

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena  
Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena



# la nostra salute



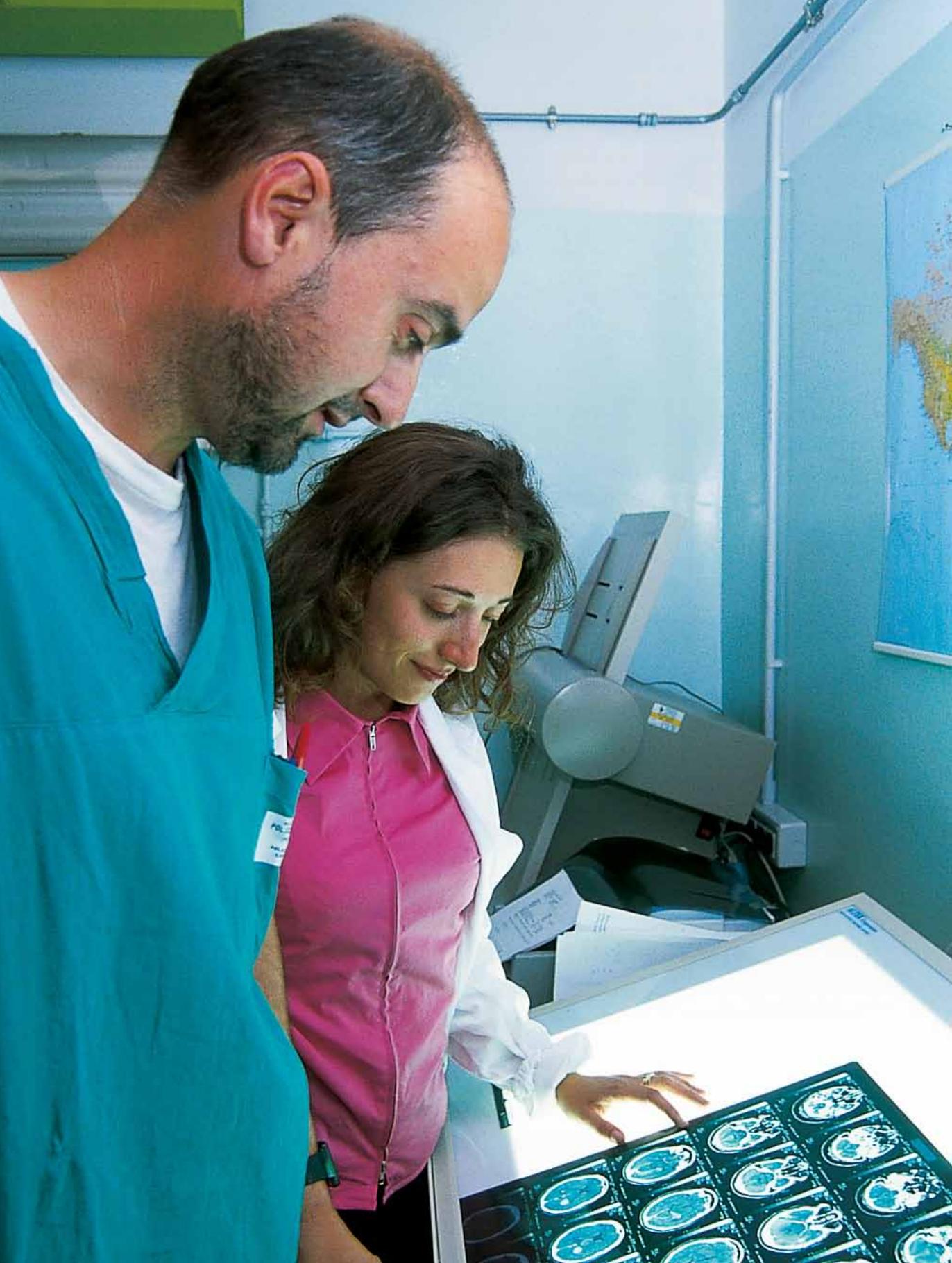


Documento approvato  
all'unanimità  
dalla Conferenza  
Territoriale Sociale  
e Sanitaria  
della provincia di Modena  
nella seduta  
del 14 ottobre 2011



Principali abbreviazioni usate nel testo

<b>ADI</b>	Assistenza Domiciliare Integrata
<b>AOU</b>	Azienda Ospedaliero Universitaria
<b>AUSL</b>	Azienda Unità Sanitaria Locale
<b>CADM</b>	Commissione Aziendale Dispositivi Medici
<b>CD</b>	Centro Diurno
<b>CSM</b>	Centro Salute Mentale
<b>CTSS</b>	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
<b>DEA</b>	Dipartimento di Emergenza e Accettazione
<b>DH</b>	Day Hospital
<b>DM</b>	Dispositivi Medici
<b>DS</b>	Day Surgery
<b>FRNA</b>	Fondo Regionale Non Autosufficienza
<b>MMG</b>	Medico di Medicina Generale
<b>NCP</b>	Nuclei di Cure Primarie
<b>NOCSAE</b>	Nuovo Ospedale Civile S. Agostino-Estense (Baggiovara)
<b>PAL</b>	Piano Attuativo Locale
<b>PdZ</b>	Piano di Zona per la Salute e il Benessere Sociale
<b>PL</b>	Posto Letto
<b>PLS</b>	Pediatra di Libera Scelta
<b>PPS</b>	Piani per la Salute
<b>PRP</b>	Piano Regionale della Prevenzione
<b>PS</b>	Pronto Soccorso
<b>PUA</b>	Punto Unico di Accesso
<b>RSA</b>	Residenza Sanitaria Assistita



## Indice

Il percorso di lavoro	4
Le linee di indirizzo previste dalla conferenza territoriale sociale e sanitaria	5
<b>1 GLI SCENARI E PRINCIPI GENERALI</b>	<b>8</b>
1.1 Lo scenario epidemiologico del futuro	9
1.2 Le criticità esistenti	11
1.3 I principi generali	13
<b>2 IL SISTEMA DI GOVERNO</b>	<b>14</b>
<b>3 I LIVELLI ASSISTENZIALI</b>	<b>18</b>
3.1 Prevenzione, promozione della salute e sanità pubblica	19
3.2 L'assistenza territoriale	35
3.3 L'assistenza ospedaliera	60
3.4 La rete dell'emergenza-urgenza e del materno-infantile	71
3.5 L'assistenza farmaceutica e i dispositivi medici	75
<b>4 INNOVAZIONE E SVILUPPO</b>	<b>78</b>
4.1 Ricerca, innovazione e sviluppo del sistema	79
4.2 Integrazione dei servizi amministrativi, tecnici e di supporto	84
4.3 I rapporti con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	85
4.4 Gli investimenti strutturali, tecnologici e informativi	86
Allegato 1	
<b>CASA DELLA SALUTE</b>	
Indicazioni regionali per realizzazione e organizzazione funzionale	90
Allegato 2	
<b>OSPEDALE DI CARPI</b>	
Report investimenti effettuati e previsioni - Relazione tecnica	92

## IL PERCORSO DI LAVORO

Il Piano Attuativo Locale (PAL) è lo strumento di programmazione strategica di medio periodo della sanità provinciale ed è stato costruito attraverso un percorso partecipato, che ha visto il coinvolgimento di operatori professionali e non, insieme all'ascolto dei cittadini. Il PAL 2011-2013 pone l'accento sull'offerta dei servizi messi a disposizione dei cittadini, ricercando le soluzioni organizzative che rispondano nel modo migliore ai bisogni di sicurezza, efficacia ed efficienza. Esso prende spunto dal Piano Sociale e Sanitario della Regione Emilia Romagna 2008-2010, dall'Atto di Indirizzo e Coordinamento triennale 2009-2011 della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) della nostra provincia e da ulteriori specifiche linee di indirizzo della CTSS.

Il percorso per giungere alla stesura del nuovo PAL è stato avviato nel corso del 2010. Dopo l'analisi del raggiungimento degli obiettivi posti dalla precedente programmazione, sono stati svolti diversi incontri con operatori, cittadini, associazioni, ordini professionali, sindacati e istituzioni. A supporto di questa fase di analisi e valutazione è stato predisposto un sito internet [www.pal.provincia.modena.it](http://www.pal.provincia.modena.it) che ha contribuito alla realizzazione di un percorso di programmazione partecipata, dove sono stati raccolti spunti e ipotesi di lavoro da parte di cittadini e operatori. Sono stati quindi istituiti 6 gruppi di lavoro, con il coinvolgimento delle Aziende Sanitarie e dell'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, che hanno elaborato proposte in larga parte riprese nel documento finale. I gruppi di lavoro hanno visto la partecipazione attiva di più di un centinaio di operatori e sono stati aperti anche a spunti di altri professionisti del sistema sociale e

sanitario provinciale che hanno fornito importanti contributi su temi specifici. I gruppi si sono occupati dei seguenti temi:

- Promozione della salute e prevenzione
- Assistenza territoriale
- Rete ospedaliera provinciale
- Aree di integrazione ospedale territorio
- Ricerca, innovazione e sviluppo del sistema
- Integrazione amministrativa, tecnica e logistica

Legata al percorso di lavoro realizzato nella stesura del nuovo PAL, la prima innovazione della nuova programmazione è quella legata all'istituzione

di un sistema esplicito di monitoraggio e rendicontazione del livello di raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione. Questo permetterà di conoscere in tempi rapidi le eventuali criticità esistenti e porre in essere le eventuali rimodulazioni per il raggiungimento degli obiettivi iniziali.

Nel presente documento vengono presentate solo le modifiche ai servizi esistenti. Per un elenco esaustivo dei servizi presenti nelle diverse realtà si rimanda al sito dell'Osservatorio della Programmazione che andrà a monitorare l'implementazione del presente documento.



## LE LINEE DI INDIRIZZO PREVISTE DALLA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

### Linee di indirizzo della CTSS (del 23/09/2010)

Nell'imminenza dell'avvio dei lavori per la stesura del nuovo PAL la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ritiene doveroso indicare all'Azienda USL, titolare della funzione di committenza, all'Azienda Policlinico e a tutti coloro che saranno chiamati a far parte dei gruppi deputati alla formulazione delle necessarie proposte, gli indirizzi fondamentali cui attenersi per una coerente e corretta elaborazione del Piano.

Gli elementi cardine del nuovo lavoro, peraltro confermati dai contributi sino ad oggi offerti da professionisti, istituzioni e società civile, sono così riassumibili.

### Continuità-Completamento della precedente programmazione

Come meglio descritto nei documenti preparatori, non tutti i precedenti obiettivi hanno potuto essere pienamente raggiunti entro i tempi previsti dai rispettivi Piani, ma la maggior parte di essi conserva inalterata la propria validità e dovrà perciò essere assunta all'interno del nuovo PAL.

### Sostenibilità economica

L'attuale, delicata fase economico-finanziaria non sarà di breve durata. L'aumento demografico, l'evoluzione dei bisogni, la continua ed esponenziale innovazione tecnologica, il sempre crescente assioma consumi/benessere, impattano pesantemente sull'andamento dei costi e dei risultati

economici delle Aziende sanitarie. A ciò si aggiunge un contesto locale che non ha ancora pienamente assorbito ed assestato i costi di start-up dei nuovi ospedali.

Il dovere di rispettare le compatibilità finanziarie chiede azioni sinergiche su più versanti quali:

superamento delle frammentazioni nei sistemi di erogazione dell'assistenza, concentrazione delle attenzioni e dell'impegno sulle aree di spesa ritenute eccessive (uso sproporzionato degli ospedali, consumo prestazioni ambulatoriali, interventi non supportati da chiare evidenze scientifiche, ...), affinamento della previsione e delle verifiche nel tempo sulle ricadute economiche di innovazioni e investimenti, perfezionamento mirato di modalità e strumenti atti a sostenere l'attuazione dei processi di cambiamento.

### Direttrici da seguire

Riconducendo ad estrema sintesi le coordinate entro cui dovrà collocarsi il nuovo Piano, le espressioni utilizzabili sono tre; "sistema a rete", "integrazione", "centralità del territorio". Da qui discendono le direttrici da seguire, molte delle quali già anticipate nell'Atto di indirizzo:

#### • Rete ospedaliera

rivedere la consistenza, i rapporti, gli specifici contenuti della rete ospedaliera provinciale e di ogni singolo stabilimento, a partire da Policlinico e Baggiovara.

Attraverso l'eliminazione di duplicazioni e ridondanze e la riduzione/conversione/ spostamento di funzioni e posti letto, dovranno essere riconfigurate le vocazioni di unità operative e stabilimenti, riservando una particolare attenzione a:

- riequilibrio posti letto di lungodegenza/riabilitazione,
- organizzazione interna per intensità di cura/assistenza e per percorsi;
- introduzione ambiti di attività a direzione infermieristica,

- sviluppo attività in assenza di ricovero e potenziamento circolazione specialisti sul territorio.

#### • Centralità del territorio

Riservare una attenzione prioritaria, sia sotto il profilo organizzativo che in particolare delle risorse, a tutte le tematiche proprie della competenza territoriale. Il che significa spostare risorse dal sistema ospedaliero a quello territoriale, valorizzare e rafforzare l'integrazione strategica, programmatica, operativa e finanziaria con l'insieme degli Enti Locali, potenziare le attività, le funzioni e la responsabilità del livello territoriale, su almeno due grandi filoni di lavoro:

- **percorsi di cura e assistenziali**, multidisciplinari e multiprofessionali, centrati su un ruolo primario del Medico di Medicina Generale, intesi come "modalità ordinaria" di intervento,

- **sviluppo delle cure primarie** verso "aggregazioni strutturali" dei professionisti, in grado di caratterizzarsi per visibilità (unica sede), accessibilità (ore di apertura) e polifunzionalità (dislocazione di più elevate e molteplici tipologie di risposta), fino alla realizzazione di vere e proprie "Case della Salute".

Su queste due macrotrasformazioni potranno più solidamente strutturarsi ed innovarsi le numerose funzioni e problematicità del territorio (prevenzione ed educazione sanitaria, integrazione sociale-sanitaria, salute mentale, salute infanzia/donna, assistenza domiciliare, guardia medica e codici bianchi, dimissioni protette, PUA e specialistica ambulatoriale, ...).

#### • Politica degli investimenti

Valutazione degli investimenti da realizzare, con una indispensabile approfondita riflessione interna all'intero sistema pubblico provinciale e con la Regione.

Partendo dalle operazioni più urgenti e/o produttive nel rapporto costo/

beneficio, dovranno essere elaborate apposite schede quinquennali, con l'indicazione delle priorità di intervento, quantificandone per ciascuna nel tempo sia i costi che i benefici, specie economici, perseguiti.

In parallelo a ciò dovrà inoltre essere predisposto un apposito progetto di massima atto a documentare la opportunità e la convenienza, sia economica che funzionale, della realizzazione di un "nuovo ospedale per Carpi" rispetto ad un complessivo intervento di manutenzione straordinaria dell'attuale stabilimento. Il progetto di massima dovrà essere accompagnato da precisi atti del Comune e della Fondazione di Cassa di Risparmio di Carpi da presentare alla Regione circa i rispettivi impegni finanziari in tal senso.

#### • **Integrazione con l'Università**

Il fondamentale ruolo della Università nei campi della didattica, della ricerca scientifica e della innovazione non può prescindere da una sua presenza attiva nel processo di adeguamento e crescita del Sistema Sanitario e Socio-Sanitario Modenese. E ciò in particolare sui versanti delle professionalità carenti, dei fabbisogni futuri e del rafforzamento delle funzioni didattiche in tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL.

#### • **Ascolto**

I numerosi interessanti contributi già raccolti, assieme a quelli che potranno pervenire nel corso dei lavori, dovranno essere oggetto delle necessarie attenzioni, valutazioni e approfondimenti, allo scopo di coniugare la doverosa coerenza programmatica con il miglior grado possibile di ascolto dei professionisti, delle istituzioni, della comunità.

### **Linee di indirizzo della CTSS (del 28/01/2011)**

Le linee strategiche di indirizzo definite dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria hanno riguardato la centralità del territorio, il sistema ospedaliero, il valore della prevenzione, gli investimenti, la formazione e l'integrazione con l'università e la semplificazione delle strutture di gestione.



#### **La centralità del territorio**

L'obiettivo strategico, universalmente condiviso, di collocare il territorio al centro delle attenzioni programmatiche, è stato in parte attenuato dall'andamento del confronto dialettico degli ultimi mesi, fortemente concentrato sul tema ospedali.

In coerenza con le linee già tracciate (spostamento di attività, risorse, responsabilità e funzioni dal sistema ospedaliero a quello territoriale; ruolo primario dei Medici di Medicina Generale e sviluppo delle Cure Primarie; percorsi di cura ed assistenziali; ...), tale obiettivo dovrà perciò assumere precise connotazioni di concretezza operativa, specie per quanto concerne i più importanti elementi ritenuti nodali:

- realizzazione delle previste aggregazioni strutturali degli ambulatori di medicina generale da attuarsi, se pur progressivamente, su tutto il territorio provinciale, senza che

ciò comporti l'assenza dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta nelle frazioni;

- creazione delle Case della Salute circa le quali dovranno essere precisati il numero, le localizzazioni, gli specifici diversi contenuti in ragione del contesto;
- ripensamento del servizio di Continuità Assistenziale (guardia medica), sia per quanto concerne l'innalzamento dei livelli di appropriatezza/efficienza/efficacia assistenziale che in direzione di un effettivo contrasto all'abuso di accessi impropri ai servizi ospedalieri di pronto soccorso;
- valorizzazione dei percorsi di cura-assistenza che attraversano i sistemi ospedale/sanità territoriale/socio-sanitario/sociale, anche sotto il profilo delle gerarchie di ruolo/responsabilità all'interno dell'AUSL e dei relativi strumenti di lavoro, enfatizzando la collaborazione con gli enti locali specie per quanto concerne l'integrazione con il sociale e il socio sanitario;
- progressivo trasferimento alla competenza territoriale di tutte le attività/funzioni oggi affidate al sistema ospedaliero ove le componenti assistenziale, tecnico-professionale e/o di nursing prevalgano su quelle più propriamente mediche (es. hospice, lungodegenza), sperimentando in tale contesto l'affidamento delle direzioni organizzative a personale infermieristico.

Assieme a ciò un accurato monitoraggio dei servizi territoriali per verificarne, in termini di qualità ed efficienza, la ricaduta sulle aree interessate e per migliorarne la performance complessiva.

#### **Il sistema ospedaliero**

L'esigenza di "rivedere la consistenza, i rapporti, gli specifici contenuti della rete ospedaliera provinciale e di ogni singolo stabilimento, a partire da Policlinico e Baggiovara" non costituisce un obiettivo di contenimento/riduzione di un sistema ospedaliero ampio e qualificato ma al contrario, in

parallelo ed in stretto coordinamento/integrazione con il potenziamento e l'innovazione del territorio, rappresenta sia una doverosa risposta al continuo cambiamento della domanda e delle modalità di erogazione dei servizi che soprattutto una formidabile occasione di ulteriore sviluppo e crescita sui terreni della complessità e dell'eccellenza clinica. Ed è per queste ragioni che il ripensamento deve essere effettuato con determinazione, lungimiranza, coerenza e senza timidezze.

Uno dei punti di snodo più significativi è rappresentato dall'integrazione Policlinico-Baggiovara da cui fortemente dipendono qualità, gestibilità ed equilibrio di tutta la rete. In particolare si è chiamati a valorizzare le missioni già definite dei due stabilimenti ospedalieri (si veda nel dettaglio le nuove missioni a pag. 46):

- oncologico, con l'insieme delle specialità chirurgiche a tale funzione finalizzate, e materno-infantile per il Policlinico;
- traumatologico per Baggiovara, relativamente al quale è necessario stabilire se siano utili ulteriori implementazioni di funzioni.

