestire per via telematica le prescrizioni e le refertazioni. Grazie a questo progetto i cittadini possono effettuare telefonicamente di qualsiasi tipo di prenotazione. Per quanto riguarda i MMG, a fine 2008 496 (94% del totale) avevano fatto domanda di adesione al progetto e 476 erano già collegati. Alla stessa data 80 PLS (78% del totale) hanno aderito al progetto e 63 erano già collegati al sistema.

Rete Hub e Spoke per traumi

Relativamente al progetto SIAT finanziato dalla regione che prevede alcune workstation finalizzate alla gestione del paziente traumatizzato (per attività neurochirurgiche) in una logica hub & spoke tale progetto si è andato a sovrapporre al sistema RIS-PACS provinciale (realizzato nel 2005-2006) il quale mette a disposizione dello specialista interessato le immagini e il referto con firma digitale in qualsiasi punto della rete esso sia. Inoltre la gestione dei pazienti di PS è fatta utilizzando applicativi dedicati.

E' stato studiato l'inserimento delle workstation nella logica di cui sopra che vede già l'utilizzo di sistemi provinciali RIS-PACS e di PS senza creare duplicazioni di funzioni o debiti informativi che in attività di PS sono da evitare. Si è valutato inoltre l'utilizzo verso l'unico Hub extra-provincia (l'unità spinale di riferimento regionale) che rimane dopo l'attivazione del Nuovo Ospedale Civile S. Agostino Estense. Infatti le necessità di consulti per traumi al di fuori dell'azienda è limitato ai casi relativi ai traumi spinali. Inoltre si è collaborato con la Regione a ridefinire le specifiche del progetto PACS-federato regionale che supera la logica SIAT, migliorandolo, integrando le informazioni paziente relative ad indagini radiologiche a livello interaziendale.

Progetto di informatizzazione delle Residenze per anziani

E' stato implementato un progetto di informatizzazione delle Residenze per anziani con unico software per la gestione dell'ospite in tutte le sue fasi assistenziali, per arrivare ad una confrontabilità e messa in comune dei dati per la valutazione della gravità dell'utenza e delle risorse in campo. Nel corso del 2008 le strutture che si sono collegate e che hanno iniziato l'utilizzo del programma sono oltre 20, con la previsione di arrivare al completamento totale di tutte le strutture socio sanitarie. Inoltre si sta implementando il collegamento con il SIO nelle singole strutture per creare un rapporto più organico con l'ospedale.

Progetto RURER

Il progetto RURER - *Repository Unico della Regione Emilia Romagna* - si pone l'obiettivo di facilitare l'interazione fra i seguenti principali attori al fine di facilitare i percorsi del cittadino nel campo della certificazione della disabilità e della erogazione delle provvidenze economiche relative:

- le aziende sanitarie territoriali della regione Emilia Romagna coinvolte nell'accertamento della disabilità;
- i comuni titolari della fase concessoria delle provvidenze economiche;
- le province attraverso i Servizi per le Politiche del Lavoro;
- l'INPS attraverso le Commissioni Mediche di Verifica Provinciali e come ente erogatore delle provvidenze economiche laddove riconosciute

Attraverso il RURER, è possibile aprire il sistema informativo aziendale in consultazione al cittadino e ai patronati, per visualizzare lo stato di avanzamento delle pratiche e le eventuali scadenze nell'ambito di un percorso di accertamento di disabilità. Nella seconda fase del

progetto sarà possibile per cittadini e patronati avere accesso a funzionalità ancora più evolute, ad esempio per l'immissione diretta delle domande e per il rilascio della documentazione direttamente in formato elettronico con pieno valore giuridico.

Progetto Anagrafe regionale assistiti

L'Azienda nel 2007 ha adottato una nuova procedura informatica relativa alla gestione della anagrafe assistiti più aggiornata ed evoluta. Nei primi mesi del 2008 si sono rese necessarie attività di perfezionamento ed ottimizzazione dei flussi di dati intra ed extra aziendali. Questo ha fatto in modo che a Dicembre 2008 risultavano errati lo 0,098% dei records inviati e risultavano doppie lo 0,0046% delle posizioni inviate. E' stata effettuata una ulteriore validazione dei codici fiscali del sistema TS 76% validati e si sta procedendo ad implementare quelle attività necessarie a rendere le operazioni sistematiche e periodiche (con cadenza mensile). L'attuale applicativo gestisce in modo efficace tutti i dati necessari relativi all'anagrafe assistiti tra cui anche il comune di residenza, le date di residenza e la cittadinanza.