Alle molte azioni già individuate se ne dovranno aggiungere altre atte a portare fino in fondo tutti i possibili processi di unificazione, accorpamento, semplificazione, interdipendenza, ..., specie in quelle aree, a partire dall'emergenza urgenza, ove più forti sono state le sollecitazioni, i quesiti e le proposte (medicina, chirurgia, cardiologia, lungodegenze, ...).

Una particolare attenzione va poi dedicata al tema delle aree. Il raccordo organizzativo, clinico e di servizio tra strutture limitrofe, in corrispondenza della oggettiva articolazione della nostra provincia (nord-centro-sud), può sviluppare qualificazioni, semplificazioni e collaborazioni estremamente interessanti anche perché una analogia impostazione sui versanti della prevenzione, dell'assistenza distrettuale e dell'integrazione sociale e sanitaria sarebbe destinata a facilitare, pur sempre

nel quadro della doverosa unitarietà aziendale, le esigenze di trasversalità ed un più istintivo sviluppo delle necessarie sinergie interistituzionali con il territorio.

All'interno di questo quadro il tema dell'Ospedale di Carpi assume una ulteriore specificità sia per quanto concerne il dovere di consolidarlo e rafforzarlo nella sua natura di terzo polo della provincia, sia rispetto alle valutazioni di opportunità e convenienza circa la realizzazione di una nuova struttura. Determinanti a sostegno di tale ipotesi dovranno essere i precisi impegni in tal senso del Comune e della Fondazione Cassa di Risparmio di Carpi, già richiamati nel documento di indirizzo del 14/10/2010.

### **Il valore della prevenzione**

Attraverso un seppur sintetico ma incisivo richiamo all'Atto di Indirizzo e Coordinamento Triennale 2009-2011, l'Ufficio di Presidenza della CTSS ha poi voluto sottolineare il valore e l'importanza della prevenzione, sia collettiva (inquinamento, viabilità, trasporti, sicurezza stradale – sul lavoro – domestica) che individuale (stili di vita e patologie prevalenti, eventi infortunistici, nuove patologie, ...), in termini di equità sociale ed oggettiva efficacia anche economica degli interventi. In queste aree, l'impegno delle aziende sanitarie e degli enti locali, unitamente all'articolato mondo degli altri soggetti coinvolti (imprese, scuola, volontariato...), deve assumere un più preciso ed adeguato rilievo operativo.

### **Gli investimenti**

La consistenza e la complessità del percorso su cui ci si sta incamminando assieme al noto quadro delle risorse disponibili, impongono come già detto la redazione congiunta e condivisa da parte dell'Azienda USL e dell'Azienda Policlinico/Università, di un unico piano poliennale degli investimenti, corredato dalle relative schede di dettaglio, ove la sequenza delle priorità dovrà essere determinata

dai livelli di indispensabilità/urgenza e/o dalla produttività delle scelte nel rapporto costo/beneficio. Tale piano dovrà anche prevedere l'eventuale ridefinizione di scelte già approvate a fronte di politiche di razionalizzazione e qualificazione di strutture.

### **La formazione e l'integrazione con l'Università**

Le odierne difficoltà circa la carenza di numerose figure professionali, mediche e non, sembrano destinate ad aumentare in modo esponenziale. Aumentano i settori in sofferenza e tra questi una particolare preoccupazione riguarda l'area dell'assistenza territoriale (MMG e Pediatri) ove la presenza di professionisti qualificati nella tutela della salute individuale e collettiva e come leaders dell'integrazione rappresenta un fattore imprescindibile del processo di innovazione. Un ruolo attivo dell'Università nel percorso di adeguamento e crescita del sistema sanitario e socio-sanitario modenese, riveste quindi un rilievo determinante specie per quanto concerne le professioni carenti di nuove figure professionali, quali il medico del territorio. Il rafforzamento delle funzioni didattiche in tutte le strutture ospedaliere e territoriali dell'Azienda USL costituisce per tutti quanto meno una opportunità da non sprecare.

### **La semplificazione delle strutture di gestione**

Vanno riprese e rivisitate tutte le proposte avanzate dal gruppo di lavoro costituito, per ridurre i costi di gestione delle strutture. Tutto ciò che è possibile unificare per ridurre i costi di gestione va adottato, ed in particolare, nonostante alcune complessità espresse, è necessario definire l'agenda delle azioni ed i tempi di realizzazione.



gli scenari e i principi generali

## 1.1 LO SCENARIO EPIDEMIOLOGICO FUTURO

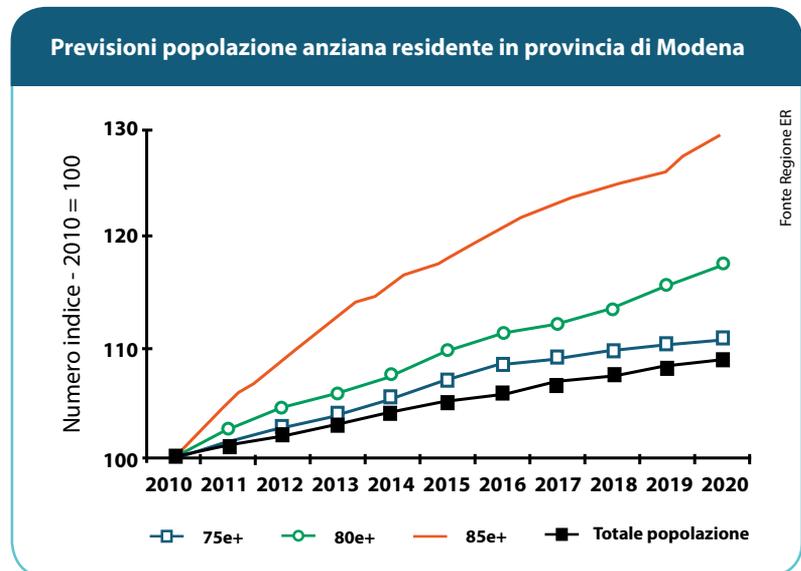
In questa prima parte del documento vengono sintetizzati i mutamenti demografici che la popolazione modenese subirà nel prossimo decennio, sulla base delle ipotesi ad oggi più plausibili in base ai dati forniti dalla regione Emilia Romagna. Esse vanno considerate come l'esito delle tendenze attualmente in atto, che potrebbero modificarsi in caso di mutamenti oggi non previsti, come ad esempio gli effetti dell'attuale crisi economica che sta iniziando ad avere ripercussioni sulla società anche dal punto di vista epidemiologico.

Nei prossimi anni la popolazione modenese continuerà ad aumentare, principalmente per effetto dei flussi migratori sia dall'Italia che dall'estero, anche se più lentamente che nel decennio passato. Grazie all'aumento delle nascite il saldo naturale (differenza fra numero dei nati e dei morti) da alcuni anni è infatti tornato positivo. Nei prossimi 10 anni la popolazione modenese dovrebbe crescere di circa 60.000 unità, con un aumento percentualmente più deciso per i giovani fra 0 e 14 anni, rispetto agli ultra sessantacinquenni e alla popolazione in età lavorativa. Ciò comporterà un lieve aumento dell'indice di dipendenza (il rapporto fra la popolazione in età lavorativa e la restante parte) che passerebbe dal 53% al 55%.

Di particolare importanza è il movimento della popolazione anziana: infatti l'aumento sopra segnalato è diversamente ripartito fra le classi di età e in proporzione molto maggiore per i più anziani: gli ultraottantacinquenni dovrebbero aumentare da circa 22.000 a oltre 28.500 (+ 30%). Questo aspetto comporta notevoli ripercussioni sull'assistenza sociale e sanitaria. Si assisterà infatti ad un

Classi di età	Anno 2010	Anno 2015	Anno 2020
0-14	98.057	107.039	111.607
15-64	454.882	471.528	487.624
65 e oltre	143.580	152.008	158.117
<b>Totale</b>	<b>696.519</b>	<b>730.575</b>	<b>757.348</b>

Fonte Regione ER



considerevole aumento della prevalenza di persone affette da patologie cronico-degenerative. Ad esempio i pazienti colpiti da tumore, anche a causa dell'aumento dell'incidenza e del miglioramento della sopravvivenza, cresceranno a 45-50.000 unità, il 6-7% della popolazione totale. Analogamente ci si deve attendere un aumento delle persone in cattivo stato di salute: infatti le persone che

dichiarano di stare male alle indagini statistiche crescono in modo significativo dopo i 65-70 anni di età e sono più del 20% fra gli ultraottantenni.

Il fenomeno potrà essere meno sensibile per quanto riguarda la disabilità: si prevede infatti un lieve miglioramento dello stato generale di salute della popolazione ultrasessantacinquenne, per cui il numero di disabili

### Previsioni popolazione con almeno una forma di disabilità in provincia di Modena

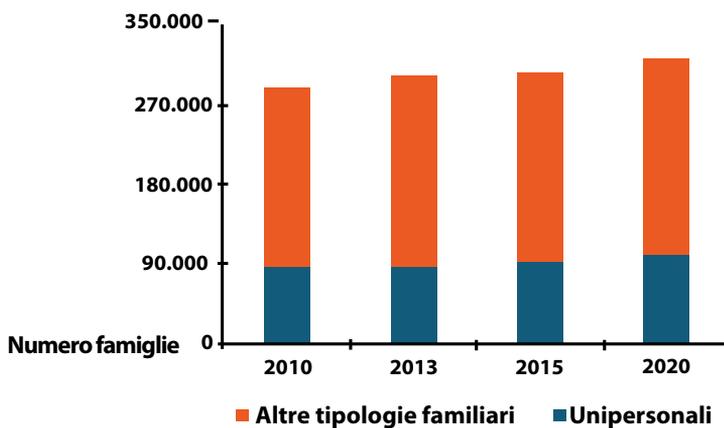
Classi di età	Anno 2010	Anno 2015	Anno 2020
65-74	3.690	3.586	3.748
75-84	9.317	9.236	9.118
85e+	10.559	12.143	13.193
<b>Totale 65 e + disabili</b>	<b>23.566</b>	<b>24.965</b>	<b>26.059</b>
<b>A rischio disabilità 65 e +</b>	<b>22.500</b>	<b>24.000</b>	<b>24.500</b>

Fonte Regione ER

fra i 65-84 anni resterà sostanzialmente stabile, a fronte di un aumento del 6-7% di tale popolazione. Peraltro i disabili ultra-ottantacinquenni aumenteranno, ancorché la prevalenza di tale condizione in quella fascia di età si prevede cali lievemente dal 47,5% al 46%.

In tale condizione si troveranno principalmente le donne, a causa della loro maggiore sopravvivenza ma anche della maggiore prevalenza di malattie invalidanti. Questo aspetto sottintende un maggior bisogno assistenziale futuro, cui potranno probabilmente fare fronte in misura minore rispetto al passato le famiglie, di dimensioni sempre più ridotte, come testimonia l'aumento delle famiglie unipersonali, che passeranno da 86 mila del 2010 a 102 mila del 2020 (dal 29,3% del totale delle famiglie al 31,4%).

### Previsioni famiglie residenti in provincia di Modena



Fonte Regione ER

## 1.2 LE CRITICITÀ ESISTENTI

Nel corso della definizione del nuovo Piano Attuativo Locale sono state analizzate e messe in evidenza alcune criticità del sistema sanitario modenese da cui si è partiti per la definizione della nuova programmazione. Esse riguardano la rete ospedaliera, quella territoriale, gli investimenti e le tecnologie e il governo del sistema. In generale esse rispecchiano criticità presenti anche in altre realtà territoriali.

### Rete ospedaliera

- La prima criticità riguarda la frammentazione dell'offerta in un numero elevato di strutture ospedaliere che in alcuni casi ha comportato una non chiara definizione delle missioni delle strutture ospedaliere e anche delle unità operative. E questo implica un problema legato alla sicurezza dei pazienti, in quanto interventi critici possono essere effettuati solo in strutture che garantiscano elevati standard di sicurezza;
- Esiste un problema di duplicazione di alcune discipline fra le diverse strutture provinciali e anche nell'organizzazione dei servizi fra le aziende sanitarie, in particolare per quanto concerne i processi di unificazione e integrazione previsti nella precedente programmazione;
- È presente un problema di sbilanciamento dei posti letto per acuti, ciò è particolarmente evidente in alcune aree come quella chirurgica e di terapia intensiva rispetto all'area della lungodegenza/riabilitazione. Tale situazione determina difficoltà alla periferizzazione del paziente centralizzato (sia dagli ospedali hub alla rete sia dalla rete alla domiciliarità) con allungamenti delle degenze nei reparti medici e chirurgici;
- Altre criticità riguardano l'organizzazione dell'area cardiologica con un possibile migliore utilizzo delle strut-

ture stesse, come ad esempio le UTIC, eliminando le duplicazioni e la quota di interventi non appropriati effettuati nelle strutture della nostra provincia;

- A livello materno infantile va sottolineato come dei 5 punti nascita della provincia solo tre superano i mille parti (Policlinico, Carpi e Sassuolo). Pavullo e Mirandola restano al di sotto degli standard previsti anche dalla nuova normativa nazionale per poter disporre di un'adeguata sicurezza assistenziale;
- Esiste una insufficiente integrazione dei sistemi informativi provinciali ospedalieri e territoriali, non garantendo in modo completo le necessità legate agli aspetti clinici, gestionali e organizzativi;
- Infine, riportando le risorse impiegate nella rete ospedaliera modenese rispetto all'utilizzo della degenza ospedaliera - che è inferiore alla media regionale, si osserva un generale problema di efficienza della rete ospedaliera.

### Assistenza territoriale

- In questo ambito si osserva innanzitutto una insufficiente attenzione dei professionisti e del contesto generale rispetto al ruolo strategico del territorio, che si unisce ad una più generale difficoltà delle cure primarie ad acquisire un ruolo guida e di coordinamento strategico nell'ambito del sistema sanitario;
- Altro elemento riguarda la cultura del cittadino ancora oggi molto orientata a ricercare risposte ridondanti, tipicamente specialistiche, al proprio bisogno e che spesso risultano deresponsabilizzanti rispetto ai propri stili di vita;
- Esiste una scarsa integrazione degli ospedali nei percorsi territoriali e una scarsa attenzione ai temi di governo clinico e dell'appropriatezza, con una variabilità nell'utilizzo delle risorse e negli esiti dei processi assistenziali;
- Esiste una difficile gestione delle richieste ambulatoriali urgenti e del loro governo e una sistematica in-

capacità dell'offerta a fare fronte al costante incremento della domanda di prestazioni;

- Altro elemento riguarda l'accesso al sistema, la continuità assistenziale e la burocratizzazione dei percorsi amministrativi. Esiste spazio per consolidare e migliorare le modalità per garantire la continuità di cura e di assistenza al momento della dimissione del paziente dall'ospedale, partendo dall'identificazione dei pazienti a rischio di dimissione difficile al momento del ricovero;
- Esiste una dispersione dei punti di erogazione con una conseguente frammentazione del percorso clinico, con una variabilità a livello territoriale della rete dell'offerta. Se da un lato in questi anni sono stati sviluppati alcuni percorsi assistenziali, dall'altro non è stato sistematicamente perseguito un approccio globale al problema dei percorsi assistenziali che mancano a volte di un'interfaccia organizzativa e gestionale;
- Per quanto riguarda l'ambito delle cure intermedie esistono criticità relative alla rete dell'assistenza a bassa intensità di cura in ambito ospedaliero, alla rete dell'assistenza e delle cure domiciliari, con una scarsità di posti di lungoassistenza a diversa intensità assistenziale;
- Esiste un ritardo nello sviluppo delle forme aggregative strutturate per la medicina generale che altri territori hanno già implementato, dalle associazioni più semplici alle case della salute;
- A riguardo delle gravi cronicità nell'infanzia e nell'età evolutiva, la presa in carico sul territorio risulta essere ancora insufficiente per gestire bambini con patologie complesse sia all'interno dell'ospedale tra la Terapia Intensiva Neonatale e la pediatria, che tra l'ospedale e il territorio.

### Investimenti e tecnologie

- Una delle criticità emerse nel corso degli anni è stata la scarsa collabo-

razione fra le due aziende sanitarie nella programmazione e gestione degli investimenti a livello provinciale.

### Governo del sistema

- In questo ambito il primo elemento è lo scarso livello di coordinamento delle attività tra l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria che avrebbe potuto portare a maggiori sinergie sui percorsi assistenziali dei pazienti e sull'organizzazione delle due aziende sanitarie;
- I diversi flussi informativi non sembrano rientrare in una logica comune fra le diverse strutture sanitarie provinciali, presentando scarse interazioni reciproche e con responsabilità parcellizzate su singoli elementi dei flussi e sul controllo degli stessi;
- All'interno dell'organizzazione aziendale i dipartimenti non sempre si sono rivelati uno strumento gestionale adeguato alle necessità e assieme a ciò non risultano ancora chiaramente definiti il ruolo e la funzione dei programmi di coordinamento delle diverse articolazioni aziendali, per problematiche di tipo clinico-assistenziale trasversali;
- Anche l'area amministrativa sembra presentare margini di miglioramento sia in termini di sinergie fra i diversi uffici, sia in termini di razionalizzazione dei processi, evitando la ripetizione di attività simili;
- Infine, la formazione non ha rappresentato sino in fondo una leva strategica per il miglioramento clinico e organizzativo, con un limitato controllo da parte dei direttori delle unità operative sia in termini di indirizzo della formazione verso i propri collaboratori sia in termini di ricadute assistenziali.



## 1.3 I PRINCIPI GENERALI

I **principi generali** di cui si è tenuto conto nella definizione della programmazione sono stati la sicurezza, l'appropriatezza, l'equità, l'efficienza e la sostenibilità economica.



### Sicurezza

Il criterio guida adottato nelle scelte che riguardano il futuro del sistema sanitario modenese è la sicurezza dei pazienti e degli operatori che lavorano nel sistema. La qualità delle cure non può prescindere dalla sistematica adozione di strategie finalizzate a garantire affrontando e governando in modo integrato i diversi aspetti relativi alla sicurezza degli ambienti, delle tecnologie e delle prestazioni. La gestione del rischio è infatti un processo complesso che le aziende sanitarie devono rendere sistematico e sistemico ricomponendo in un modello integrato attività esercitate da soggetti diversi, ma tutte finalizzate alla promozione della sicurezza. La gestione del rischio, intesa come approccio sistemico di indagine e di controllo delle determinanti strutturali, tecnologiche, umane ed organizzative degli eventi avversi che possono verificarsi all'interno di sistemi complessi come quelli sanitari, si esplica attra-

verso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi, la definizione di azioni di miglioramento al fine di ridurre la "rischiosità" del sistema, l'emanazione di raccomandazioni e le strategie di formazione.

### Appropriatezza

L'appropriatezza sintetizza l'insieme di comportamenti che gli operatori sanitari devono mettere in atto per migliorare la qualità dell'assistenza verso i cittadini, sani e malati. È un termine che riassume la ricerca sistematica di prestazioni e servizi efficaci, l'ottimizzazione del rapporto tra costi e interventi sanitari, la definizione di priorità eque ed eticamente giustificate in ambito assistenziale. L'appropriatezza può essere declinata da un punto di vista clinico e organizzativo. Clinicamente un intervento sanitario è appropriato quando è di dimostrata efficacia e viene erogato al paziente giusto, nel momento giusto e per la giusta durata e gli effetti sfavorevoli sono accettabili rispetto ai benefici. Un intervento è appropriato dal punto di vista organizzativo se viene erogato utilizzando un'adeguata quantità di risorse, con particolare riferimento al setting assistenziale e ai professionisti coinvolti. Un esempio è quello degli interventi chirurgici erogati in day surgery invece che in chirurgia tradizionale.

### Equità

Anche se negli ultimi decenni la salute dei cittadini nella nostra realtà e nei Paesi sviluppati è andata progressivamente migliorando grazie ai positivi mutamenti delle condizioni di vita e ai progressi dei sistemi sanitari, permangono e stanno crescendo problematiche legate alle disuguaglianze di salute e alle possibilità di accesso alle prestazioni erogate dai servizi sanitari. E questo avviene anche nella nostra rete provinciale, così come altre realtà regionali e nazionali. Il ruolo dello svantaggio sociale nel determinare

differenze di salute è stato studiato e da tempo riconosciuto e gli esperti concordano nel ritenere che nessun fattore di rischio biologico, considerato singolarmente, ha sulla salute una influenza paragonabile a quella dello svantaggio economico-culturale. Nei prossimi anni le disuguaglianze di salute tenderanno ad approfondirsi, in relazione a fenomeni come la crisi economica e occupazionale, l'indebolimento del sistema di welfare e delle reti familiari. Accanto al disegno di interventi in grado di dare risposte appropriate ai gruppi di popolazione che presentano maggiori bisogni, altre possibili risposte riguardano la possibilità di accedere ai servizi maggiormente utilizzati dai cittadini in luoghi vicini al loro domicilio.

### Efficienza e sostenibilità economica

Con il principio di efficienza si introduce il concetto di effettuare le scelte in condizioni di risorse limitate. Questo implica che ogni decisione o azione che viene presa all'interno del sistema sanitario e sociale deve essere misurata in termini della migliore alternativa che si sarebbe potuta ottenere con le stesse risorse. In termini economici questo viene definito costo-opportunità, ed esprime i benefici sui pazienti che si sarebbero potuti ottenere utilizzando le stesse risorse in altro modo. Il concetto di efficienza si ricollega a quello della sostenibilità economica, in quanto solo un sistema efficiente riesce anche ad essere sostenibile dal punto di vista economico, soprattutto in un momento di crisi economica come quello attuale. Tutte le scelte fatte nella futura programmazione dovranno dimostrare di essere sostenibili dal punto di vista economico, considerando i costi di breve, medio e lungo termine.



il sistema di governo

Prima di descrivere le azioni legate alla nuova programmazione delle attività assistenziali, in questo capitolo si vogliono presentare le proposte inerenti il nuovo sistema di governo della sanità modenese.

Lo scenario in cui si colloca l'attuale programmazione è certamente uno dei più complessi dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale, registrando da un lato un aumento del numero e della complessità dei bisogni accompagnato da un aumento dell'offerta di nuove tecnologie e dall'altro una diminuzione delle risorse disponibili da dedicare alla gestione e agli investimenti. Tutto questo mentre si sta verificando un progressivo indebolimento dell'istituzione familiare che vede crescere in modo importante le famiglie mononucleari e una forte precarizzazione del lavoro e delle disuguaglianze sociali. Negli ultimi dieci anni il sistema sanitario modenese ha visto un grande impegno per lo sviluppo della parte ospedaliera, mentre l'obiettivo primario della prossima programmazione è quello di dare un maggiore spazio alla parte territoriale del sistema e alle politiche di promozione della salute. Questo permetterà di fornire risposte più appropriate e più vicine ai bisogni dei cittadini, con una organizzazione più flessibile e in grado di rispondere in modo più efficace, efficiente e in tempi più rapidi ai bisogni della popolazione modenese.

L'evoluzione sempre più rapida dei bisogni dei cittadini dovrà portare ad un sistema di programmazione fortemente integrato a livello provinciale e responsabilizzante delle diverse strutture operanti sul territorio, con un sistema esplicito di valutazione dei risultati ottenuti che si basi non più sui servizi erogati, ma sui percorsi di cura. Questo implica l'adozione di strumenti di analisi e misurazione dei bisogni condivisi fra i diversi attori del sistema e in grado di leggere la complessità delle problematiche espresse dai cittadini. Accanto a questo è necessaria una maggiore capacità nell'offrire soluzioni

innovative in tempi rapidi prima ancora che si verifichino disequilibri organizzativi, assistenziali ed economici in specifiche aree assistenziali.

### Tre macroaree assistenziali

La prima innovazione riguarda la definizione di tre macroaree assistenziali - **Nord (Carpi e Mirandola), Centro (Modena e Castelfranco) e Sud (Sassuolo, Vignola e Pavullo)** - attraverso cui organizzare i servizi clinici e di supporto del sistema sanitario modenese. Obiettivo di fondo è quello di **avvicinare i servizi maggiormente utilizzati ai cittadini**: nell'area di riferimento i cittadini devono trovare le risposte ai bisogni maggiormente diffusi e di bassa e media complessità, mentre quelli di alta complessità - che richiedono elevati livelli di competenza tecnica e di sicurezza - trovano risposta nei centri hub provinciali, di area vasta o regionali. Questo nuovo disegno porta ad una nuova organizzazione dell'Azienda USL a partire dai servizi a livello territoriale e ospedaliero e dei servizi amministrativi, tecnici e logistici. Il Distretto rimane l'articolazione del governo territoriale e il luogo della formulazione della committenza. Con la definizione delle tre aree si avvia tuttavia un percorso che porterà ad una nuova governance organizzativa che vedrà una sempre maggiore integrazione tra le direzioni distrettuali afferenti all'area per rendere più efficiente ed efficace l'attività di committenza e valutazione dei percorsi assistenziali. A tal fine viene individuato sin da subito un coordinatore fra i direttori di distretto che appartengono alla stessa area.

Sia l'organizzazione delle direzioni ospedaliere, che quelle del dipartimento di cure primarie e degli altri dipartimenti territoriali terranno conto della nuova organizzazione.

Nel disegno della nuova organizzazione si tiene conto delle specificità legate al territorio della montagna, sia nell'ambito dei servizi territoriali, che di quelli ospedalieri e dell'emergenza e urgenza.

### Un osservatorio provinciale della programmazione

La necessità di garanzia del raggiungimento certo degli obiettivi di sicurezza, efficacia, appropriatezza ed efficienza rende necessaria la istituzione di un osservatorio provinciale della programmazione, **con il compito monitorare le risposte del sistema provinciale e valutare il livello di raggiungimento degli obiettivi** posti dal Piano Attuativo Locale in accordo con il Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR). Tale Osservatorio è coordinato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale ed è realizzato attraverso il concorso delle Aziende Sanitarie, Sassuolo S.p.A. e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia. Fra gli strumenti adottati per "rendere conto" ai cittadini delle azioni svolte dal sistema, vi sono un **sistema di reportistica integrato** e una **rendicontazione periodica** che monitori in modo trasparente e tempestivo le risorse impiegate e gli esiti sulla salute e sul benessere dei cittadini, al fine di valutare annualmente il livello di raggiungimento degli obiettivi posti dalla programmazione regionale e locale. Questa deve avvenire sotto diverse forme fra cui:

- una rendicontazione sullo **stato di attuazione della programmazione** e in specifico del Piano Attuativo Locale;
- un **bilancio di missione sanitario provinciale**;
- una **rendicontazione dello stato di attuazione degli investimenti**.

### Le articolazioni organizzative a supporto della rete dei servizi

Uno dei principi riconfermati nel disegno della rete assistenziale è quello della rete hub & spoke. Accanto a questo elemento si prevede la creazione di percorsi trasversali al sistema ospedaliero e territoriale di tipo multidisciplinare e multiprofessionale riferiti alla complessità dei bisogni della persona, non solo sanitari, a partire dalla

cronicità, dai casi multiproblematici e dalla lungoaassistenza.

Fra gli strumenti previsti anche dalla normativa regionale si prevedono strutture a livello provinciale fra cui i dipartimenti interaziendali - come quello dell'emergenza-urgenza - e i programmi provinciali interaziendali. Oltre a questi sono previsti i percorsi clinico assistenziali su specifici argomenti clinici.

• **Dipartimenti interaziendali**, di cui il primo è quello dell'emergenza-urgenza, aventi il compito di integrare i percorsi fra le strutture delle Aziende Sanitarie, fra cui Policlinico e Baggiogiovara, e verificare l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse assistenziali e ottenere una migliore gestione della risorsa posto letto per i ricoveri urgenti da Pronto Soccorso;

• **Programmi provinciali**: aventi il compito di coordinare, le attività a livello provinciale (ospedaliero e territoriale) su target di popolazione specifici e prevedono un unico responsabile formalmente individuato a supporto delle direzioni sanitarie delle aziende coinvolte. Il programma deve fornire il monitoraggio e la valutazione degli indicatori di salute e dei percorsi assistenziali di riferimento per consentire alle direzioni aziendali le scelte di programmazione, integrati con i temi del governo clinico, della sicurezza e della formazione. Infine i **percorsi clinico-assistenziali** quali articolazioni del programma o comunque quali strumenti di gestione di patologie rilevanti (croniche e ad alta incidenza e/o complessità) per percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio con la garanzia della continuità assistenziale.

Fra i diversi programmi provinciali si evidenziano:

- il programma materno-infantile;
- il programma oncologico;
- il programma cardiologico;
- il programma riabilitativo;
- il programma anziani.

### **Integrazione Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico**

Al fine di rispondere in modo chiaro ad una delle principali criticità emerse nel corso degli anni inerente allo scarso coordinamento fra le due aziende sanitarie sono state messe in atto diverse soluzioni che spingono verso una maggiore integrazione delle stesse con l'obiettivo di portare benefici sia di tipo assistenziale evitando inutili duplicazioni, sia di tipo economico generando economie di scala e di scopo nella gestione dei processi. Fra i principali elementi vi è la creazione di un **Presidio Unico Provinciale Interaziendale**, ossia un coordinamento provinciale interaziendale delle direzioni sanitarie dei diversi ospedali della provincia, inclusa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena e Sassuolo SpA e il suddetto Dipartimento Emergenza-Urgenza.

### **Un sistema informativo integrato**

Elemento essenziale per garantire ai cittadini risposte appropriate ed efficienti in modo rapido, è la creazione di un sistema informativo clinico integrato fra i diversi attori provinciali che permetta un passaggio delle informazioni con una visione integrata dei bisogni e delle risposte fornite. L'obiettivo è quello di avere una reale comunicazione fra le diverse parti del sistema sia a livello della rete ospedaliera, sia fra la parte ospedaliera e territoriale, sia fra le diverse strutture territoriali. Si dovrebbe inoltre studiare la fattibilità di una integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali per i target di popolazione in cui insistono risposte integrate sociali e sanitarie (es. anziani, disabili).

### **Un sistema integrato dei servizi amministrativi, tecnici e di supporto**

La necessità di concentrare l'attenzione sui servizi clinici, impone la ricerca della massima efficienza nei servizi non direttamente legati al paziente. In questo senso viene definito un sistema inte-

grato di servizi amministrativi, tecnici e di supporto che vede l'integrazione degli stessi, con la centralizzazione dei servizi generali aziendali e l'integrazione/unificazione dei servizi di supporto fra Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico. Altro elemento chiave è quello della costante ricerca verso l'eliminazione della burocrazia inutile che disperde risorse che possono essere dedicate ai pazienti dal punto di vista delle aziende sanitarie e fa perdere tempo e risorse ai singoli cittadini e famiglie.

### **Valorizzazione professioni infermieristiche e tecnico sanitarie**

Elemento chiave del futuro è la gestione del sistema delle professioni e dei nuovi ruoli professionali attraverso la piena valorizzazione delle professioni infermieristiche e tecnico-sanitarie, così come è già avvenuto in molte altre nazioni, proponendo una qualificazione assistenziale della risposta ai bisogni del cittadino. Le attuali competenze offrono opportunità di revisione di ruolo nell'organizzazione dei sistemi aziendali, con il riferimento a modelli organizzativo-assistenziali centrati sull'utenza e dove ogni operatore è in grado di esprimere la propria specificità professionale. Questo avverrà sia a livello ospedaliero, attraverso ad esempio la definizione di unità operative a conduzione infermieristica o con i nuovi modelli gestionali basati sull'intensità assistenziale, sia a livello territoriale con un più ampio ruolo di questi professionisti nelle attività legate alla gestione delle cronicità e alla promozione del benessere.

### **Razionalizzazione delle sedi dei servizi**

A livello territoriale è prevista la **revisione dell'attuale struttura delle sedi** fisiche aziendali, al fine di accorpate servizi che attualmente risultano sparsi sul territorio con un impiego poco efficiente delle strutture e anche del personale. Tale concentrazione va intesa come elemento di facilitazione alla

integrazione, accessibilità e unitarietà della cura e assistenza. La costruzione delle Case della salute sia a livello di sedi distrettuali, sia di quelle minori nei piccoli comuni, possono rappresentare una opportunità in questo senso, in quanto possono esservi aggregati diversi servizi all'utenza. In questo settore fra le azioni previste vi è la realizzazione di un **piano provinciale della logistica e dei trasporti** delle persone e dei materiali per l'ottimizzazione dei percorsi interni ed esterni alle aziende sanitarie.

### **Sistema integrato di gestione strategica delle risorse umane**

Nell'ambito dei servizi alla persona le risorse umane rappresentano l'elemento più sensibile che condiziona in modo importante la qualità dei servizi erogati. Si prevede quindi la costruzione nelle diverse aziende sanitarie di un **sistema avanzato di gestione strategica delle risorse umane** comprensivo della valutazione dei fabbisogni, delle competenze, delle performance e la valutazione del potenziale individuale rappresentato dalle esigenze attuali e future.

### **Un sistema integrato per la valutazione degli investimenti**

È prevista l'adozione di un **percorso condiviso fra le aziende sanitarie sulle modalità di analisi dei bisogni, di valutazione e adozione degli investimenti**. Questo al fine di rispondere in modo più adeguato, tempestivo e certo alle priorità espresse dai cittadini. Sempre per rispondere a queste esigenze le Aziende sanitarie modenesi valuteranno l'implementazione in forma sperimentale una nuova modalità di centralizzazione delle donazioni oltre una soglia predefinita erogate da privati cittadini, associazioni e fondazioni a favore del sistema sanitario provinciale, per far sì che siano finanziati primariamente progetti ritenuti altamente prioritari per il benessere dei cittadini.

### **Rapporti con volontariato**

Il volontariato e il terzo settore rappresentano un **elemento fondamentale della rete** di welfare provinciale, con un contributo importante alle attività legate alla prevenzione e mantenimento del benessere dei cittadini e alle reti cliniche integrate, all'assistenza territoriale e ospedaliera. La loro collaborazione con le aziende sanitarie favorisce il riconoscimento della centralità del cittadino, titolare del diritto alla salute, nella programmazione, gestione e valutazione del "sistema salute". In futuro saranno definiti rapporti maggiormente strutturati tra aziende sanitarie e volontariato/terzo settore attraverso meccanismi di dialogo e confronto anche sulla programmazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali, anche al fine di identificare nuove possibili aree di collaborazione e miglioramento. Questo avverrà anche attraverso lo sviluppo del ruolo dei Comitati Consultivi Misti.

### **La non autosufficienza**

L'assistenza ai pazienti non autosufficienti e alle loro famiglie rappresenta una delle priorità del sistema di welfare modenese, attraverso una adeguata dotazione di strutture residenziali e semiresidenziali con una costante attenzione al prioritario sostegno della domiciliarità con l'obiettivo di potenziare i servizi e supportare le risorse proprie di ogni persona, della rete familiare, della comunità. Per questo uno degli obiettivi è il potenziamento della rete sanitaria territoriale in stretta integrazione con la rete ospedaliera. In particolare è previsto lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata (sanitaria e sociale), l'assistenza territoriale riabilitativa, ausili e protesica e l'implementazione di percorsi specifici per le patologie croniche e invalidanti, la qualificazione delle assistenti familiari, i servizi di telecorso e teleassistenza, i ricoveri temporanei "di sollievo", il sostegno alle reti informali di solidarietà sociale. Queste attività sono supportate principalmente dal Fondo Regionale per la non autosufficienza che è finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione di una rete integrata di servizi domici-

liari e residenziali. Il programma per l'utilizzo del Fondo è basato sulle linee strategiche del Piano sociale e sanitario regionale ed è attuato attraverso il Piano attuativo annuale del benessere e della salute elaborato dall'Ufficio di Piano ed approvato dal Comitato di Distretto, in armonia con le indicazioni della Conferenza territoriale sociale e sanitaria e della Regione, e aperto al confronto e contributo delle parti sociali, del terzo settore e dell'insieme dei soggetti che erogano i servizi.

### **Rapporti con Area Vasta Emilia Nord**

Le Aziende Sanitarie individuano nell'Area Vasta Emilia Nord (che comprende Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena) la dimensione strategica ed operativa ottimale per la **programmazione integrata dei servizi e la gestione in forma unitaria di specifiche attività amministrative, tecniche, sanitarie ed assistenziali**. Le Aziende disciplinano le finalità specifiche della cooperazione tra loro nel rispetto della normativa e della programmazione regionale, perseguendo gli obiettivi previsti dalla normativa regionale, fra cui:

- promuovere efficienza e coerenza nella progettazione, organizzazione, gestione e produzione dei servizi sanitari e delle attività di formazione e ricerca;
- sviluppare azioni tese a favorire sinergie e condivisione dei processi e delle risorse delle aziende, incrementandone la qualità e promuovendo il miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa;
- ricercare ed individuare forme di razionalizzazione e contenimento della spesa mediante processi di riorganizzazione, aggregazione e centralizzazione di funzioni e servizi;
- sviluppare l'unificazione di attività amministrative e di servizi posti a supporto alle attività sanitarie;
- armonizzare programmi, atti normativi o a contenuto generale;
- attuare in maniera omogenea e coordinata gli indirizzi espressi nelle sedi istituzionali di programmazione e governo dei servizi sanitari.



i livelli assistenziali



### 3.1 PREVENZIONE, PROMOZIONE DELLA SALUTE E SANITÀ PUBBLICA

Il contesto di riferimento della sanità pubblica ha subito negli ultimi anni un profondo mutamento dovuto a numerosi fattori fra cui ricordiamo l'evoluzione del contesto sociale e sanitario che ha fatto emergere, accanto a bisogni di salute più tradizionali, nuovi bisogni e la progressiva affermazione di nuovi sistemi di responsabilizzazione delle imprese, conseguenti alla legislazione europea che ha profondamente mutato la normativa preesistente su molti temi (sicurezza alimentare, salute e sicurezza dei lavoratori ecc.), con impatto significativo sul territorio modenese.

Parallelamente si è affermata la consapevolezza della natura multifattoriale e multidimensionale della salute e del fatto che non solo i fattori di rischio, ma anche diversi determinanti (ambientali, socio-culturali, economici, comportamentali) hanno un ruolo fondamentale per le condizioni di salute e benessere dei cittadini. Si è andata pertanto sviluppando, anche sulla spinta degli indirizzi di programmazione regionale, una visione di nuova sanità pubblica tesa ad estendere l'attenzione oltre i tradizionali ambiti della prevenzione, individuando nella promozione della salute lo strumento per affrontare più efficacemente le problematiche che richiedono risposte intersettoriali e multidisciplinari.