7. - IL CONTRIBUTO DEL VOLONTARIATO

Da ultimo si vuole evidenziare il fondamentale ruolo svolto dal volontariato, il cui contributo costituisce parte integrante delle reti cliniche integrate, dell'assistenza territoriale e ospedaliera.

Dai dati pubblicati all'interno del Profilo di Comunità emerge che nella nostra provincia il 13% delle persone svolge una qualche forma di attività di volontariato nel campo della cura delle persone, dell'ambiente, della cultura per una media di 18 ore al mese.

Nella nostra provincia nel 2008 risultavano iscritte ai relativi registri provinciali 337 organizzazioni di volontariato, 80 cooperative sociali e 725 Associazioni di promozione sociale. Ma in realtà il panorama degli enti senza scopo di lucro, che con modalità e intensità più diverse concorrono al miglioramento dei livelli di qualità e coesione della vita sociale è decisamente più ampio. Infatti a queste organizzazioni vanno aggiunte le fondazioni (48 iscritte al registro regionale delle fondazioni con sede in provincia di Modena) e almeno altri 1.000 soggetti tra associazioni iscritte ad altri registri (registro regionale volontariato, registro nazionale delle Onlus con sede in provincia), circoli, comitati, gruppi organizzati, piccole associazioni iscritte ai registri comunali.

Di queste organizzazioni molte si occupano del mondo sanitario e sociale e come già detto offrono un contributo essenziale allo sviluppo del sistema di welfare provinciale nelle attività legate alla prevenzione e mantenimento del benessere dei cittadini, fino alla cura, assistenza e supporto.

La collaborazione tra le aziende sanitarie e i diversi soggetti del mondo del volontariato

(associazioni di pazienti, associazioni di volontariato sociale, associazioni a tutela dell'ambiente, consumeristiche, organizzazioni no profit, fondazioni, ecc.) favorisce il riconoscimento della centralità del cittadino, titolare del diritto alla salute, nella programmazione, gestione e valutazione del "sistema salute".

Come previsto dal DL 502/1992 il Terzo settore partecipa attivamente anche all'organizzazione e alla verifica della trasparenza e della qualità dei servizi. Tale principio è ribadito anche nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 della Regione Emilia-Romagna, che nella prospettiva di un integrazione delle risorse e delle competenze, coinvolge tutti i Soggetti della comunità nella governance e nel miglioramento continuo del sistema sanitario e sociosanitario.

La cooperazione con il mondo del volontariato comprende interventi di natura sanitaria e socioassistenziale, nonché la realizzazione di progetti di educazione alla salute, prevenzione e promozione di stili di vita salutari.

Il rapporto tra l'Azienda e il Terzo settore è regolato da apposite convenzioni che, accanto al coinvolgimento gratuito e volontario delle associazioni, definiscono impegni e ambiti di competenza al fine di garantire chiarezza e trasparenza. I Comitati Consultivi Misti garantiscono, inoltre, la valutazione delle attività e dei servizi dal lato dell'utenza.

Nella parte quarta del presente documento viene riportato l'elenco delle associazioni che operano sul nostro territorio e che collaborano con il sistema sanitario e sociale della nostra Provincia.

8. - RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI

Scheda di sintesi inerente gli obiettivi non raggiunti rispetto alla programmazione prevista

Di seguito si riporta l'elenco dei principali obiettivi totalmente o parzialmente non raggiunti rispetto a quanto previsto dai documenti di programmazione elaborati nel corso degli anni.

PAL 1997-1999

Riabilitazione/lungodegenza (pag. 5 del documento originale)

Il PAL prevedeva uno standard di 0,9/1.000 abitanti per degenza protratta e riabilitazione. Attualmente i posti letto sono ancora insufficienti (0,66/1.000 abitanti corrispondenti a 456 letti). Un altro aspetto legato a questo tema è la mancanza di una specifica programmazione provinciale per la riabilitazione.

Centro cure primarie di Formigine (pag. 8)

Il PAL prevedeva la creazione di un centro di cure primarie nella ex-struttura ospedaliera di Formigine. Ad oggi sono stati creati una RSA, un poliambulatorio ed altri servizi. Per una serie di problematiche il centro di cure primarie previsto, che attualmente potremmo definire una casa per la salute, non è stato creato. Sono tuttavia previste iniziative di questo tipo nella programmazione di medio termine della AUSL e nei piani di sviluppo delle cure primarie.

Dipartimento Salute Mentale (pag. 5-12-16)

Così come delineato nel PAL, quest'area proveniva da una situazione storica tra le più bisognose di interventi. Ad oggi permangono ancora esigenze di miglioramento nella qualità dei servizi, nelle risorse da investire nell'area, ma soprattutto sul terreno di una vera integrazione interna al dipartimento, con le altre strutture aziendali con i medici di medicina generale. Il nuovo Dipartimento Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche va in questa direzione.

Integrazione fra AUSL e Policlinico (pag. 26)

Il PAL prevedeva "forti momenti di integrazione fra le aziende sanitarie pubbliche ... per assicurare una azione sinergica finalizzata alla realizzazione della programmazione ". Questo è un aspetto dove è necessario trovare meccanismi di maggiori sinergie bidirezionali fra AUSL e Policlinico (che il

contratto di fornitura non esaurisce) e a tutti i livelli del sistema macro/meso/micro.

Ulteriori spazi di miglioramento riguardano anche la disomogeneità dei sistemi informativi delle due aziende e le possibili nuove integrazioni nei servizi di supporto.

Deficit di risorse sul territorio (pag. 41)

Il PAL prevedeva già nel 1997 un potenziamento della medicina territoriale "in una provincia che dedica all'assistenza ospedaliera risorse largamente superiori rispetto al complesso delle risorse disponibili". Ancora oggi questo aspetto risulta critico, legato anche alla apertura delle due nuove strutture ospedaliere, e vede il nostro territorio con un eccesso di spesa ospedaliera rispetto alla media regionale.

Ospedale Castelfranco (pag. 76)

Per l'Ospedale di Castelfranco veniva prevista la possibilità di effettuare attività di day hospital medico e chirurgico, ricoveri in degenza protratta, qualificata attività di riabilitazione, attività specialistica ambulatoriale da associare ad una qualificata presenza di medicina Generale di gruppo e realizzando una condizione ottimale di "Centro di Cure Primarie". Venivano previsti 15 letti di medicina e 60 per la riabilitazione cardiologia/lungodegenza (pag. 79).

Nel corso degli anni non è stato attivato il centro di cure primarie, anche se l'AUSL aveva dato la disponibilità in tal senso e i letti di riabilitazione attivati sono soltanto 20, su un totale di 65.

DOCUMENTO INTEGRAZIONE POLICLINICO BAGGIOVARA

Funzioni didattiche diffuse (pag. 2)

Il documento di integrazione fra Policlinico e Baggiovara prevedeva funzioni didattiche dell'Università ad altre strutture della sanità territoriale. Questo è avvenuto per la struttura di Baggiovara, sotto taluni aspetti con la medicina generale, mentre permangono spazi di miglioramento verso le altre strutture ospedaliere aziendali.

PAL 2003-2005**Day Service (pag. 14)**

Il Day Service si caratterizza per la gestione completa del caso clinico ambulatoriale facendo tutte le visite/esami in modo programmato. Esso è stato nel tempo poco utilizzato dalla AUSL per una serie di motivazioni organizzative. Attualmente il progetto è in corso di riattuazione, legato anche ad una delibera regionale del 2010.

Ospedale a 5 giorni (week hospital) (pag. 14)

Il modello della week surgery, sperimentato in modo particolare a Castelfranco, è stato di fatto superato dalla applicazione della day surgery, legato alla sempre più veloce tempistica degli interventi chirurgici.

Revisione modello guardia medica (pag. 17)

Nell'ambito dell'assistenza domiciliare il PAL sottolineava l'importanza di percorsi di integrazione ospedale/territorio, sanitario/sociale assieme al superamento del tradizionale modello di "Guardia Medica" territoriale, ormai sempre meno idoneo a garantire una adeguata continuità assistenziale. Oltre ad alcune sperimentazioni specifiche, si è cercato di lavorare sull'inappropriatezza degli accessi ai Pronti Soccorso con gli ambulatori della continuità assistenziale della medicina generale. Tali interventi non hanno sostanzialmente risolto la problematica evidenziata nel PAL.