L'esperienza dei Piani per la Salute (PPS) ha consentito di avviare un importante processo di coinvolgimento ed integrazione tra soggetti ed è confluita nel Programma Territoriale "Comunicazione e Promozione della Salute", struttura unica fra AUSL e Azienda Ospedaliera-Universitaria. L'analisi dell'esperienza ha tuttavia evidenziato anche alcune criticità, soprattutto nella "sintesi" del quadro d'insieme, che suggeriscono aggiu-

stamenti nel percorso futuro. Sulla base di tali premesse si delineano alcuni macroindirizzi strategici su cui far convergere gli obiettivi:

- i Servizi preposti alla prevenzione collettiva dovranno completare ed implementare il processo di riorientamento al nuovo contesto, sia adeguando le funzioni di vigilanza al ruolo di verifica dell'insieme dei processi realizzati dalle aziende per tutelare la salute e sicurezza, sia rafforzando l'integrazione al proprio interno e con altri soggetti deputati al controllo, sia sviluppando opportune azioni di informazione, formazione e assistenza per favorire la crescita del sistema.
- la nuova visione di sanità pubblica impone un allargamento di orizzonte che va declinato coerentemente con il quadro di riferimento, i livelli di programmazione ed i ruoli dei diversi soggetti coinvolti. La sfida dell'integrazione a tutti i livelli, necessaria per superare visioni settoriali viene riattualizzata dal recente Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 e va sostenuta sul campo, con azioni e strumenti di supporto per migliorare la funzione di governo e coordinamento, permettere a sistema informazioni e conoscenze, per rafforzare la rete dei soggetti coinvolti in un quadro coerente che valorizzi esperienze e competenze disponibili.

#### 3.1.1 La promozione della salute e l'implementazione del Piano Regionale della Prevenzione (PRP)

La promozione della salute è una delle strategie fondamentali della sanità pubblica per affrontare i determinanti che sono alla base delle principali cause di morte e di malattia, attraverso interventi non solo di eliminazione o riduzione della esposizione ai fattori di rischio ambientali o comportamentali ma anche di valorizzazione delle risorse dell'individuo e del contesto ambientale che favoriscono la salute.

È necessario quindi intervenire con un approccio intersettoriale e interdisciplinare, coniugando interventi rivolti ai singoli con interventi sul contesto sociale e ambientale.

Anche la pluriennale collaborazione con il mondo della scuola, che è una leva fondamentale per promuovere la salute nelle nuove generazioni, deve evolversi secondo linee più adeguate all'attuale contesto, ricercando modalità di intervento più efficaci e una progettualità che valorizzi maggiormente il ruolo della scuola come attore primario.

A partire dal nuovo Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 si individuano alcuni obiettivi prioritari:

- Migliorare la funzione di governo e coordinamento al fine di delineare un quadro strategico di riferimento coerente con i diversi livelli di programmazione, integrato con i Piani di Zona distrettuali per la salute e il benessere sociale, capace di una visione provinciale utile a valorizzare positive esperienze e a ottimizzare l'uso delle risorse e competenze disponibili in una logica sistemica;
- Migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi, sia attraverso azioni di messa a sistema delle potenzialità informative esistenti a supporto della programmazione e valutazione, sia rafforzando la rete dei soggetti attuatori; in tale ottica è fondamentale il ruolo che tutti i professionisti sanitari, e non solo delle discipline della prevenzione, hanno nell'indurre e sostenere il cambiamento degli stili di vita e la modifica dei comportamenti individuali;
- Privilegiare azioni finalizzate a contrastare gli effetti sulla salute delle disuguaglianze;
- Promuovere la salute coniugando in modo sinergico interventi rivolti ai singoli con azioni sul contesto di vita; il fatto che la prevalenza delle malattie croniche non accenni a diminuire, deve indurre infatti non solo ad incrementare gli sforzi per orientare i

comportamenti delle persone verso stili di vita salutari, ma anche, vista l'evidenza dell'impatto dell'ambiente

costruito sulla salute fisica e mentale delle persone, a sviluppare l'impegno per rendere l'ambiente di vita un fatto-

re determinante nel facilitare le scelte comportamentali favorevoli alla salute, a partire dalla sua progettazione.

## Migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi di prevenzione/promozione

### OBIETTIVI

Miglioramento del sistema epidemiologico e informativo a supporto della prevenzione e promozione della salute raccordando banche dati e sistemi informativi esistenti e rafforzando la rete epidemiologica in area vasta e con altri soggetti

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Integrazione dei dati di sorveglianza e i sistemi relativi alle azioni di prevenzione del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), sia di competenza diretta (malattie infettive, infortuni sul lavoro ecc.) che legati ad altri sistemi (incidenti stradali, infortuni domestici)  
Rafforzamento del ruolo di riferimento del Servizio di Epidemiologia per le sorveglianze (PASSI, PASSI d'argento, mortalità..) in AV per creare maggiore omogeneità e tempestività dei dati prodotti

Sostegno e ampliamento dei progetti di valutazione epidemiologica concordati con altri soggetti (Comune, Provincia, ARPA ecc)

Analisi sistematica e omogeneizzazione nella gestione delle principali banche dati sanitarie aziendali  
Raccordo del sistema informativo sanitario AUSL a quello dell'Azienda Ospedaliero Universitaria

Creazione di un datawarehouse aziendale per fornire agli utilizzatori dati tempestivi ed attendibili

Creazione di un coordinamento della gestione dei diversi registri epidemiologici e di patologia al fine di uniformare le metodologie e rendere fruibili i dati in modo coordinato, migliorando anche il raccordo con il Registro tumori al fine di una gestione ottimale degli screening

Tempi: 2012

### OBIETTIVI

Valutazione dell'efficacia degli interventi

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Rafforzamento delle azioni di monitoraggio dei risultati in termini di efficacia delle azioni di promozione della salute e partecipazione all'attività regionale di valutazione di efficacia degli interventi

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Coordinamento aziendale delle azioni del PRP e raccordo con gli altri livelli di programmazione regionale e locale al fine di evitare la frammentazione degli interventi

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Definizione e attuazione di un percorso di implementazione del PRP 2010-2012, basato sulla lettura dei bisogni locali, coordinato con la programmazione dei Piani di Zona per la Salute e il Benessere Sociale (PdZ)  
Promozione di iniziative ed interventi basati su evidenze di efficacia ed inseriti in una logica provinciale

Tempi: 2011

### Rafforzare la rete dei soggetti coinvolti

## OBIETTIVI

Rafforzamento della rete dei professionisti sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale MMG – referenti di nucleo, Pediatri di Libera Scelta PLS, medici competenti)

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Collaborazione con i MMG e PLS sui temi della prevenzione/ promozione della salute per la creazione di una rete provinciale di referenti

Formazione di referenti dei nuclei di cure primarie e valutazione delle attività da promuovere

Promozione della partecipazione dei medici competenti su programmi di promozione della salute al fine di sensibilizzare le fasce di popolazione più svantaggiate

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Sostegno al mondo della scuola per la realizzazione di contesti e di programmi di promozione di sani stili di vita

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sperimentazione in collaborazione con la scuola di modelli di intervento efficaci per promuovere stili di vita favorevoli alla salute e valutarne l'esito

Applicazione delle linee guida regionali per la ristorazione scolastica (diffusione, formazione personale scolastico e delle ditte di ristorazione, monitoraggio e verifica della qualità nutrizionale dei menù e dei capitolati)

Tempi: 2012

## Promuovere gli stili di vita favorevoli per la salute

Per rafforzare i rapporti di condivisione e collaborazione con le realtà territoriali, il Terzo settore e gli Enti

Locali il Gruppo Operativo deputato al coordinamento ed allo sviluppo attuativo del Programma Territoriale

“Comunicazione e Promozione della Salute”, nominato dalla CTSS, ha istituito specifici gruppi di lavoro.

## Contrastare la sedentarietà e l'insorgenza del sovrappeso e obesità

### OBIETTIVI

Promozione dell'attività motoria e della corretta alimentazione

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Diffusione tra il personale competente (progettisti, tecnici dei Comuni) delle linee guida regionali “Definizione dei contenuti igienico-sanitari degli strumenti di pianificazione territoriale in tema di: esercizio fisico, incidentalità stradale, accessibilità, verde pubblico e spazi di socializzazione”

Collaborazione con le associazioni sportive, Enti Locali e altri soggetti coinvolti, per realizzare una rete di opportunità sul territorio che favoriscano l'attività fisica (palestre sicure, ecc...)

Collaborazione con gli Enti Locali, all'interno dei PdZ, ad iniziative di prevenzione e sensibilizzazione sulla corretta alimentazione, sia generale che su target specifici, e di promozione dell'attività fisica.

Costituzione di un gruppo multidisciplinare aziendale per la definizione e lo sviluppo di azioni relative alla prescrizione dell'attività fisica

Azioni per la diffusione di alimenti nutrizionalmente equilibrati in diversi contesti (raccomandazioni per capitolati, formazione e sensibilizzazione)

Tempi: 2012

## Promuovere gli stili di vita favorevoli per la salute

### OBIETTIVI

Contrasto all'abitudine a fumo, alcol e sostanze

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sensibilizzazione della popolazione sui rischi legati a fumo, alcol e sostanze, in collaborazione con le Associazioni e tramite interventi inseriti all'interno dei PdZ dei singoli distretti

Tempi: 2011

## Promuovere la sicurezza in ambiente domestico

### OBIETTIVI

Sensibilizzazione della popolazione generale sulla potenziale pericolosità dell'ambiente domestico, con particolare riferimento ai bambini e agli anziani

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Iniziative informative sui rischi in ambito domestico, in collaborazione con altri soggetti all'interno dei PdZ (Comuni, Associazioni di volontariato, Organizzazioni sindacali, Centri sociali).  
Implementazione di programmi di attività fisica adattata, nei confronti degli anziani individuati a rischio di caduta, in collaborazione con altre istituzioni e nell'ambito dei PdZ.

Tempi: 2011



### 3.1.2 - Screening oncologici

I tre programmi di screening oncologici attivi nella AUSL di Modena sono stati organizzati e sviluppati in modo indipendente l'uno dall'altro nell'ambito delle iniziative regionali, raggiungendo standard di buona qualità. Tuttavia esistono spazi di miglioramento, soprattutto riferiti all'adesione all'invito e alla tempestività delle risposte e degli esami successivi al test di screening. La corretta conduzione dei programmi

di screening deve quindi prevedere una funzione di raccordo dei diversi comitati di programma e professionalità coinvolti e di valutazione delle molteplici problematiche che sottendono l'attuazione dei programmi. In particolare devono essere assicurati:

- il monitoraggio dello stato di avanzamento e del corretto andamento del programma;
- il confronto e il coordinamento tra i professionisti coinvolti nei progetti di screening;

- la valutazione delle criticità su cui basare eventuali azioni di miglioramento. Inoltre, per una gestione ottimale, devono essere curate una serie di attività (corretta gestione dei sistemi informativi deputati alla realizzazione degli archivi, pianificazione degli inviti, comunicazione alla popolazione, informazione diretta specifica ai singoli cittadini, formazione del personale, ecc.) che rappresentano un denominatore comune per tutti i programmi di screening oncologici.

#### OBIETTIVI

Miglioramento del governo e del coordinamento complessivo delle attività di screening

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Istituzione ed implementazione di una funzione di coordinamento delle attività di screening per la gestione coordinata delle attività trasversali ai vari programmi presso il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'AUSL di Modena

Tempi: 2011

#### OBIETTIVI

Aumento della quota di popolazione aderente ai programmi regionali di screening oncologici

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Miglioramento della comunicazione degli screening, utilizzando canali informativi sanitari (MMG, farmacie, altri professionisti della salute) e non sanitari

Tempi: 2012

#### OBIETTIVI

Avvio di nuovi eventuali screening previsti dalla programmazione regionale e valutazione dell'appropriatezza delle nuove richieste e delle pratiche cliniche correnti

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Definizione percorsi, azioni comunicative, attivazione e monitoraggio  
Analisi dell'appropriatezza delle richieste di nuovi screening e di quelli "silenti" attraverso gli strumenti dell'evidence based medicine e degli audit sul campo

Tempi: secondo programmazione regionale

### 3.1.3 - Sorveglianza e controllo delle malattie infettive

Le malattie infettive rappresentano anche nel contesto attuale un problema rilevante di sanità pubblica. L'emergere di nuove epidemie di malattie infettive trasmesse da vettori, connesse alla globalizzazione e ai cambiamenti climatici (Chikungunya, West Nile Disease, Dengue) è stato ripetutamente causa di allarme e fonte di forte preoccupazione tra i cittadini. Molte delle malattie infettive manifestatesi recentemente sono di origine animale (zoonosi); è il caso della West Nile Disease, e di altre arbovirosi, dell'influenza aviaria, ecc. Malattie infettive che si consideravano superate, come la tubercolosi, stanno riemergendo anche per il legame

con condizioni di esclusione sociale o povertà, con un forte aumento del numero di casi in cittadini immigrati. In coerenza con le raccomandazioni OMS, che indicano nella collaborazione interprofessionale lo strumento per fronteggiare le emergenze, anche infettive, è necessario sviluppare un approccio intersettoriale e multidisciplinare permanente in cui le varie competenze professionali presenti nell'organizzazione sanitaria (territorio ed ospedale) assicurano pluralità di metodi e conoscenze appropriate. Sul piano operativo occorre, quindi, individuare le modalità per assicurare l'unicità organizzativa e culturale dell'intervento preventivo attraverso

l'integrazione fra competenze mediche e veterinarie del DSP, con le altre componenti aziendali (in particolare la Pediatria di Comunità, le Direzioni Sanitarie, il Servizio Sorveglianza Sanitaria Aziendale) ed extra aziendali (come le Cliniche dell'azienda Ospedaliera Universitaria) sia nell'attività di sorveglianza sanitaria che nei piani di risposta alle emergenze epidemiche. Sulla base degli elementi epidemiologici che caratterizzano il territorio sono prioritari gli obiettivi di migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi di prevenzione della tubercolosi, di controllo sulle malattie trasmesse da vettori e sulla legionellosi, di riduzione delle infezioni correlate all'assistenza.

#### Assicurare la protezione della popolazione in caso di epidemie

##### OBIETTIVI

Unicità organizzativa e culturale dell'intervento preventivo attraverso l'integrazione delle competenze mediche e veterinarie all'interno del DSP e con le altre componenti aziendali nella sorveglianza e risposta ad emergenze epidemiche

##### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Coordinamento provinciale per le attività di prevenzione delle malattie infettive che raccordi l'attività dei diversi gruppi di lavoro

Tempi: 2012

#### Migliorare l'efficacia del sistema di sorveglianza epidemiologica delle malattie trasmissibili

##### OBIETTIVI

Mantenimento H24 del sistema di gestione delle notifiche di malattia infettiva e diffusiva per attivazione tempestiva delle indagini epidemiologiche e delle necessarie misure di controllo ed elaborazione periodica dei dati della sorveglianza.

##### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Organizzazione di un sistema rapido di comunicazione con i MMG per segnalare eventuali situazioni di emergenza che richiedano un'attenzione particolare  
Definizione di report periodici sull'andamento delle malattie diffuse  
Aumento della sensibilità dei medici sull'importanza della sorveglianza sanitaria come primo strumento per la prevenzione delle malattie infettive

Tempi: 2011

**Migliorare l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi di prevenzione della tubercolosi****OBIETTIVI**

Presa in carico e follow-up per tutti i casi di tubercolosi

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Definizione di un percorso assistenziale che raccordi tutte le strutture coinvolte (MMG, DSP, DCP, Pneumologia e Malattie infettive) e assicuri:

- il supporto diagnostico in caso di sospetto
- la presa in carico attiva di tutte le persone dopo la dimissione
- il monitoraggio della malattia tubercolare nella popolazione

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Riduzione del numero di casi nelle categorie a rischio elevato di sviluppare la malattia se infettate, attuando lo screening antitubercolare nei gruppi di popolazione selezionati.

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Definizione di una linea guida aziendale per l'attuazione dello screening tubercolare nei soggetti a rischio e la presa in carico dei soggetti positivi

Tempi: 2012

**Assicurare la sorveglianza sanitaria e il controllo sulle malattie trasmesse da vettori e sulle zoonosi****OBIETTIVI**

Monitoraggio della diffusione degli insetti vettori di malattia

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Mantenimento dell'impianto organizzativo ed operativo per il controllo dell'efficacia dei sistemi di lotta alla zanzare (Aedes e Culex) attuati dai Comuni. Attuazione delle azioni di monitoraggio sierologico e delle catture entomologiche nei canili per il controllo di Leishmania.

Tempi: 2011

## OBIETTIVI

Attuazione della sorveglianza sanitaria delle malattie trasmesse da vettori e delle zoonosi nell'uomo e negli animali

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Rafforzamento del sistema di monitoraggio sierologico e microbiologico della West Nile Disease, dell'influenza aviaria e delle salmonellosi negli animali

Tempi: 2011

### Assicurare l'adozione delle misure di controllo della legionellosi

## OBIETTIVI

Attuazione di un programma di controllo delle strutture recettive, sanitarie, socio-assistenziali e termali finalizzato ad elevare l'adesione alle specifiche misure di controllo per la legionellosi definite dalle linee Guida regionali.

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Promozione dell'inserimento delle disposizioni contenute nelle Linee Guida regionali all'interno dei Regolamenti di Igiene di tutti i comuni della provincia

Tempi: 2012

### Assicurare la sorveglianza sulle infezioni correlate all'assistenza e la sensibilizzazione degli operatori sanitari

## OBIETTIVI

Definizione del programma di sorveglianza delle infezioni correlate all'assistenza nei presidi ospedalieri delle aziende sanitarie della provincia

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Attuazione dei programmi di monitoraggio delle infezioni correlate all'assistenza nei presidi ospedalieri provinciali  
Sviluppo di un programma di formazione continua sulle infezioni correlate all'assistenza

Tempi: 2011

### 3.1.4 - Salute e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro

In provincia di Modena, nonostante la forte riduzione registrata nel 2008-2009, gli infortuni indennizzati dall'INAIL sono più di 11.000/anno; di questi oltre 500 danno luogo ad esiti permanenti (invalidità superiori al 6%) e in circa 15 casi provocano la morte dell'infortunato (oltre il 50% dei quali per incidenti stradali in itinere o in orario di lavoro). Gli indici di incidenza sono in costante calo, in particolare nei comparti produttivi a maggior rischio quali le costruzioni, la ceramica e la metalmeccanica, mentre gli indici di gravità tendono a evidenziare una sostanziale stabilità. Nei lavoratori stranieri l'andamento infortunistico mostra una tendenza in aumento negli ultimi anni, in controtendenza rispetto ai lavoratori italiani.

Gli incidenti stradali continuano a costituire un problema rilevante nel nostro territorio, così come a livello regionale e nazionale e rappresentano la principale causa di morte e disabilità acquisita tra i giovani. Anche gli

incidenti domestici rappresentano un'importante causa di morbosità e mortalità, soprattutto per le fasce di popolazione più fragile (bambini e anziani), tuttavia la percezione del rischio infortunistico in ambito domestico è molto bassa. Anche gli ambienti di vita collettiva presentano fattori di rischio articolati e complessi che richiedono lo sviluppo di sinergie e modalità di lavoro integrate, sia tra Servizi che con altri Enti.

Occorre pertanto sviluppare ulteriormente programmi di lavoro e modelli organizzativi integrati tra le diverse competenze dipartimentali, in grado di assicurare un governo unitario delle attività di vigilanza e controllo dei rischi e di promozione della salute su specifici obiettivi di salute che richiedono un approccio interdisciplinare e integrato. In alcuni ambiti si stanno già svolgendo attività integrate, come ad esempio il controllo dei rischi nelle strutture sanitarie e socio-assistenziali, nelle scuole, negli ambienti di vita in riferimento ai rischi chimici di particolare impatto sulla salute della collettività come l'amianto. Oltre a sviluppare ulteriormente l'integrazione in tali ambiti

dovrà essere affrontata con analogo metodologia anche l'implementazione del Regolamento europeo REACH, sui rischi chimici.