Hospice malati neurologici a Baggiovara (pag. 20)

Il PAL prevedeva la realizzazione a Baggiovara di 10 letti di hospice per malati neurologici cronici. Questo intervento non è stato realizzato e si è collocato all'interno dei numerosi scenari che si sono succeduti nel corso del tempo legati alle strutture residenziali palliative della nostra provincia. Attualmente la struttura ospita provvisoriamente il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura del Policlinico, spostato per la sua riqualificazione.

Sempre in questo ambito sembra essere necessaria una revisione della mission dell'Hospice Ospedaliero del Policlinico e della sua maggiore integrazione con l'assistenza domiciliare.

Funzione e responsabilità del personale infermieristico e tecnico (pag. 22)

Il PAL prevedeva lo sviluppo di modelli assistenziali innovativi con la valorizzazione delle diverse professionalità (infermieristiche e tecniche)

Technology assessment interaziendale (pag 41)

Nell'ambito della diagnostica per immagini, era ritenuto indispensabile pianificare e governare l'offerta di servizi secondo paradigmi di "technology assessment" e in chiave interaziendale per evitare politiche degli investimenti distorte. Questa è un'area dove è possibile ottenere spazi di miglioramento, anche prevedendo un piano tecnologico condiviso fra AUSL-Policlinico. Con Sassuolo questo strumento è già attualmente previsto.

ALTRE CRITICITA'**Difficoltà dimissioni ospedaliere Baggiovara-Policlinico**

In generale esiste un grande problema nello spostamento dei pazienti ricoverati verso le altre strutture ospedaliere e residenziali della nostra provincia, una volta che questi hanno terminato la fase acuta del ricovero nelle strutture di II e III livello di Baggiovara e Policlinico.

Liste di attesa

Nel corso del tempo sono state adottate numerose iniziative mirate alla riduzione delle liste di attesa. Fra queste l'incremento delle prestazioni specialistiche e la revisione dei modelli organizzativi di offerta. Tuttavia permangono criticità a cui si è cercato di rispondere anche nell'ultimo piano di contenimento tempi attesa, con l'attivazione di percorso garanzia per i cittadini per prime visite entro 30gg in ogni area, con percorsi certi per le urgenze, con calendari aperti e rendendo la maggioranza delle prestazioni visibili a CUP anche per il Policlinico.

Permangono ampi spazi di miglioramento sul lato dell'appropriatezza della prescrizione e sui percorsi di accesso alla diagnostica e sulla modalità dei controlli.

Gestione integrata pazienti cronici

Permane la necessità di gestire in modo integrato con la medicina generale nuove categorie di pazienti cronici (es. scompenso cardiaco, TAO, BPCO) e di ottimizzare quella per i progetti già avviati (es. diabete).

9. - GLI INVESTIMENTI

Numerosi sono stati gli investimenti fatti a livello territoriale e ospedaliero ogni anno. Nelle due tabelle che seguono viene fornita una prima rappresentazione temporale, per tipologia di investimento fatte dalla AUSL di Modena e dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena.

AUSL di Modena (€)

	Immobili	Attrezzature Sanitarie	Attrezzature Informatiche	Altro*	Totale
1997	1.541.641	1.991.789	509.877	1.064.923	5.108.230
1998	3.280.035	3.617.125	858.972	1.941.546	9.697.677
1999	8.134.525	8.245.375	1.033.003	1.297.957	18.710.860
2000	9.507.843	3.334.501	854.402	1.565.315	15.262.060
2001	3.624.201	4.993.737	891.257	2.151.362	11.660.556
2002	2.433.889	7.076.962	1.239.006	3.854.979	14.604.836
2003	1.906.778	5.360.232	1.014.700	2.626.281	10.907.991
2004	3.948.566	5.145.073	1.024.071	2.127.053	12.244.763
2005	5.598.088	17.896.130	2.739.895	10.131.586	36.365.699
2006	186.870.805	14.258.195	1.473.773	5.120.769	207.723.542
2007	899.837	12.338.421	952.011	2.217.279	16.407.548
2008	2.275.175	3.826.416	674.150	2.425.589	9.201.330
2009	3.119.878	3.159.619	335.918	1.770.865	8.386.280
Totale	233.141.261	91.243.575	13.601.035	38.295.504	376.281.372

Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena (€)

	Immobili	Attrezzature Sanitarie	Attrezzature Informatiche	Altro*	Totale
1997	2.330.505	3.361.525	267.808	2.713.788	8.673.626
1998	4.852.083	1.202.055	280.519	2.370.716	8.705.373
1999	4.069.186	5.247.438	295.579	4.750.451	14.362.654
2000	3.898.930	4.844.536	539.644	4.875.812	14.158.922
2001	14.293.113	7.321.822	527.754	5.318.147	27.460.836
2002	11.310.853	2.706.070	418.541	5.570.654	20.006.118
2003	21.981.741	6.041.410	357.553	5.240.177	33.620.881
2004	8.447.919	5.985.642	403.316	3.699.197	18.536.074
2005	11.952.989	4.453.707	771.827	5.525.129	22.703.652
2006	8.203.564	7.301.547	616.155	4.819.802	20.941.068
2007	6.355.679	6.983.423	365.106	6.770.775	20.474.983
2008	12.697.606	9.146.283	276.835	4.810.293	26.931.017
2009	12.346.000	2.400.000	400.000	4.211.000	19.357.000
Totale	122.740.168	66.995.458	5.520.637	60.675.941	255.932.204

La voce Altro contiene licenze uso, altre imm.ni immateriali, spese straord, imp. e macchinari, mobili e arredi, automezzi, altri, beni diversi

PARTE TERZA

L'Atto di Indirizzo e Coordinamento 2009-2011 della Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale

Sul finire del 2008, la Conferenza Sociale e Sanitaria della nostra provincia ha approvato "l'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale" 2009-2011.

Questo documento può essere definito come la "traduzione modenese" del disegno strategico, delle linee di intervento, delle indicazioni di metodo e di contenuto fornite dal Piano Sociale e Sanitario Regionale.

E' perciò all'interno del quadro complessivo disegnato appunto dal PSSR e dall'Atto di Indirizzo della CSST che dovrà collocarsi anche la stesura del nuovo PAL Modenese.

Il lavoro ha seguito un percorso di analisi della situazione esistente del welfare della nostra provincia. Questo è avvenuto attraverso la produzione del **Profilo di Comunità**, che ha visto toccare diversi argomenti fra cui:

- gli aspetti demografici, epidemiologici, ambientali e socio economici;
- la domanda e i bisogni dell'ambito sociale, sanitario e di welfare;
- l'offerta di servizi dell'area sociale, sanitaria, educativa, abitativa, lavorativa, culturale, ricreativa e infine il capitale sociale.

Pur facendo evidente rinvio ad una più accurata lettura di questi importanti documenti, si ritiene comunque utile riepilogare sinteticamente sia lo spirito che i principali contenuti del nostro Atto di Indirizzo e Coordinamento provinciale.

3.1 – L'impostazione complessiva e i contenuti del documento

Il suo impianto complessivo proviene direttamente dalla diversa, più ampia visione con cui il nuovo Piano Regionale intende perseguire il "ben-essere" dei suoi cittadini.

Da un lato la necessità di dilatare l'ambito programmatico e di governo dalla sola Sanità a tutta l'area del Sociale e da queste ad ogni altra area che in qualche modo influisce sulle condizioni di salute e benessere della popolazione, dall'altro l'ulteriore necessità di adottare atteggiamenti culturali, metodi di lavoro, sistemi organizzativi e relazionali, costantemente ancorati a logiche di trasversalità e di rete. In altre parole la **"integrazione"** come vero e proprio valore strategico.

E' per queste ragioni che l'Atto dedica la sua **prima parte** ai **determinanti del benessere collettivo** ovvero a quell'insieme di aree e sistemi che circondano le più precise tematiche del Sanitario, del Socio-Sanitario e del Sociale sottolineando, assieme alla esigenza di una reale **integrazione delle politiche** (scuola, formazione, occupazione, lavoro, casa, cultura, associazionismo, capitale sociale, ...), il valore certamente etico ma soprattutto pratico della **prevenzione collettiva** (in particolare ambiente e sicurezza).

Nella sua **seconda parte**, dal titolo **"Le politiche Sociali e Socio-Sanitarie"**, l'elemento cardine è rappresentato dalla necessità di innovare sia l'approccio che la progettazione in un'area oggi più che mai articolata, complessa, segnata da profonde, crescenti e rapide trasformazioni, bisognosa quindi di **rifocalizzare i centri di attenzione** (famiglia, condizione femminile, infanzia-adolescenza e giovani, anziani e disabili, immigrazione, nuove povertà, ...), di **rivisitare le priorità**, di **valutare l'efficacia dei servizi**, di reimpostare l'intero sistema, **separando il governo dalla gestione**.

La **terza parte** è dedicata alle **politiche sanitarie "integrate"**, ove quest'ultima parola qualifica in maniera inequivocabile sia il modo con cui si intende procedere alla lettura dello stato di fatto sia l'asse portante su cui sono tenute a strutturarsi l'azione quotidiana ed i processi programmatici. Stante il suo particolare rilievo ai fini del futuro PAL ne vedremo meglio i contenuti al successivo punto 3.2.

Infine la **quarta parte** del documento, denominata **"facilitare e sostenere il cambiamento"**.

Questo capitolo parte dall'assunto che l'insieme dei complicati processi di integrazione, comunitaria, professionale e gestionale voluti dalla pianificazione regionale e locale non può essere compiutamente attuato senza un parallelo processo di **integrazione istituzionale** ovvero di **completamento e rafforzamento** di tutti i punti nodali del cosiddetto **"nuovo sistema di governance"**.

Detti punti nodali sono rappresentati innanzitutto dalla realtà distrettuale – **Comitato di Distretto, Ufficio di Piano Distrettuale** – sulla quale l'assetto legislativo regionale colloca numerosissime competenze/responsabilità, che

anche il Distretto Sanitario è chiamato ad affrontare con modalità e strumenti adeguati.

Tra il livello regionale e quello distrettuale si colloca poi la **Conferenza Sociale e Sanitaria**, tecnicamente coadiuvata dall'**Ufficio di Supporto**, avente compiti di indirizzo coordinamento e verifica, ivi compresi la ripartizione di risorse (FRNA,) ed il governo di importanti processi (accreditamento, ...).

Per perseguire questi risultati sono necessarie numerose **azioni strutturali ed organizzative**, in particolare riguardanti gli Uffici di Piano distrettuali, i **sistemi informativi** e la **formazione** degli operatori.

3.2 – Il terzo capitolo: le politiche sanitarie integrate

All'interno di ciò ecco le **linee dello sviluppo**: "centralità del territorio", "qualificazione della rete ospedaliera", "coerente politica degli investimenti".

1. **Centralità del territorio.** Vale la pena di trascrivere quello che è uno dei passaggi fondamentali di questo capitolo: "... deve essere riservata una **attenzione prioritaria, sia sotto il profilo organizzativo che in particolare delle risorse**, a tutte le tematiche proprie della competenza territoriale poiché è dallo sviluppo di queste che dipendono il successo delle politiche di prevenzione, di contrasto e contenimento delle disabilità, di rafforzamento qualitativo ed equitativo delle reti sanitaria, sociale e socio sanitaria, di qualificato adeguamento della rete ospedaliera nonché di contenimento relativo dei costi e di più elevato gradimento del sistema da parte della popolazione..."

Il che significa integrazione strategica, programmatica, operativa e finanziaria con il sistema degli Enti Locali, piena valorizzazione del ruolo del Distretto, sia sul territorio che all'interno della organizzazione aziendale, e perseguimento di alcune precise direttrici di lavoro:

- prevenzione primaria/secondaria e mantenimento/recupero dell'autosufficienza;
- integrazione operativa, sociale e sanitaria, basata sulla presa in carico e sulla facilitazione dell'accesso ai servizi;
- scelta della domiciliarità e correlato sviluppo delle cure primarie anche e soprattutto attraverso **aggregazioni strutturali degli ambulatori** "... in grado di caratterizzarsi per visibilità (unica sede), accessibilità (ore di apertura al pubblico) e polifunzionalità (più elevate

e molteplici tipologie di risposta).