In tema di salute e sicurezza sul lavoro in provincia di Modena si è sviluppata da anni una positiva collaborazione con gli altri Enti preposti al controllo (INAIL-ISPEL, Direzione Provinciale del Lavoro, INPS, VV.FF.) e sinergie con altri soggetti istituzionali attraverso forme strutturate di coordinamento. Tale modello di lavoro va implementato, da una parte per aumentare le azioni di vigilanza e controllo nei comparti produttivi più a rischio e migliorarne l'efficacia, dall'altra per sviluppare ulteriormente azioni di assistenza e promozione basate su analisi dei bisogni condivise e in grado di utilizzare pienamente le potenzialità dell'intero sistema.

È obiettivo prioritario mantenere e qualificare le azioni di vigilanza e controllo nei comparti produttivi più a rischio, ricercando forme di confronto e di sinergia con gli altri Enti preposti al controllo. Occorre continuare e migliorare le azioni di informazione e assistenza verso le figure della prevenzione e di promozione della cultura della sicurezza.

## Migliorare l'integrazione sulle tematiche della sicurezza in ambienti di vita e di lavoro

### OBIETTIVI

Governo unitario e approccio integrato e multidisciplinare in alcuni ambiti di intervento

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Istituzione del programma "Igiene e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro" trasversale a più unità operative del DSP

Tempi: 2011

Realizzazione, tra i diversi servizi dipartimentali competenti, di programmi di lavoro integrati e coordinati per il controllo dei rischi nei seguenti ambiti:

strutture sanitarie e socio-assistenziali  
scuole

ambienti con presenza di amianto

applicazione del nuovo regolamento europeo sul rischio chimico (REACH)

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Sviluppo della collaborazione con i Comuni, gli Sportelli Unici e gli Ordini Professionali dei progettisti per adeguare le attività dipartimentali alle modifiche normative e agli indirizzi di semplificazione amministrativa

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Nuovi accordi con gli Sportelli Unici dei Comuni per la valutazione di nuovi insediamenti produttivi (NIP)

Riorganizzazione Commissioni NIP in ottica di razionalizzazione e maggiore uniformità

Realizzazione processi di integrazione dei processi tra pubbliche amministrazioni

Tempi: 2012

### Incrementare la vigilanza e il controllo di settori produttivi a maggior rischio

## OBIETTIVI

Incremento dei livelli di vigilanza e controllo nei comparti maggiormente caratterizzati da rischi infortunistici, igienistici e disergonomici, perseguendo il livello di copertura fissato dalla programmazione regionale

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Attuazione dei piani in edilizia e agricoltura e piani mirati di controllo in altri comparti ad alto rischio infortunistico ed igienistico

Vigilanza sulla formazione obbligatoria delle diverse figure della prevenzione e sulle imprese con titolare straniero

Tempi: 2011

Promozione del miglioramento dell'efficacia attraverso processi di selezione degli obiettivi mirati al rischio e attraverso la progressiva implementazione di procedure di qualità e vigilanza

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Attuazione dei piani mirati di prevenzione implementando esperienze di buone prassi sviluppate sul territorio

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Attuazione di piani mirati di prevenzione delle patologie muscoloscheletriche, sul rischio chimico e cancerogeno, sui rischi fisici.

Tempi: 2011

Aggiornamento ed implementazione di protocolli di intesa con le parti sociali per l'applicazione di buone prassi (aggiornamento dei protocolli nel settore ceramico, estensione del protocollo contro le cadute dall'alto in ceramica ad altri ambiti produttivi)

Tempi: 2011

## Migliorare le sinergie con altri Enti della Pubblica Amministrazione e con tutti i soggetti coinvolti

### OBIETTIVI

Miglioramento delle sinergie con gli Enti preposti al controllo negli ambienti di lavoro (DPL, INAIL-ISPEL, INPS, VV.FF)

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Coordinamento dell'Organismo provinciale Permanente previsto dal DPCM 27/12/2007 e realizzazione di piani di lavoro concordati sulla vigilanza in edilizia, sui controlli nelle imprese richiedenti sconti sui premi INAIL e sulle imprese con titolare straniero.  
Potenziamento degli scambi informativi tra Enti

Tempi: 2011

### OBIETTIVI

Miglioramento delle sinergie con tutti i soggetti afferenti al Coordinamento provinciale sulla Sicurezza negli ambienti di lavoro

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Partecipazione al Coordinamento provinciale sulla Sicurezza negli ambienti di lavoro e implementare la realizzazione di progetti condivisi e coordinati, ricercando i necessari livelli di raccordo con i Piani distrettuali per la salute e benessere sociale

Tempi: 2011



## Promuovere la cultura della sicurezza

### OBIETTIVI

Qualificazione del ruolo dei soggetti della prevenzione al fine di accrescere la cultura della prevenzione cercando collaborazioni e sinergie con tutti gli altri soggetti istituzionali e associativi che intervengono sulla materia

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sviluppo di progetti di informazione, formazione e assistenza verso tutte le figure della prevenzione, con particolare riferimento ai soggetti più deboli sulla base dell'analisi di contesto.  
Proseguimento ed implementazione di iniziative e progetti a valenza nazionale (Ambiente Lavoro Convention) o con approccio interistituzionale (es. "Prevenzionet", "A Modena la sicurezza in pratica")

Tempi: 2011

### OBIETTIVI

Promozione maggiori livelli di tutela della salute e della sicurezza per i lavoratori stranieri

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Progettazione e realizzazione di iniziative di alfabetizzazione sul tema della sicurezza rivolte ai lavoratori stranieri, da implementare nell'ambito dei Piani per il benessere sociale e sanitario

Tempi: 2011

### OBIETTIVI

Incremento della cultura della sicurezza sul lavoro nelle scuole

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sviluppo di programmi di formazione nelle scuole con il coinvolgimento dei docenti e coordinati con tutti i soggetti istituzionali (Coordinamento provinciale Sicurezza sul lavoro e Prefettura)  
Implementazione del progetto di formazione di Aspp/ Rspg negli Istituti per Geometri ed estenderlo agli Istituti Tecnici Agrari

Tempi: 2011

Attuazione di un piano di controllo e assistenza il miglioramento della salubrità e sicurezza degli ambienti scolastici e un contesto favorente la cultura della sicurezza.

Tempi: 2012

### 3.1.5 - Ambiente e salute

Il rapporto che ci lega all'ambiente nel quale viviamo comporta la assunzione di rischi in costante evoluzione, a causa delle modificazioni che esso subisce in modo sempre più repentino e per certi aspetti profondo. Pur in presenza di azioni importanti che hanno portato alla riduzione o eliminazione di rischi ambientali di rilevante importanza anche in tempi recenti, molte e di rilevante impegno sono le sfide che in questo ambito coinvolgono anche le strutture destinate alla tutela della salute umana. In questo ambito, due sono i principali

ambiti nei quali il Dipartimento di Sanità Pubblica è coinvolto:

- la collaborazione, con gli altri enti deputati, alla valutazione delle attività pericolose per l'uomo e l'ambiente (in particolare ARPA, Provincia e Amministrazioni Comunali) e allo sviluppo della rete di Città Sane;
- l'istituzione e l'aggiornamento di un sistema di sorveglianza volto al controllo dei rischi ambientali, che si avvalga sia dei sistemi di sorveglianza sanitaria in essere integrati con i dati ambientali, sia da metodi innovativi, come ad es. campagne di biomonitoraggio, che permettano di

valutare al meglio l'esposizione delle popolazioni. Tali metodi sono ancora in fase di sperimentazione per cui, nell'ambito di vigenza del PAL, si proseguirà a collaborare ad attività epidemiologiche in questo ambito, a partire dalla prosecuzione, già in fase di cantiere, del progetto Monitor; In tali tematiche si rileva l'assoluta necessità di azioni integrate fra competenze presenti all'interno del DSP, ma anche all'esterno della stessa AUSL, pensando anche a valenze AVEN e più complessivamente regionali, come ARPA ed il realizzando Centro Regionale Politiche Ambiente Salute.

### Sviluppare le competenze integrate necessarie per valutare i rapporti fra ambiente e salute

#### OBIETTIVI

Miglioramento della qualità dei sistemi di sorveglianza epidemiologica con riferimento ai rischi ambientali

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Proseguimento della collaborazione con il progetto Monitor  
Concludere il progetto AIA  
Collaborazione ai programmi nazionali "Ambiente e salute" coordinati da ISS e CCM

Tempi: 2012

#### OBIETTIVI

Governo unitario e approccio integrato e multidisciplinare del tema, negli ambiti prefigurati dal Piano Regionale della Prevenzione.

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Istituzione del programma dipartimentale salute-ambiente  
Sviluppo delle competenze necessarie per assicurare il contributo di valutazione tecnica integrata alle Istituzioni richiedenti, in particolare su tematiche inerenti il ciclo rifiuti, l'inquinamento atmosferico e la Valutazione Impatto sulla Salute

Tempi: 2012

### 3.1.6 - La sicurezza alimentare

La produzione alimentare ha una grossa rilevanza nel territorio provinciale modenese e il nuovo scenario della sicurezza alimentare pone al centro dell'attenzione gli scambi intracomunitari ed internazionali di prodotti alimentari, conseguenti alla liberalizzazione dei mercati ed al processo di industrializzazione delle produzioni. Il controllo delle grandi quantità di materie prime importate da paesi diversi costituisce pertanto un compito importante e impegnativo per i Servizi preposti al controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare e alla tutela del

consumatore nazionale. Considerato inoltre che i mercati internazionali costituiscono uno sbocco sempre più importante per l'industria agroalimentare modenese è richiesto agli stessi Servizi un particolare impegno aggiuntivo per assicurare il mantenimento dei requisiti specifici richiesti dagli accordi internazionali.

I rischi emergenti in ambito alimentare vengono monitorati attraverso l'adesione ai piani regionali di campionamento per la ricerca di agenti microbiologici, contaminanti chimici, residui, ecc, e attraverso l'interazione prevista dal sistema europeo nella gestione di allerta alimentari.

Vengono pertanto individuati come

obiettivi prioritari il miglioramento della qualità organizzativa e professionale dei Servizi deputati al controllo ufficiale (Servizio Veterinario e Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione) e la definizione di un piano di controllo integrato nelle strutture di competenza di entrambe i Servizi. Occorre infine mantenere, consolidare e migliorare la comunicazione con i cittadini, singoli e associati (associazioni imprenditoriali e di consumatori) e con le istituzioni sui temi della sicurezza alimentare, anche al fine di supportare gli operatori del settore alimentare ad adeguarsi pienamente agli obiettivi europei e a coglierne l'opportunità di qualificazione per il settore.

### Migliorare la qualità organizzativa dei controlli di sicurezza alimentare

#### OBIETTIVI

Riorganizzazione delle relazioni tra le Unità Operative deputate al Controllo Ufficiale nell'ambito dell'area veterinaria e assicurare un approccio integrato tra Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e il Servizio Veterinario per migliorare l'efficacia e l'efficienza delle attività svolte

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Istituzione di un programma trasversale dipartimentale che comprenda il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione e il Servizio Veterinario

Tempi: 2012

Avvio di un confronto più sistematico con Forze dell'Ordine, per sviluppare protocolli di intervento congiunti che migliorino l'efficacia dei controlli e delle risposte in situazioni di emergenza

Tempi: 2012

## Migliorare l'attività di controllo integrato sui prodotti alimentari

### OBIETTIVI

Implementazione e aggiornamento di un sistema informativo trasversale, comune al SIAN e Servizio Veterinario per ottimizzare interventi e condividere informazioni, finalizzato alla gestione del rischio in sicurezza alimentare

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Realizzazione di un sistema informativo di anagrafe congiunta degli utenti della sicurezza alimentare  
Gestione e aggiornamento dell'anagrafe degli utenti della sicurezza alimentare in modo funzionale al programma dei controlli ufficiali basati sull'analisi del rischio sia delle emergenze alimentari, igieniche e sanitarie

Tempi: 2012

Predisposizione e sviluppo di piani di controllo integrato sulle attività sottoposte al controllo ufficiale dei servizi

Tempi: 2011

## Migliorare la comunicazione sulla sicurezza alimentare e facilitare lo scambio informativo con le imprese del settore alimentare

### OBIETTIVI

Mantenimento e integrazione di modalità di confronto con le associazioni di categoria degli imprenditori del settore alimentare e le associazioni dei consumatori per la condivisione di strumenti, obiettivi e risultati della attività di controllo ufficiale degli alimenti.

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Strutturazione di modalità di confronto con associazioni di categoria degli imprenditori e dei consumatori per condividere obiettivi e risultati delle attività di controllo e prevedere interventi di informazione e formazione utili a promuovere il continuo miglioramento della sicurezza alimentare.

Tempi: 2012

Iniziative di informazione e formazione rivolte agli operatori del settore alimentare, valorizzando eventi a valenza nazionale (Convention "Sicura")  
sito internet e newsletter (normativa, ecc.)  
Tempi: 2011  
Implementazione di modelli integrati di formazione sulla sicurezza alimentare e sulla sicurezza del lavoro  
Tempi: 2011

### OBIETTIVI

Facilitazione dello scambio di informazioni tra imprese del settore alimentare e servizi deputati al controllo ufficiale

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Dematerializzazione (tramite portale) dei percorsi autorizzativi e documentali tra aziende alimentari e Servizio Veterinario per alleggerire il peso burocratico del controllo ufficiale documentale.

Tempi: 2012

## 3.2 - L'ASSISTENZA TERRITORIALE

L'assistenza territoriale ricopre **un ruolo chiave nella sanità del futuro** e ad essa viene riservata una attenzione prioritaria sotto il profilo organizzativo e delle risorse. È dal suo sviluppo che dipende il successo delle politiche di prevenzione e contenimento delle disabilità, di adeguamento della rete ospedaliera, di contenimento dei costi e di gradimento del sistema da parte della popolazione. Questo significa il perseguimento di alcune precise direttrici di lavoro:

- **prevenzione primaria e secondaria** e mantenimento/recupero dell'autosufficienza;
- **integrazione operativa, sociale e sanitaria**, basata sulla presa in carico e sulla facilitazione dell'accesso ai servizi e sviluppo di **percorsi di cura e assistenziali**, multidisciplinari e multiprofessionali, centrati su un ruolo primario del Medico di Medicina Generale e del servizio sociale;
- **scelta della domiciliarità e correlato sviluppo delle cure primarie** anche e soprattutto attraverso aggregazioni strutturali degli ambulatori in grado di caratterizzarsi per visibilità, accessibilità e polifunzionalità fino alla realizzazione delle Case della Salute.

La riorganizzazione del sistema delle cure primarie deve coinvolgere i pazienti nei processi assistenziali attraverso il counselling e il supporto all'autocura, l'organizzazione di sistemi di follow-up e reminding che agevolino il controllo delle patologie croniche e la garanzia del coordinamento delle cure tra i diversi professionisti e la continuità dell'assistenza.

Il nuovo modello territoriale si basa su quattro setting assistenziali:

- **strutture ambulatoriali** (studi medici delle medicine di gruppo, pediatrie di gruppo, Nuclei di Cure Primarie strutturati, Case della salute)

- **domicilio** (casa, strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili)
- **strutture intermedie territoriali** con assistenza H24 (Case residenze temporanee: riattivazione, sollievo, hospice territoriali e posti letto di lungoassistenza territoriale, di riabilitazione e gestione della riacutizzazione delle patologie croniche)
- **istituti penitenziari**

### 3.2.1 – La rete ambulatoriale

A fronte della necessità di assicurare servizi qualificati e ben distribuiti sul territorio da parte dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA), la realtà territoriale modenese si è caratterizzata da un lato in modo positivo dalla nascita delle forme associative, che hanno saputo migliorare il servizio offerto ai cittadini, dall'altro dal permanere di una certa quota di frammentazione e dispersione. L'impegno della maggior parte di questi professionisti si è inoltre scontrato con la complessità delle richieste sempre più difficili da sostenere in condizioni di isolamento organizzativo.

Per il concreto conseguimento della centralità del territorio non sono più rinviabili le iniziative di effettivo sviluppo organizzativo e strutturale di tutta questa area. L'obiettivo di fondo è rappresentato dal progressivo cambiamento della tradizionale forma organizzativa dei MMG, PLS e MCA e dei Nuclei di Cure Primarie verso aggregazioni strutturali, di intensità operativa differenziata anche in ragione della realtà territoriale ove si sviluppa. Esse devono essere in grado di caratterizzarsi per visibilità (più operatori e più attività nella stessa sede), accessibilità (orari di apertura e facilitazione dei percorsi) e polifunzionalità (più elevate e molteplici tipologie di risposta), assicurate anche dalla presenza di più figure professionali e di adeguate dotazioni strumentali.

La Regione Emilia Romagna per una valorizzazione identitaria di questa nuova tipologia di strutture le definisce come **"Case della Salute"** prevedendo che i professionisti che non possono collocarsi al loro interno, siano comunque tenuti ad operarvi per le tipologie di servizi non erogabili presso i rispettivi studi e siano ad esse collegate con adeguati reti informatiche.



Per una descrizione delle Case della Salute si veda l'Allegato 1

La gamma delle prestazioni assicurabili presso ciascuna **Casa della Salute** è differenziata in ragione del suo dimensionamento (vedi Allegato 1). **L'obiettivo è la realizzazione di strutture in grado di erogare nello stesso spazio fisico l'insieme delle prestazioni territoriali 7 giorni su 7 - H24 da parte di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità assistenziale e Medici dell'Emergenza Territoriale. Sono parte integrante delle Case della salute gli ambulatori della specialistica ambulatoriale**, con le principali branche specialistiche e quelle relative alla diagnostica di radiologia ed ecografia di base e sono definiti protocolli per rendere possibili l'effettuazione di consulenze urgenti. **Sono previste risorse infermieristiche** (ambulatorio infermieristico in stretta collaborazione con i MMG) e l'integrazione con la specialistica anche

per l'implementazione dell'assistenza ai pazienti cronici e per le risposte specialistiche alle patologie acute. È in questo contesto che viene rivista a livello aziendale l'organizzazione della **guardia medica** dal sistema di accesso all'organizzazione dell'attività, che diviene quindi parte delle Case della Salute.

In questo contesto, emerge con grande forza la valorizzazione del ruolo da assegnare alle professioni sanitarie infermieristiche e tecniche, indispensabile premessa alla realizzazione del nuovo modello assistenziale.

A Finale Emilia verrà realizzata la più importante **Casa della Salute** della nostra provincia, prevedendo oltre alla normale attività ambulatoriale specialistica anche una attività di ricovero temporaneo a gestione infermieristica a responsabilità clinica del medico di medicina generale integrata con le attività specialistiche. Essa interviene nel percorso di cura quale fase finale di preparazione al ritorno al domicilio o alla casa residenza o nel percorso assistenziale territoriale nelle fasi di difficile gestione domiciliare.

Nello spirito dell'integrazione tra territorio e ospedale verranno mantenuti gli attuali servizi presenti nell'ospedale di Finale fino al compimento e all'entrata in funzione della Casa della Salute. È prevista l'integrazione dei letti di lungoassistenza con quella dei 10 letti di lungodegenza, secondo le necessità delle rete di presidi della macroarea Nord (Carpi, Mirandola e Finale Emilia).