2. **Qualificazione della rete ospedaliera.** La sostanziale uscita dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo dalla cosiddetta fase di start-up, rende ora non solo possibile ma necessaria una **riflessione complessiva sia sulla mission che sulle dotazioni di tutti gli stabilimenti pubblici e privati** che compongono la rete ospedaliera provinciale. Partendo da questa considerazione l'Atto afferma quindi la necessità di aprire una nuova fase programmatica ove le caratteristiche ed il fabbisogno della offerta ospedaliera dovranno essere rivisitati e ripensati sia alla luce degli impegni precedentemente assunti che degli ulteriori obiettivi postulati dalla pianificazione regionale, indicati dall'Atto di Indirizzo, prefigurati dalla rapidità delle conquiste scientifiche e tecnologiche, resi necessari dalle esigenze di equilibrio, sia specifico che generale, dei costi.

E su queste direttrici si collocano in particolare:

- una più esatta **precisazione del ruolo di ogni singolo stabilimento** della rete, partendo dalla definitiva **eliminazione delle duplicazioni** ancora esistenti, così come peraltro già previsto dalla precedente pianificazione circa il rapporto **Policlinico-Baggiovara** e di questi con il resto di una **rete provinciale policentrica**;
- la piena attuazione delle **semplificazioni/integrazioni gestionali** già previste e di quelle ulteriormente possibili tra Azienda USL ed Azienda Policlinico;
- l'adozione, sia all'interno degli ospedali che tra questi e gli altri punti del sistema integrato delle cure, di modelli organizzativi e stili di relazione corrispondenti alla **presa in carico professionale ed umana** della persona ammalata e ad una lineare **continuità assistenziale**;
- il rafforzamento del **governo clinico** e la sistematicità dei controlli sulla **appropriatezza**.

3. **Investimenti.** La realizzazione dei nuovi ospedali di Baggiovara e Sassuolo ha avuto un impatto decisamente significativo sulle risorse per investimenti.

Esistono però molte altre strutture, non solo ospedaliere, più o meno fortemente datate, la cui sola manutenzione assorbe dai 15 ai 20 milioni di euro ogni anno.

Oltre a ciò vanno tenute presenti le doverose valutazioni di congruenza degli interventi, anche estemporanei, sia rispetto alla

prospettiva dell'accreditamento che più in generale circa la compatibilità/funzionalità degli stessi nei confronti del necessario completamento di un equilibrato sistema di reti e dei correlati processi di innovazione. Ecco quindi che è: "... indispensabile una **accurata, approfondita riflessione interna all'intero sistema pubblico provinciale e con la regione...**", volta a definire programmi e percorsi capaci di coniugare assieme gli elementi della indispensabilità e dell'urgenza con quelli del miglior rapporto costo/beneficio; assoluto, di prospettiva e di impatto sui livelli di servizio assicurati alla cittadinanza.

Sempre all'interno delle politiche sanitarie, l'Atto dedica poi un apposito capitolo alla messa in evidenza di alcune specificità ovvero di aree tematiche ritenute meritevoli di attenzione particolare.

- **Salute, sicurezza e stili di vita.** Più del 75% dei decessi ed oltre il 50% dei costi ospedalieri sono riconducibili alle cosiddette **patologie prevalenti** (cardiovascolari, neoplasie, respiratorie, AIDS, malattie rare) ed agli **eventi infortunistici** (stradali, sul lavoro e domestici).
Risulta perciò quanto meno utile e produttivo, anche sotto il profilo economico, **ridare slancio alle logiche dei Piani per la Salute**, proseguendo e crescendo nella promozione di azioni informative, formative, di contrasto e di controllo sia per quanto attiene gli stili di vita ed i comportamenti individuali, sia attivando efficienti azioni di monitoraggio sull'evolversi della casistica e sulla efficacia delle iniziative intraprese.
Una attenzione che sul versante della prevenzione dovrà rivolgersi anche alle **nuove patologie**, sia di importazione che di ritorno, mentre su quello del recupero, dovrà accentuare e perfezionare sempre più idonee **risposte al dopo evento** per una rapida, ottimale riconquista della migliore autonomia possibile.
- **Salute mentale e dipendenze patologiche.** Sono questi terreni di grande sofferenza, spesso nascosta, sia individuale che dei rispettivi nuclei famigliari.
Il 10% della popolazione ha dichiarato sintomi depressivi per almeno due settimane negli ultimi dodici mesi; povertà, marginalità, precarietà e perdita del lavoro aumentano gli effetti psicopatologici ed i numeri della casistica; cronicità ed invecchiamento disestano l'equilibrio delle famiglie; crescono i consumi di droga ed alcol e si dilata la fascia di età delle tossicodipendenze.
Qui più che altrove le **parole chiave sono prevenzione/cura/ reinserimento** ed il

metodo imprescindibile è quello della integrazione.

Integrazione trasversale ai diversi settori del DSM, con il Distretto ed il Dipartimento di Cure Primarie (specie MMG e PLS - programma Leggieri), con gli altri Servizi/Strutture dell'Azienda USL, con i Servizi Sociali, con il Volontariato, con le famiglie, le imprese, ecc.; integrazione assolutamente indispensabile ma estremamente complessa per la cui attuazione è necessaria un'intensa, insistente attività di **formazione congiunta** di tutte le figure coinvolte, tesa a condividere finalità, metodi, strumenti e procedure di lavoro.

Sono poi necessarie precise azioni organizzative volte a migliorare la risposta all'emergenza-urgenza ed all'assistenza domiciliare, a razionalizzare in direzione della bassa intensità le strutture residenziali, a snellire i percorsi, a potenziare la riabilitazione ed il reinserimento lavorativo.

- **Maternità e infanzia.** La tendenza in atto già oggi e per i prossimi anni è quella dell'**aumento delle nascite** anche e in particolare da donne immigrate con correlato **aumento della complessità dei bisogni** prima, durante e dopo il parto. Ciò presuppone il rafforzamento delle attività di **prevenzione, educazione e sostegno alla maternità** nonché prevenzione e promozione della salute sessuale e riproduttiva, specie tra adolescenti ed immigrati.
Devono poi essere ulteriormente migliorate l'**adesione agli screening** e l'assistenza alle coppie con **problemi di fertilità**.
- **Lungoassistenza, hospice e cure palliative.** Nella realtà modenese l'approccio palliativo si è sviluppato ormai da anni non solo all'interno dei servizi specialistici di ambito oncologico e di alcuni centri ospedalieri di terapia del dolore, ma soprattutto nel contesto dell'assistenza domiciliare (NODO) secondo il modello delle reti cliniche integrate.
Il positivo successo in termini di risposta organizzativa ed assistenziale nonché di equità clinica ed etica di questa formula, indica che la **centratura del sistema delle cure palliative sugli interventi domiciliari e territoriali**, oltre ad essere in tal modo sostenibile e ad offrire una risposta più rispondente alle aspettative di pazienti e familiari, contribuisce alla più generale crescita della sensibilità e della conoscenza dei professionisti nei confronti del "dolore" e degli strumenti per contrastarlo.
E' perciò doveroso proseguire su questa strada dedicandovi energie ed attenzioni specie per quanto concerne una **formazione strutturata ed omogeneamente diffusa sul territorio** dei MMG e di tutti gli operatori coinvolti, indirizzando la politica degli hospice in direzione di **soluzioni extra ospedaliere**, in parallelo con quanto già previsto per la lungo assistenza.

PARTE QUARTA Allegati

Questa parte del documento si compone di numerosi approfondimenti che sono resi disponibili sul sito

www.pal.provincia.modena.it

Fra questi ricordiamo:

I documenti originali relativi alla programmazione, fra cui:

- il PAL 1997-1999
- il PAL 2003-2005
- il documento di integrazione Policlinico Baggiovara

Un approfondimento epidemiologico sulla mortalità e sullo stato di salute della popolazione

Un approfondimento sull'assistenza territoriale

Un approfondimento sulle reti assistenziali

Un approfondimento sulla rete ospedaliera

L'elenco delle associazioni di volontariato

L'elenco delle tecnologie biomediche per singola struttura ospedaliera e territoriale.

Le schede distrettuali della struttura dell'offerta, includendo l'assistenza territoriale e ospedaliera.

Nel corso del tempo sarà possibile integrare questa parte anche con altri eventuali approfondimenti che saranno via via resi disponibili.