### 3.2.2 – La rete domiciliare

L'obiettivo dei prossimi anni è quello di rendere più competitiva l'assistenza domiciliare rispetto alle strutture residenziali, che spesso finiscono con l'esaurire la reattività in tempi rapidissimi e vanno quindi considerate soluzioni temporanee verso un domicilio che offre le stesse opportunità di sostegno e sicurezza al paziente e alla famiglia. È necessario pertanto:

- Tenere conto che i bisogni sanitari e sociali sono sempre più strettamente legati;
  - Tener conto che il sistema socio-sanitario non è in grado di rispondere a tutti i bisogni ed è quindi importante definire le priorità in un'ottica di equità a livello provinciale;
  - Orientare le scelte alla gestione di casi complessi e alla "presa in carico" del soggetto, riducendo gli interventi di tipo "prestazionale" e prevedendo un programma di integrazione dei servizi sanitari, con quelli sociali dei Comuni che, nei casi complessi, dovranno realizzare un intervento ad alta integrazione sociosanitaria con precise regole;
  - Programmare almeno per alcune tipologie di pazienti in assistenza domiciliare, al pari dell'assistenza residenziale, un numero di posti con un preciso impegno e definizione di risorse e modalità di gestione;
  - Aumentare gli interventi di cura, di assistenza (compresa la riabilitazione) e di supporto che possono portare ad una riduzione del ricorso alle strutture residenziali e all'ospedale e permettere cure più appropriate;
- Questo significa ridefinire le strategie di fruizione dei servizi residenziali e domiciliari a livello provinciale in modo congiunto, mettendo in rete tutte le risorse per offrire risposte sempre più adeguate, complete, unitarie attraverso strategie coordinate sia a livello di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria che di Uffici di Piano al fine di garantire le maggiori sinergie tra sanitario e sociale.

Per garantire questi aspetti è necessario regolare gli ingressi nel sistema garantendo l'erogazione dei servizi in modo coordinato, col numero minimo di passaggi attraverso l'organizzazione in tutti i distretti di un punto di ingresso unico sociosanitario che applichi le regole di individuazione degli utenti e che gestisca i percorsi clinico-assistenziali.

Per l'assistenza domiciliare sarà ne-

cessario rivedere come, quando e che tipo di supporto dare alle famiglie in relazione all'intensità del bisogno per garantire la sostenibilità nel tempo (es contributi economici a supporto di famiglie che gestiscono il paziente a domicilio anziché in residenza, prestazioni sanitarie a pagamento come ad esempio i prelievi a domicilio).

Per garantire un servizio più coerente al bisogno è necessario differenziare le categorie di pazienti e definire per ciascuna di esse dei profili standard con corrispondenti servizi erogati:

- Pazienti a criticità sanitaria e sociale elevata quali pazienti gravi, richiedenti trattamenti anche essenziali per le funzioni vitali, pazienti in cure palliative e in cui l'ADI evita l'ingresso in struttura residenziale o riduce l'ospedalizzazione impropria. Per queste tipologie di pazienti occorre garantire "pacchetti" di interventi quali percorsi dedicati ospedale-territorio-ospedale, consulenze specialistiche a domicilio, telemedicina e teleassistenza, adeguati supporti sociali ed economici, domotica, ausili, riattivazione, coinvolgimento delle associazioni di volontariato, disponibilità medica e infermieristica intesa non solo come intervento a domicilio, ma anche come possibilità di avere riferimenti continuativi, disponibilità di ricoveri temporanei a supporto nelle situazioni critiche. L'elevata complessità assistenziale prevede un modello di assistenza dove l'infermiere diventa il case-manager e si fa carico del percorso assistenziale in tutte le sue interfacce;
- Pazienti a media criticità sanitaria/assistenziale e sociale quali pazienti stabili ed esiti di ictus, pazienti allettati, ecc con necessità di interventi clinici e assistenziali e monitoraggio della situazione nel lungo termine;
- Pazienti a bassa o medio bassa criticità sanitaria/assistenziale e sociale prevedendo un modello che coinvolga in modo proattivo la famiglia e le altre risorse del territorio svilup-

pando il modello dell'assistenza alle patologie croniche per prevenirne o ritardarne le complicanze, passando dalla logica degli interventi prestazionali ad una presa in carico territoriale anche nell'ambito della organizzazione dei nuclei delle cure primarie e dove il medico e l'infermiere sono coinvolti nell'assistenza al paziente sia a domicilio che in ambulatorio (es scompenso cardiaco, diabete, BPCO). Le tecnologie a supporto della domiciliarità avranno un ruolo determinante nel garantire il raggiungimento degli obiettivi posti. L'aumento delle disabilità e della non autosufficienza impone quindi un incremento della quantità e della qualificazione della tecnologia utilizzata a domicilio intesa come ausili sulla persona e sull'ambiente (domotica, telemedicina, ecc). In tale ambito vanno sviluppate competenze specifiche sia per garantire l'appropriatezza nell'utilizzo, che per promuoverne lo sviluppo e supportare le famiglie nelle scelte.

Altro elemento importante riguarda l'ambito dell'assistenza domiciliare per le gravi cronicità nell'infanzia e nell'età evolutiva: infatti l'aumento delle patologie croniche gravi investe anche la popolazione pediatrica in misura crescente comprendendo molto spesso patologie rare. Deve quindi realizzarsi la presa in carico assistenziale sia all'interno dell'ospedale tra la Terapia Intensiva Neonatale e pediatria, che tra ospedale e territorio e nel territorio costituendo un riferimento nel post dimissione dei bambini con problemi complessi, prevedendo anche risorse riabilitative e aree superspecialistiche di cura anche interaziendali.

Nella logica di sviluppo della domiciliarità non si prevede un aumento di posti residenziali, ma bensì il rispetto degli standard regionali. Sarà tuttavia necessario ripensare con gli Enti Locali alle strategie di accesso e conseguentemente riesaminare l'attuale rete delle strutture residenziali:

Considerando i posti per gravi disa-

bili non ulteriormente espandibili a fronte di un maggiore impegno per la domiciliarità;

Riorganizzando i nuclei delle strutture residenziali secondo le seguenti categorie di ospiti per garantire maggiore appropriatezza ed efficienza:

ospiti non autosufficienti richiedenti trattamenti intensivi essenziali per le funzioni vitali per pazienti in stato vegetativo e comi prolungati, pazienti con gravi insufficienze respiratorie e affetti da malattie neurovegetative progressive;

ospiti non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria;

ospiti affetti da demenza senile non gestibili a domicilio;

ospiti non autosufficienti con necessità di prestazioni di lungo assistenza e mantenimento con bassa e media necessità di tutela sanitaria.

### 3.2.3 – La rete delle strutture intermedie territoriali con assistenza H24

L'offerta territoriale di strutture intermedie è rappresentata dai posti di casa residenza temporanea che in questi anni hanno permesso di garantire una risposta importante sia per l'ospedale che per il territorio e che pertanto vanno mantenuti.

Per rispondere al futuro incremento dei bisogni è necessario pensare ad alcuni posti di lungo assistenza territoriale con la finalità principale di supportare la domiciliarità attraverso ricoveri prolungati (massimo 6 mesi) e ricoveri brevi, da individuare nelle attuali strutture ospedaliere per:

- favorire il rientro a domicilio dall'ospedale in persone clinicamente stabilizzate con problemi socio-sanitari complessi o con gravi disabilità;
- favorire la permanenza a domicilio garantendo tuttavia un ricovero quando vi siano elevati problemi assistenziali in pazienti con problemi socio-sanitari complessi o con gravi

disabilità non gestibili a domicilio (es. pazienti in ventiloterapia);

- gestire le riacutizzazioni delle patologie croniche in pazienti in assistenza domiciliare (scompenso cardiaco).

Questi posti ad alta intensità assistenziale devono caratterizzarsi principalmente per l'organizzazione centrata sull'assistenza infermieristica e tutelare, sulla gestione degli accessi dall'ospedale e dal territorio secondo criteri definiti, sulla presenza di attività di medicina specialistica e di medicina generale e garantire un costante ed adeguato standard di cura e di assistenza con il coinvolgimento e la collaborazione sinergica delle figure mediche, infermieristiche e sociali prevedendo l'imprescindibile coinvolgimento dei famigliari con supporti assistenziali ed educativi.

Questi posti devono essere distribuiti sul territorio in una logica di area geografica interdistrettuale, di facilità di accesso e di ottimizzazione delle risorse. Si ritiene che siano necessari 30 posti a livello provinciale nei prossimi anni per assorbire l'incremento delle gravi disabilità invertendo il trend in aumento nelle strutture residenziali verso il domicilio e per sperimentare forme di ricovero dal domicilio su percorsi specifici.

## OBIETTIVI

Miglioramento della organizzazione dell'attività dei Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), indirizzando le attuali forme associative verso una maggiore diffusione delle medicine di gruppo e sviluppando i NCP

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sviluppo della medicina di gruppo in tutta l'Azienda fino ad arrivare al 2013 ad una diffusione completa. Individuazione delle sedi fisiche per tutti i Nuclei di Cure Primarie (NCP) al fine di svolgere almeno una minima attività comune nelle sedi medicina di gruppo già esistenti, oppure nelle sedi distrettuali, nei poliambulatori, nelle sedi delle cooperative dei MMG, nei poli socio-sanitari ampliando anche le attività di diagnostica ambulatoriale semplice, presso lo studio del MMG e più complessa presso i NCP (es. ecografo, spirometro). L'organizzazione delle attività nei nuclei comporterà anche un'analisi ed eventuale riorganizzazione della distribuzione delle attuali sedi di attività distrettuale in una logica di servizio ai nuclei e di ottimizzazione. L'attività del Nucleo dovrà basarsi sulla definizione di percorsi facilitati per i pazienti del nucleo che comporteranno le relative modifiche organizzative e del sistema informativo. Contemporaneamente deve essere sviluppata l'attività infermieristica per la gestione delle patologie croniche, il supporto all'auto-cura, l'incentivazione dei gruppi di auto-aiuto e la collaborazione con associazioni di volontariato.

## OBIETTIVI

Miglioramento dell'accesso alla medicina generale/ pediatria di libera scelta con ricadute sul Pronto Soccorso e sui servizi di accettazione pediatrica; miglioramento della presa in carico delle patologie croniche e delle riacutizzazioni con gestione dei percorsi integrati (in team multiprofessionali) e completi tramite le Case della salute

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Realizzazione di almeno una casa della Salute per distretto.

Realizzazione delle sedi di:

Fanano, Pievepelago, Montefiorino entro il 2012

Finale Emilia, Castelfranco Emilia, Bomporto entro il 2013

Modena, Concordia, Formigine entro il 2014

Carpi, Mirandola, Sassuolo, Vignola e Pavullo entro il 2015

Per le altre sedi si procede nella fase di analisi e di fattibilità delle diverse proposte.

L'attuazione delle Case della Salute prevede la realizzazione della continuità assistenziale diurna per tutti gli assistiti del NCP per la gestione delle patologie acute, la gestione delle principali patologie croniche e la riorganizzazione delle attività specialistiche, infermieristiche (2012).

**OBIETTIVI**

Garanzia dell'acquisizione degli strumenti e dei metodi del governo clinico come pratica abituale, interprofessionale

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Attuazione di progetti specifici di governo clinico, implementando attività di audit volte ad affermare la cultura della valutazione dei risultati e dei processi assistenziali, con il confronto dell'assistenza erogata con standard definiti, permettendo di identificare l'inappropriatezza clinica ed organizzativa.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Consolidamento e sviluppo della rete informatica in coerenza con gli sviluppi della rete SOLE e integrazione dei diversi sistemi)

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Programmazione degli sviluppi del sistema informativo valutando i tempi di implementazione di SOLE e la possibilità di impiegare soluzioni tecnologiche diverse e in grado di gestire i problemi emersi e in particolare:  
 Revisione degli attuali sistemi informativi per disporre maggiormente di informazioni sanitarie integrate in grado di costruire un profilo di servizi e risorse del singolo paziente per orientarne la programmazione, valutare l'appropriatezza e condividere le informazioni qualora esso sia in carico a servizi diversi;  
 Prevedere integrazioni tra i vari sistemi informativi per disporre di informazioni socio-sanitarie integrate cure primarie-ospedale e AUSL-Comuni consentendo lo scambio delle informazioni sugli utenti;  
 Semplificare le comunicazioni tra i diversi servizi che hanno in carico il paziente tramite la progressiva sostituzione di strumenti cartacei con quelli informatici  
 Agevolare e semplificare le procedure di raccolta dati volte a soddisfare i fabbisogni informativi esterni (Regione, Ministero)

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Valutazione del livello di evoluzione del sistema di interventi e di servizi sanitari e socio sanitari per i fragili e non autosufficienti

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Elaborazione e implementazione di un Piano Provinciale della Domiciliarità integrato Ausl –Comuni con indicazione delle priorità  
 Supporto a nuove forme di assistenza domiciliare quali ad esempio i portierati sociali sempre in collaborazione con enti locali

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Riprogrammazione dell'offerta di assistenza domiciliare su tutto il territorio provinciale che tenga conto del nuovo welfare

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Ridefinizione e omogeneizzazione delle modalità di accesso e di assistenza domiciliare e residenziali, definendo standard assistenziali, modalità, strumenti, tecnologie, ausili secondo la criticità sanitaria e sociale (elevata o medio alta e bassa o medio bassa).  
 Riorganizzazione dell'offerta sviluppando le competenze necessarie nei professionisti, riducendo gli interventi prestazionali degli infermieri, sperimentando nuove modalità di assistenza nelle diverse forme  
 Organizzazione di percorsi a supporto della domiciliarità (es riabilitativo, specialistico, ambulatoriale a supporto della bassa intensità)

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Garanzia delle dimissioni protette, dell'integrazione ospedale-territorio e nel territorio per la cura e l'assistenza a lungo termine del bambino cronico con problemi complessi

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Attivazione e coinvolgimento del PLS durante il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e in Pediatria per bambini complessi, mentre nel medio periodo l'attivazione di consulenze ospedaliere mediche e infermieristiche per bambini con problemi complessi.  
 Dovranno pertanto essere individuati i referenti in TIN e Pediatria per i PLS per almeno 3 mesi dopo la dimissione, attivati i servizi offerti nei NCP e in assistenza domiciliare (cure palliative), individuati i servizi specializzati e i punti di riferimento per area vasta per la riabilitazione e per le malattie rare.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Riqualificazione della rete delle strutture residenziali

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Individuazione con gli Enti Locali i nuclei e le strutture a livello distrettuale con nuclei ad alta intensità assistenziale e procedere all'attuazione del programma definito.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Supporto alla cronicità, ridurre i ricoveri ripetuti sviluppando dei posti di lungo assistenza territoriali

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Nel breve termine l'obiettivo è l'attivazione di posti di lungoassistenza territoriale, di cui 10 a Finale e 10 a Castelfranco all'interno delle strutture esistenti e l'implementazione di forme innovative di assistenza a livello territoriale e domiciliare. Altri 10 letti sono da individuare nell'area sud. Nel medio termine sulla base delle prime esperienze di implementazione e dei bisogni espressi dai territori si valuterà l'attivazione di nuovi posti letto di lungoassistenza rivolti particolarmente alle realtà delle case della salute.

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Sviluppo delle tecnologie a domicilio

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Supporto allo sviluppo e all'adozione delle tecnologie al domicilio del paziente (domotica, telemedicina).

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Sostegno dell'assistenza territoriale dal punto di vista delle risorse disponibili

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Aumento delle risorse territoriali utilizzando sia risorse derivate dall'assistenza ospedaliera, sia attraverso un riorientamento di risorse territoriali, derivate dal miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei servizi e da un migliore utilizzo dei sistemi incentivanti.

Tempi: 2011

**Posti letto territoriali**

	Carpi	Mirandola	Finale E.	Modena	Castelfranco	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Totale
Lungodegenza - Riabilitazione	23	54	10*	142	20	28	35	30	342
Lungoassistenza	-	-	10	-	10		10		30
Cure palliative		6		18	2		6		32
Case residenza - posti attuali	326	324	-	645	170	355	187	270	2277**
di cui posti temporanei	10	11	-	59	8	11	28	4	131
di cui Gravi Disabilità Acquisite	5	4	-	12	4	11	6	3	45
<b>Totale</b>	<b>351</b>	<b>380</b>	<b>22</b>	<b>805</b>	<b>202</b>	<b>385***</b>	<b>224***</b>	<b>302***</b>	<b>2681</b>

\* I posti letto della lungodegenza di Finale Emilia sono gestiti in sinergia con l'equipe di Mirandola.

\*\* I 2.277 posti di casa residenza sono quelli attualmente presenti e definiti dagli Uffici di Piano.

\*\*\* I 10 letti di lungoassistenza previsti per l'area sud sono da individuare nel corso di vigenza del PAL e non sono stati conteggiati nel totale per singolo distretto. Il totale generale (2.681) invece li comprende.



### 3.2.4 – La rete degli istituti penitenziari

Le condizioni sanitarie delle carceri italiane negli ultimi anni, e in particolare nei tre istituti modenesi (Casa Circondariale Sant'Anna, Casa di Lavoro Saliceta S. Giuliano, Casa di Reclusione a Custodia Attenuata di Ca-

stelfranco Emilia) sono caratterizzate da aspetti di particolare vulnerabilità e multi-problematicità, determinati dalla presenza di un elevato numero di soggetti detenuti, di diverse etnie, portatori di patologie tipiche dell'area del disagio. Tale situazione è resa ancora più complessa dalla prossima apertura di un nuovo modulo

detentivo nella Casa Circondariale di Modena, che comporterà l'aumento della popolazione detenuta dai 500 odierni, ai 700-800 ristretti, numero condizionato dalle scelte politiche nazionali. Si sottolinea come gli investimenti relativi al setting degli istituti penitenziari siano legati direttamente a fonti ministeriali.

#### OBIETTIVI

Miglioramento accoglienza e valutazione medica a tutti i pazienti all'atto dell'ingresso negli istituti

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Garanzia della visita di primo ingresso, l'avvio di misure primarie di profilassi a tutela della salute del singolo e della comunità, attraverso una costante opera di counseling, con la valorizzazione del ruolo dei sanitari medici ed infermieri, la presenza di uno psicologo e con l'appoggio fondamentale di mediatori culturali

Tempi: 2012

#### OBIETTIVI

Sviluppo di una efficace azione di informazione sanitaria, promozione e sviluppo di una cultura della prevenzione, promuovendo una medicina di iniziativa piuttosto che di attesa

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Interventi di prevenzione, screening, promozione della salute, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, rendendo disponibili per i percorsi programmati esami di laboratorio o strumentali sia all'interno degli istituti che nelle strutture sanitarie esterne.

Tempi: 2012

#### OBIETTIVI

Presa in carico dei pazienti affetti da specifiche patologie, con particolare riferimento a quanto di pertinenza psichiatrica, infettivologica, cardiologica.

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Costituzione di una unità psichiatrica, (medico, psicologo infermiere e terapeuta della riabilitazione)  
Mantenimento dell'attività del SERT all'interno della Casa Circondariale e nella Casa di Reclusione di Castelfranco Emilia, per la Sezione a Custodia Attenuata  
Implementazione attività infettivologica per diagnosi e terapia per TB, epatiti e AIDS  
Sviluppo della telemedicina per la refertazione di tracciati e immagine radiologiche a distanza

Tempi: 2012

### 3.2.5 L'assistenza specialistica e i percorsi integrati

In futuro un ruolo chiave sarà giocato dall'assistenza specialistica ambulatoriale nella riduzione delle liste di attesa, dell'accesso inappropriato al pronto soccorso e nel favorire la deospedalizzazione. Saranno riviste le modalità di accesso e le sedi erogative delle prestazioni favorendo il trasferimento verso le cure primarie e offrendo agli assistiti modalità di accesso differen-

ziate ai servizi anche tramite strumenti semplici quali telefono, e-mail, internet fino a modelli organizzativi più articolati (Punto di Accoglienza, Day Service Ambulatoriale, Punto Unico di Accesso). La sola definizione di percorsi condivisi non è sufficiente per garantirne l'attuazione a causa delle difficoltà di gestione soprattutto per i pazienti complessi in cui i percorsi si incrociano tra di loro e intersecano le reti cliniche-assistenziali integrate (rete cure palliative, rete per le gravi disabilità, rete demenza, rete non

autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria).

Saranno orientati i modelli organizzativi del territorio e dell'ospedale al fine di individuare gli snodi al fine di garantire un'integrazione gestionale per coordinare i percorsi e gli accessi alla rete (es. Nuclei di Cure Primarie, Punti di Accoglienza, Punto Unico di Accesso per il territorio) e individuare le funzioni di coordinamento dei percorsi e dell'assistenza dei pazienti più complessi (case manager).

## OBIETTIVI

Ridefinizione dei principali percorsi diagnostici e terapeutici in termini di modalità di accesso, orientamento del paziente, priorità, prestazioni necessarie, in relazione alla tipologia di paziente.

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Nel 2011-2012 si dovranno ridefinire i percorsi di accesso e presa in carico delle condizioni morbose acute con priorità urgente (72h e 7gg) secondo criteri diffusi e omogenei attraverso la condivisione di criteri clinici di accesso e la definizione delle sedi erogative  
Anno: 2011

Sviluppo di percorsi clinico-assistenziali per i soggetti affetti da patologie croniche (diabete, TAO, disturbi cognitivi, disturbi psichiatrici minori, glaucoma)

Sviluppo e implementazione di nuovi percorsi per le patologie croniche degli adulti (scompenso cardiaco, BPCO, ictus, IRC, asma) e dell'infanzia ed età evolutiva (asma, epilessia, celiachia) e organizzare il Punto di Accoglienza quale strumento di regolazione dei percorsi di accesso e di presa in carico ambulatoriali per i malati cronici e non, prevalentemente autosufficienti.  
Anno: 2012

Integrazione dei sistemi informatici attraverso lo sviluppo del progetto SOLE  
Anno: 2012

Sviluppo dei day service ambulatoriali integrati almeno nelle realtà ospedaliere e poliambulatoriali più grandi.  
Anno: 2012

Individuazione delle funzioni di coordinamento dei percorsi e dell'assistenza dei pazienti più complessi attraverso la funzione del case manager  
Anno: 2012

**OBIETTIVI**

Miglioramento del governo e dell'utilizzo delle risorse specialistiche ospedaliere, ottimizzando le relazioni fra la rete territoriale e quella ospedaliera

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Realizzazione su base provinciale dei Punti di Accoglienza unici tra ospedale e territorio attraverso l'individuazione di sedi e risorse dedicate e la stesura di protocolli e procedure organizzative fra ospedale e territorio

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Facilitazione della gestione integrata dei pazienti diabetici

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Riorganizzazione delle strutture diabetologiche con afferenza al Dipartimento delle Cure Primarie.

Avvio nel 2011 ed implementazione del percorso tra gli specialisti delle strutture diabetologiche ed i MMG con progressivo trasferimento di personale, attrezzature e strutture dall'area ospedaliera al Dipartimento di Cure Primarie.

Anno: 2012

**OBIETTIVI**

Consolidamento della rete odontoiatrica provinciale garantendo gli standard assistenziali previsti dal programma regionale

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Consolidamento della rete provinciale odontoiatrica assicurando in ogni realtà distrettuale le prestazioni di I livello, rafforzare le sedi specifiche per le prestazioni di II livello. Assumono valenza di area le attività svolte per la cura ai pazienti disabili.

L'Unità Operativa di Odontostomatologia e Chirurgia Orale dell'AUSL e la UO di Odontoiatria e Chirurgia Oro Maxillo Facciale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria entro 90 gg dall'approvazione del presente documento devono presentare al Dipartimento di Cure Primarie, una proposta di adeguamento dell'offerta odontoiatrica provinciale e di pieno utilizzo degli ambulatori dell'Azienda Ospedaliera Policlinico. Viene mantenuta l'attività di day surgery per l'odontoiatria sociale presso il NOCSAE Baggiovara, Sassuolo SpA e Mirandola, con l'uso di posti letto tecnici.

### 3.2.6 - Cure palliative ed hospice

Nella realtà modenese l'approccio palliativo si è sviluppato da anni secondo il modello delle reti cliniche integrate, 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).

#### La rete delle cure palliative

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**, contribuisce alla più generale crescita della sensibilità e della conoscenza dei professionisti nei confronti del "dolore" e degli strumenti per contrastarlo.

È 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 creando tre livelli di formazione e di

capacità operativa: di base e diffusa (MMG e Infermieri di AD), di 2° livello a funzione di referenza di NCP (MMG) e di 3° livello per funzioni di consulenza specialistica e di erogazione di prestazioni di particolare rilievo. La politica delle cure palliative si sviluppa pertanto nella direzione di **soluzioni extra ospedaliere** con tre tipologie di setting di cura: domiciliare, residenziale e di Hospice territoriale.

In ciascuno dei distretti è istituita una Unità di Cure Palliative Territoriale (UCPT) che riunisce rappresentanze degli Infermieri del SADI, dei MMG secondo la loro appartenenza ai NCP e la loro particolare formazione in Cure Palliative, è 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.

A fianco del consolidato setting di cura domiciliare si identificano, quindi, anche setting di cura residenziali presso casa residenza o presso ricoveri temporanei ed il setting di hospice territoriale propriamente detto quale struttura specializzata.

Dati gli aspetti epidemiologici, di popolazione ed organizzativi si prevede la possibilità di un solo hospice strutturato di 18 letti per l'area centro, mentre per l'area sud e nord si privilegiano le soluzioni di setting residenziali per corrispondere al principio di prossimità del luogo di assistenza al luogo di vita e al domicilio della persona e della famiglia.

La Rete Oncologica Provinciale ospedaliera, che vede oltre al COM la presenza di Day Hospital oncologici nei vari presidi ospedalieri di ciascun Distretto, è chiamata a trovare nuove forme di relazione con il territorio per realizzare la continuità delle cure in fase terminale di malattia oncologica alla luce dei profondi mutamenti dei trattamenti oncologici degli ultimi 5 anni.

#### La rete della terapia del dolore

A differenza della rete delle cure palliative, quella della terapia del dolore si centra su attività specialistiche ospedaliere. Si identifica un centro specialistico di secondo livello presso l'Ospedale di Castelfranco, al quale si affiancano ambulatori presso i presidi ospedalieri che offrono consulenze e prestazioni ambulatoriali di primo livello.

## OBIETTIVI

Consolidamento e sviluppo del modello di erogazione diffusa delle cure palliative

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Revisione organizzativa delle Unità di Cure Palliative Territoriale distrettuali con forme snelle di rappresentanza e interfaccia con il Programma Aziendale, l'identificazione dei consulenti esperti (inter pares) in Cure Palliative sul territorio (un MMG per Nucleo di Cure Primarie, alcuni infermieri per ciascun SADI), la formalizzazione e riconoscimento dell'attività consulenziale degli esperti. A partire dal 2011 sarà organizzata l'attività formativa e di coordinamento per i professionisti esperti che avranno un ruolo consulenziale nella rete delle Cure Palliative

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Attivazione di un hospice aziendale territoriale afferente al Dipartimento di cure primarie a gestione infermieristica per pazienti terminali oncologici e non oncologici e sviluppo della rete delle cure palliative

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Trasferimento dell'Hospice del COM – Policlinico alla responsabilità gestionale del Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda USL che svilupperà un modello a gestione infermieristica fortemente integrato con i bisogni del territorio e con il coinvolgimento di MMG ed infermieri territoriali esperti

Tempi: 2012

“Identificazione per il prossimo triennio di posti letto di strutture residenziali per l'assistenza di questi pazienti nei vari Distretti con bacino di utenza di riferimento di area (Nord, Sud e Centro) integrati con l'hospice di Modena nell'ambito di una unica rete di posti letto per le terminalità. Si ritiene congruo un progetto di 6 posti letto pubblici per ciascuna area.

In quest'ottica, a fronte dell'eventualità che soggetti privati del terzo settore realizzino e gestiscano strutture territoriali, è prevista la possibilità di un convenzionamento parziale da parte dell'AUSL.

**OBIETTIVI**

Attuazione in ogni stabilimento ospedaliero di una funzione consulenziale in medicina palliativa.

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Identificazione dei consulenti esperti in Cure Palliative in Ospedale (Medici ed Infermieri per i pazienti in fase terminale).

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Sviluppo delle attività di terapia del dolore

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Sviluppo della Rete Provinciale della Terapia del dolore coordinata dalla UO collocata presso l'Ospedale di Castelfranco, per la quale è stato chiesto un riconoscimento come centro di riferimento extraprovinciale.

Tempi: 2011

### 3.2.7 - Lungodegenza e riabilitazione

Viene affrontata in questo capitolo dell'assistenza territoriale l'attività di lungodegenza, in quanto la caratterizzazione delle cure per acuti da un lato e la prevalenza di polipatologia

e di fragilità soprattutto nelle persone anziane dall'altro, fanno della lungodegenza un anello strategico di congiunzione tra ospedale e territorio. Gli obiettivi principali di quest'area assistenziale sono il perseguimento dell'unitarietà della cura e la preparazione alla dimissione al domicilio

dei pazienti fragili costruendo forme di assistenza multidimensionale integrata. Per tale motivo la valutazione complessiva dell'offerta assistenziale territoriale deve tener conto anche dei dati di offerta lungodegenziale e lungoassistenziale.

#### OBIETTIVI

Riconversione di posti letto per acuti in posti letto per lungodegenza

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Incremento dei posti di lungodegenza e individuazione di percorsi e modelli organizzativi adeguati per le cure intermedie (fase ospedaliera)

Presenza in carico precoce dei pazienti con disabilità acuta secondaria (neurologica, traumatologica, cardiorespiratoria)

Definizione di tre reparti di degenza riabilitativa (NOCSAE, Mirandola, Sassuolo) e permanenza presso gli Ospedali di Pavullo, Vignola, Castelfranco, Carpi di posti letto di riabilitazione ubicati all'interno dei reparti di lungodegenza. Permanenza delle attività ambulatoriali presso ciascuna sede distrettuale.

Garanzia della continuità del percorso di cura e miglioramento della riabilitazione domiciliare in una logica di appropriatezza e di domiciliamento precoce dei pazienti

Integrazione fra le equipe riabilitative territoriali ed ospedaliere, tramite il coordinamento del Programma riabilitativo provinciale

Garanzia ed equità nella prescrizione degli ausili ai paz. disabili secondo criteri di appropriatezza e sostenibilità

Coordinamento tra medici prescrittori e autorizzatori

Adeguamento delle attività di riabilitazione cardiorespiratoria a standard di sicurezza per i pazienti cardiocirurgici, ed esiti di angioplastica

Inserimento delle funzioni di riabilitazione cardiologica in ospedali a valenza hub (NOCSAE ed Hesperia Hospital)

### 3.2.8 - Salute mentale

#### Salute mentale adulti

Nell'area della Salute Mentale degli adulti si ritiene indispensabile intensificare le azioni di prevenzione, cura e reinserimento dei pazienti attraverso l'integrazione trasversale ai diversi settori del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, con le cure primarie (specie Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta con il Programma Leggieri), con gli altri Servizi/Strutture dell'Azienda USL, con i Servizi Sociali degli EE.LL., con il Volontariato, con le famiglie, le imprese. Tessuto connettivo dell'integrazione istituzionale sarà l'attività

di formazione congiunta di tutte le figure coinvolte, tesa a condividere finalità, metodi, strumenti e procedure di lavoro.

Sul territorio provinciale sono operativi 5 poli ospedalieri intensivi (3 SPDC e 2 SPOI) per 60 posti letto ordinari, e 24 posti DH (di cui 21 a Modena). Complessivamente quindi sono disponibili 84 PL (con un'eccedenza di 15 PL rispetto ai parametri nazionali e regionali). Dal punto di vista della gestione, le strutture pubbliche costituiscono il 48% dell'offerta, mentre il 52% è acquistato con specifici contratti di fornitura dal privato accreditato. L'eccesso di offerta nel settore ospedaliero per acuti va riequilibrato attraverso un ridimensionamento dell'offerta

di posti letto DH, allo stato in parte sottoutilizzati, in parte utilizzati con modalità inappropriate.

La rete delle strutture residenziali consta di 144 PL, per oltre l'80% collocati nel territorio del Comune di Modena. Le strutture pubbliche costituiscono il 22% dell'offerta, mentre il 78% è acquistato con specifici contratti di fornitura dal privato accreditato. Sono inoltre presenti 115 posti letto in altre strutture a più bassa intensità assistenziale (53 in gruppo appartamento e 62 in comunità alloggio). Tale offerta assistenziale è meglio distribuita sul territorio provinciale, rispondendo al criterio del fabbisogno territoriale e della stretta connessione con le comunità di appartenenza.

#### OBIETTIVI

Empowerment di utenti e familiari

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Realizzazione della Carta dei Servizi e delle Opportunità per utenti e familiari, in collaborazione con i Comuni, la Provincia, e gli Enti Pubblici e Privati che per mandato o statuto operano nelle aree dell'inclusione sociale

Tempi: 2012

#### OBIETTIVI

Partecipazione di utenti e familiari alla vita dei Servizi sanitari

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Promozione della presenza delle associazioni di utenti e familiari presso i Servizi della rete assistenziale per la Salute Mentale

Costituzione di Gruppi di Auto-aiuto con funzioni di accoglienza e di primo orientamento, co-gestiti dalle associazioni di utenti e familiari

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Affermazione di una cultura della ripresa e del recupero possibile (recovery), contrapposta a quella della cronicità e dell'incurabilità

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Applicazione di modalità organizzativo-gestionali e di pratiche di sostegno ai progetti di inclusione, garantendo la valorizzazione del sapere esperienziale delle persone con disagio e dei loro familiari

Favorire e supportare la costituzione di reti informali (polisportive, circoli, associazioni di volontariato, cooperative, ecc.) interagenti con quelle assistenziali

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Lotta all'esclusione sociale ed alla marginalizzazione delle persone con disturbi psichiatrici

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Valorizzazione delle esperienze comunitarie positive  
Comunicazione e coinvolgimento della comunità nell'organizzazione e realizzazione con cadenza annuale della Settimana della Salute Mentale a Modena e Provincia

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Integrazione intra-dipartimentale dei settori Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, NeuroPsichiatria Infantile, Psicologia Clinica; integrazione inter-dipartimentale con cure primarie (UU.OO e MMG con progetto Leggieri); integrazione inter-aziendale con gli EE.LL. per le attività socio-sanitarie integrate e con l'Università per attività assistenziali, di didattica e ricerca

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Estensione della valutazione multidisciplinare integrata e della progettazione congiunta sui casi multiproblematici come esemplificazione delle modalità di lavoro all'interno del dipartimento e tra i settori del DSM-DP e gli EE.LL.

Sperimentazione e realizzazione di modelli clinico assistenziali centrati sull'utenza; estensione delle modalità di qualificazione professionale e di formazione congiunta tra diverse professionalità e inter-agenzie

Tempi: 2011

## OBIETTIVI

Riduzione dei ricoveri ospedalieri e parallelo incremento delle attività territoriali

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sperimentazione in almeno un Centro di Salute Mentale (CSM) per area con apertura e accoglienza h 24, quale presidio territoriale all'emergenza ambientale che si trasforma in urgenza clinica. Questa modalità organizzativa alternativa al ricovero ospedaliero è già potenzialmente realizzabile nei CSM presso cui sono allocate Residenze a Trattamento Intensivo

Superamento della separazione tra attività territoriali ed ospedaliere, portando le due funzioni sotto lo stesso governo

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Incremento della domiciliarità degli interventi

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Investimento in personale, formazione e mezzi per la realizzazione di un incremento del 50% delle attività assistenziali svolte a domicilio del paziente

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Riequilibrio dell'offerta ospedaliera per la salute mentale

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Differenziazione e specializzazione di SPDC e SPOI con centralizzazione delle funzioni a più elevata intensità (ricoveri per TSO in SPDC) e dislocazione in area Nord, Sud e Centro della funzione psichiatrica ospedaliera intensiva (SPOI).

Riduzione e riconversione di posti letto attualmente in day hospital

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Riequilibrio dell'offerta residenziale per la salute mentale

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Realizzazione di una maggiore flessibilità allocativa, indispensabile per il riequilibrio dell'offerta nelle 3 aree geografiche, nel rispetto del principio della collocazione delle strutture residenziali nella comunità di appartenenza, in area abitativa ordinaria, nel contesto dei luoghi di vita.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Razionalizzazione dell'offerta residenziale in direzione della bassa intensità assistenziale sanitaria e socio-sanitaria

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Realizzazione di opzioni residenziali del segmento socio-sanitario, a minore intensità assistenziale di tipo socio-sanitario (gruppi appartamento e comunità alloggio), con tempi di permanenza a lungo termine (si stima un fabbisogno di 50 posti: 15 Area Nord, 15 Area Sud e 20 Area Centro).

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Incremento dei progetti terapeutico-riabilitativo individuali volti all'abilitazione/recupero del ruolo sociale e lavorativo, in collaborazione con gli EE.LL., il privato sociale ed imprenditoriale

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Applicazione di modalità organizzativo-gestionali sperimentali di sostegno ai progetti terapeutico-riabilitativi individuali (budget individuali di salute)

Realizzazione di modalità gestionali innovative che coniughino efficacia e sostenibilità, nell'ottica della sussidiarietà orizzontale

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Sviluppo del Programma Disturbi Comportamento Alimentare

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Attivazione da parte del Dipartimento di Salute Mentale del Programma dei Disturbi del Comportamento Alimentare con valenza provinciale e il coinvolgimento di più dipartimenti e unità operative

Tempi: 2011

### Posti letto ospedalieri Area Salute Mentale

	Policlinico	Area Centro			Area Nord		Area Sud			Privato accreditato*		Totale
		NOCSAE	Modena	Castelfranco	Carpi	Mirandola	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Villa Igea	Villa Rosa	
SPDC - Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	-	15	-	-	9	-	-	-	-	12	-	<b>36</b>
OBIP - Osservazione Breve Intensiva Psichiatrica	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>3</b>
NPIA - Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza.	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>2</b>
SPOI - Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	11	<b>21</b>
Day Hospital	10	-	-	-	3	-	-	-	-	10	1	<b>24</b>
<b>Totale</b>	<b>10</b>	<b>20</b>	-	-	<b>12</b>	-	-	-	-	<b>32</b>	<b>12</b>	<b>86</b>

I 12 posti letto SPDC di Villa Igea sono collocati all'interno dell'Ospedale di Sassuolo

### Posti letto residenziali Area Salute Mentale

	Policlinico	Area Centro			Area Nord		Area Sud			Privato accreditato*			Totale
		NOCSAE	Modena	Castelfranco	Carpi	Mirandola	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Villa Igea	Villa Rosa	Ceis	
RTI - Residenze a trattamento intensivo	-	-	20	-	-	-	-	-	-	21	25	-	<b>66</b>
RTP - Residenze a trattamento protratto	-	-	-	-	-	-	-	6	-	36	12	-	<b>54</b>
RSR - Residenze socio-riabilitative	-	-	-	-	-	-	-	6	-	-	-	18	<b>24</b>
<b>Totale</b>	-	-	<b>20</b>	-	-	-	-	<b>12</b>	-	<b>57</b>	<b>37</b>	<b>18</b>	<b>144</b>

I 6 posti letto RTP di Pavullo sono collocati all'interno dell'ospedale di Pavullo

\* I posti letto delle strutture private accreditate sono quelli effettivamente utilizzati dall'Azienda USL di Modena

### Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza

Il livello distrettuale, costituito dalle équipes multiprofessionali distrettuali, è dedicato all'accoglienza, alla valutazione e alla diagnosi dei nuovi utenti, alla presa in carico territoriale. Cura inoltre i percorsi per l'accertamento della disabilità e la certificazione ai fini della integrazione scolastica degli alunni disabili, secondo la vigente normativa, nonché l'inserimento scolastico dei soggetti con disturbi specifici di apprendimento.

Il livello aziendale è organizzato in gruppi di lavoro con lo scopo di realizzare i programmi regionali dedicati alle seguenti aree:

- neurologia e neuroriabilitazione delle gravi disabilità neuromotorie;
- psicopatologia, in particolare i percorsi clinici dedicati alle sindromi ipercinetiche e ai disturbi del comportamento alimentare;

- neuropsicologia, specialmente i disturbi del linguaggio e i disturbi dell'apprendimento;

- autismo.

Un'ulteriore area di intervento riguarda la gestione delle urgenze e delle emergenze psicopatologiche dell'infanzia e dell'adolescenza, intese come crisi del sistema/contesto. Queste, di regola, sono gestite a livello territoriale con il contributo di un gruppo di educatori appositamente formati. Si sta operando per garantire consulenze neuropsichiatriche urgenti sia presso il NOCSAE di Baggiovara, sia presso il Policlinico di Modena, in collaborazione con la Cattedra di Neuropsichiatria infantile dell'Università di Modena e Reggio. In casi selezionati è prevista la possibilità di degenze brevi presso una sezione dedicata del SPDC del NOCSAE di Baggiovara.

La struttura per minori "Il Nespolo",

realizzata nel 2007 presso l'Ospedale Privato Accreditato "Villa Igea" di Modena, costituisce un'ulteriore opportunità per trattamenti residenziali: vi opera una équipe multiprofessionale che effettua anche interventi ambulatoriali e semiresidenziali. Il raccordo con la rete dei servizi neuropsichiatrici territoriali dell'Ausl è garantito da una procedura condivisa per l'invio e la presa in carico integrata dei minori.

È presente inoltre presso il Policlinico un Programma per lo sviluppo della neuropsichiatria infantile 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.

#### OBIETTIVI

Miglioramento dei percorsi diagnostici e di presa in carico dei bambini e degli adolescenti affetti da disturbi del neurosviluppo

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Dare completa attuazione ai percorsi diagnostici e di presa in carico, previsti anche dalla vigente normativa regionale, in particolare negli ambiti dei disturbi del linguaggio, apprendimento, ritardo mentale, ADHD, sfera emozionale e della condotta.

Tempi: 2011-2013

#### OBIETTIVI

Miglioramento dei percorsi diagnostici e di presa in carico delle gravi disabilità neuromotorie

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Implementazione del protocollo di interfaccia con il reparto di Neonatologia del Policlinico per la dimissione protetta dei neonati con rischio neuroevolutivo

Tempi: 2011

## OBIETTIVI

Miglioramento dei percorsi diagnostici e di presa in carico dei bambini e degli adolescenti affetti da disturbi dello spettro autistico

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Realizzazione di interventi di parent training a garanzia della continuità assistenziale nel passaggio degli utenti alla maggiore età, con il coinvolgimento di tutti i settori dipartimentali, degli EE.LL. e delle associazioni dei familiari

Tempi: 2011

Incremento dei progetti e delle attività terapeutico-riabilitative individuali volte all'abilitazione dell'utente nel suo ruolo sociale e scolastico, in collaborazione con le famiglie, l'associazionismo, il privato sociale ed imprenditoriale, anche tramite l'applicazione di modalità organizzativo-gestionali sperimentali di sostegno a progetti su utenza di minori e adolescenti autistici.

Tempi: 2011-2013

## OBIETTIVI

Miglioramento dei percorsi di trattamento residenziale e semi-residenziale in strutture sanitarie

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Definizione di protocolli per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza residenziale e semi-residenziale

Definizione della Direzione scientifica della struttura "il Nespolo" alla Cattedra di Neuropsichiatria Infantile, per lo svolgimento di attività di formazione e ricerca

Tempi: 2011

## OBIETTIVI

Miglioramento dei percorsi di residenzialità presso strutture socio-sanitarie

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Definizione dei percorsi per l'inserimento e il monitoraggio dei trattamenti a minori presso strutture socio-sanitarie secondo le varie tipologie di bisogno (tutela, interventi socio-educativi)

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Organizzazione della rete provinciale per la gestione delle emergenze e delle urgenze psichiatriche dell'infanzia e dell'adolescenza

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Definizione di due poli di ricovero per la gestione delle acuzie psicotologiche dell'età evolutiva  
 1) per i minori di anni 14, presso il Policlinico di Modena, Reparto di Pediatria;  
 2) per i soggetti di età compresa tra 14 e 17anni, presso il NOCSAE di Baggiovara, nella sezione dedicata del SPDC

Definizione del percorso di dimissione protetta e di affidò alle strutture residenziali o semiresidenziale post-acuzie per minori o alla rete ambulatoriale territoriale

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Predisposizione del percorso clinico e riabilitativo per i bambini affetti da ipoacusia

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Costituzione di un Team Aziendale per le Disabilità Uditive (TADU) costituito da operatori del Settore di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA) e dell'Ambulatorio di Audiologia del Policlinico di Modena

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Trattamento polidisciplinare delle disabilità

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Attivazione rapporti privilegiati con funzioni specialistiche d II e III livello (es. oculistica, ortopedia, riabilitazione funzionale) per il trattamento multidisciplinare delle disabilità.

Tempi: 2011

## Dipendenze Patologiche

Il Settore Dipendenze Patologiche è presente in tutti i sette distretti dell'AUSL con le attività di Servizio Tossicodipendenze, Centro Alcolologico, Centro Antifumo e ambulatorio per il gioco patologico. Se da un lato il sistema può essere ritenuto maturo ed adeguato per la cura e la riabilitazione delle gravi condizioni

di tossicodipendenza, alcolismo, tabagismo e gioco patologico, dall'altro è necessario un salto di qualità per adeguarsi ai cambiamenti dello scenario dell'uso di sostanze psicoattive. A tal fine gli obiettivi generali futuri riguardano il potenziamento dell'offerta ambulatoriale e dei programmi diurni e in day hospital (per limitare il ricorso ai ricoveri) e l'au-

mento delle possibilità di contatto tra il personale dei servizi con l'area del consumo di sostanze psicoattive, esplorando nuovi contesti di attività, al fine di mettere in atto interventi di prevenzione secondaria, problematizzazione di comportamenti a rischio non percepiti come tali e motivazione precoce al cambiamento dello stile di vita.

### OBIETTIVI

Potenziamento della offerta ambulatoriale e facilitazione dell'accesso dei cittadini

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

- Organizzazione del SerT di Modena su due poli ambulatoriali territoriali (est e ovest), con orario di apertura a scacchiera sulle 12 ore diurne, con la individuazione di una sede per il secondo ambulatorio SerT. A seguire trasferimento del SerT di Modena in una nuova sede più accessibile ai cittadini
- Definizione di un progetto provinciale cocaina con la sperimentazione di gruppi terapeutici
- Inserimento della figura dell'infermiere, a fianco del medico e dell'educatore, nell'unità di strada per integrare gli interventi di riduzione del danno con primi interventi di valutazione diagnostica e terapia
- Supporto ai progetti innovativi degli enti accreditati, sul gioco d'azzardo (LAG di Vignola, progetto Rien Va Plus) e sui rientri territoriali (progetto Ri Abi.Ti.a.Mo dell'Angolo e appartamento per doppia diagnosi del CeIS)

Anno: 2012

### OBIETTIVI

Riduzione ricorso ai ricoveri e miglioramento della appropriatezza dei programmi in comunità terapeutica

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

- Messa a disposizione dei posti letto per alcolisti del day hospital del Servizio di Tossicologia del Policlinico e del Centro Diurno di Villa Rosa anche per gli altri distretti della provincia
- Avvio di una attività di day service di valutazione alcolologica presso il day hospital del Servizio di Tossicologia
- Aumento del numero annuo di moduli alcolologici specialistici brevi al Centro Diurno Colombarone
- Aumento a 3 dei posti letto per tossicodipendenti multiproblematici nel day hospital di Villa Igea
- Ridefinizione e monitoraggio dei percorsi in comunità terapeutica.

Anno: 2012

**OBIETTIVI**

Incremento della presa di contatto precoce con l'area del consumo a rischio e dell'abuso non consapevole di sostanze psicoattive

**AZIONI STRUMENTI TEMPI****Area droghe**

- Organizzazione in collaborazione con la Prefettura e le Forze dell'Ordine di uscite notturne della Unità Mobile Sert del progetto Drugs On Street in prossimità delle discoteche presenti nei comuni della provincia, in aggiunta a quelle nel Comune di Modena

**Area Alcoolismo**

- Prosecuzione del progetto dei corsi infoeducativi "Alcool e Guida Sicura" rivolti a tutti i soggetti fermati per guida in stato di ebbrezza alcolica  
Incremento del numero delle aziende industriali e delle ditte di servizi coinvolte nel progetto Alcool e Lavoro

**Area Tabagismo**

- Attivazione della consulenza dei Centri Antifumo nei tabagisti ricoverati, come nel progetto FRESCO (Cardiologia e Centro Antifumo di Carpi) e sviluppo di una attività a livello provinciale.  
- Svolgimento corsi per smettere di fumare presso i centri antifumo dei distretti e anche in contesti particolari nell'ambito di progetti speciali (es. scuole e aziende)

Anno: 2012

**Psicologia Clinica**

Appartengono al Settore tutti gli psicologi dell'Azienda che svolgono attività clinica e di comunità. L'attività psicologica è svolta all'inter-

no degli altri settori del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e garantisce anche prestazioni per il Dipartimento Cure Primarie, il presidio ospedaliero e tutela minori

integrandosi coi servizi sociali dei Comuni. È inoltre presente un servizio di Psicologia Clinica presso il Policlinico di Modena.

**OBIETTIVI**

Consolidamento degli interventi sanitari a valenza sociale a favore dei minori e della famiglia in situazione di inadeguatezza genitoriale, trascuratezza, maltrattamento e abuso

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Prevenzione del rischio di disagio psichico  
Valutazione multidisciplinare in ottica biopsicosociale  
Progettazione interventi di presa in carico, trattamento e cura  
Revisione del protocollo di Intesa Provinciale Interistituzionale per le strategie di intervento e prevenzione sull'abuso e la violenza all'infanzia e all'adolescenza.

Tempi: 2011

## OBIETTIVI

Consolidamento degli interventi di prevenzione del disturbo psichico in adolescenza

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Raccordo con altri servizi sanitari, sociali ed educativi finalizzati alla facilitazione dell'accesso diretto e/o mediato degli adolescenti verso il Centro Adolescenza e Spazio Giovani

- qualificazione dei percorsi di prevenzione secondaria e cura dei disturbi psichici in adolescenza
- intercettazione dei disturbi psicopatologici in adolescenza con attenzione all'esordio psicotico e attivazione di percorsi con gli altri settori del DSM

## OBIETTIVI

Miglioramento dei percorsi assistenziali ospedalieri e servizi del DSM del territorio per le patologie ad andamento cronico e patologie psicosomatiche

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Costruzione di progetti e percorsi personalizzati, con i diversi professionisti, per la continuità assistenziale e un migliore accesso alle offerte del territorio

## OBIETTIVI

Nei centri per i disturbi cognitivi, modulazione degli interventi psicologici in considerazione della prevalenza della patologia dementigena nella popolazione e fornire visibilità al caregiving e alle sue necessità per la continuazione delle cure

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Implementazione dell'accesso dei care-giver in tutte le fasi della malattia dementigena.

Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia degli interventi sul peso assistenziale dei caregiver di pazienti affetti da demenza  
Favorire il lavoro di rete con i servizi sanitari sociali e il volontariato

### 3.3 - L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

In questi ultimi dieci anni nell'area ospedaliera modenese si sono concentrati i maggiori sforzi organizzativi e di investimento delle aziende sanitarie. E anche nella futura programmazione quest'area dovrà adeguarsi in modo importante ai nuovi bisogni e al rinnovato contesto organizzativo.

Sono riconfermati il modello hub & spoke e le reti assistenziali già previste con la precedente programmazione. In questa ottica le due strutture ospedaliere di Baggiovara e Policlinico assumono una valenza di hub provinciale e la loro integrazione va contestualizzata all'interno dell'intera rete ospedaliera provinciale e strettamente collegata alla revisione delle mission di tutti gli ospedali.

L'obiettivo principale è quindi quello di garantire una offerta commisurata ai bisogni, in condizioni di sicurezza e appropriatezza sia clinica che organizzativa.

Obiettivi specifici sono:

- consolidamento del **modello hub & spoke**, centralizzando le funzioni ad alta complessità che a seconda delle diverse discipline può avvenire

re a livello sovradistrettuale (area), provinciale, area vasta (interprovinciale) o regionale. Questo permette la **centralizzazione della casistica**

**a maggiore complessità** presso gli ospedali di riferimento e l'erogazione capillare e diffusa delle prestazioni di maggior frequenza e minor complessità;

- promozione di azioni specifiche per **ridurre il rischio di riospitalizzazione**, quali gestione della continuità assistenziale e gestione integrata della cronicità, adozione di interventi specialistici al domicilio, telemedicina, follow-up attivo di alcune categorie di pazienti (a domicilio o in residenza);
- eliminazione delle duplicazioni esistenti e adozione di percorsi assistenziali integrati tra AUSL e Policlinico;
- promozione della continuità assistenziale e rafforzamento del governo clinico attraverso la sistematicità dei controlli di appropriatezza, di competenza professionale, di adeguatezza organizzativa e di sicurezza delle cure.

A titolo esemplificativo, si riporta uno schema utile a definire la **sede di erogazione delle prestazioni** sanitarie in funzione della loro **complessità e frequenza**.

#### 3.3.1 – L'organizzazione della rete ospedaliera provinciale

La **revisione della rete ospedaliera** comporta la **riorganizzazione per area geografica e di intensità di cura** - nord, centro e sud - prevedendo accanto alle due strutture che fungono da hub provinciali per le funzioni di alta complessità (Baggiovara e Policlinico), ospedali di area e ospedali di prossimità.

- Negli **ospedali di area (Carpi e Sassuolo)** sono presenti oltre alle discipline di base, anche quelle discipline specialistiche che per il loro particolare livello tecnico richiedono un adeguato supporto strutturale e organizzativo e assumono una valenza sovradistrettuale (anche in emergenza nelle 24 ore). Tali strutture operano in stretta collaborazione ed integrazione con gli ospedali di prossimità per garantire un adeguato livello di competenze cliniche del sistema di area. Le competenze di cui sopra possono essere garantite anche attraverso l'integrazione delle equipe afferenti a diverse strutture e la mobilità dei professionisti. Da ultimo, gli ospedali di riferimento di area rappresentano i nodi intermedi della rete hub and spoke per i percorsi che hanno nelle strutture di Baggiovara e Policlinico gli hub di riferimento.

- Gli **ospedali di prossimità (Mirandola, Pavullo, Vignola e Castelfranco)** assicurano le attività a più frequente incidenza epidemiologica e garantiscono la continuità assistenziale attraverso la gestione autonoma o in rete delle urgenze coerentemente con il livello organizzativo presente. Garantiscono l'equità di accesso ai servizi attraverso la presa in carico e l'orientamento dei pazienti secondo i percorsi clinici hub and spoke sia di area che provinciali.

Sede di erogazione delle prestazioni		Complessità	
		Alta	Bassa
Frequenza	Alta	Strutture ad alta complessità (sicurezza)	Tutte le strutture (equità di accesso)
	Bassa	Strutture ad alta complessità (sicurezza)	Strutture predefinite (efficienza e mantenimento della clinical competence)

Sulla base della classificazione sopra citata le strutture sono così articolate:

- NOCSAE e Policlinico svolgono al contempo funzioni di ospedali di riferimento per l'Area Centro e funzioni specifiche di hub per la rete provinciale. Sono anche ospedali di riferimento nazionali e regionali per alcune funzioni;
- Carpi e Sassuolo svolgono una funzione di ospedale di area rispettivamente per l'area nord e sud;
- Mirandola, Pavullo, Vignola e Castelfranco assumono un ruolo di ospedali di prossimità, assicurando attività di area medica e chirurgica di media-bassa complessità;
- Per l'Ospedale di Castelfranco, al fine di garantire la clinical competence e l'integrazione a livello di area ospedaliera con le altre strutture presenti sul territorio, si prevede una analisi di fattibilità mirata a valutare l'afferenza dell'organizzazione e del governo delle attività di area medica e chirurgica da parte dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena, naturale polo di riferimento per la popolazione residente.
- In considerazione delle peculiarità del territorio dell'Appennino modenese, si riconferma la funzione irrinunciabile e strategica dell'ospedale di Pavullo nell'ambito della rete assistenziale modenese.

Ad integrazione di quanto previsto nel

documento di integrazione Policlinico-Baggiovara del 2003 si riportano di seguito le **mission** delle due strutture ospedaliere modenesi:

- **Policlinico** sede di insegnamento per i corsi di laurea specialistica e per i corsi di laurea breve di area sanitaria, per il quale si confermano le attività elettive di II e III livello con particolare riferimento alla oncologia, alla chirurgia trapiantologica, alle specialità chirurgiche e internistiche e al materno-infantile. Inoltre è sede privilegiata per lo sviluppo della medicina rigenerativa, genomica e la diagnosi e terapia delle malattie rare e sviluppo di tecniche innovative.
- **NOCSAE-Baggiovara** sede di attività non programmate a prevalente orientamento chirurgico e del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di II livello, comprensivo dei percorsi del politrauma, dello stroke e dell'IMA, comprensivo dell'attività di emodinamica in urgenza e delle emergenze vascolari. È sede della chirurgia vascolare e 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. Riconferma e sviluppo dell'ospedale NOCSAE-Baggiovara quale **secondo polo di integrazione** tra Servizio Sanitario e Università per la didattica e la ricerca scientifica.

La **ospedalità privata** costituisce a tutti gli effetti parte integrante della rete ospedaliera provinciale. L'integrazione si realizza in via programmatica attraverso i processi di autorizzazione e accreditamento, da considerarsi in maniera dinamica per potersi adattare alle mutate necessità provinciali. La pianificazione annuale si realizza attraverso i contratti di fornitura, che definiscono i volumi economici e prestazionali in coerenza con la programmazione provinciale. Al fine di facilitare la flessibilità erogativa ed il passaggio delle prestazioni dal regime di ricovero a quello ambulatoriale si prevede l'implementazione del budget unico. Esso non viene inteso solo come elemento automatico di programmazione, ma anche come vincolo massimo contrattuale. L'integrazione clinica viene raggiunta attraverso la partecipazione professionale a gruppi/commissioni di volta in volta costituite e con il concorso alla realizzazione dei percorsi di cura (es. Commissione cardiologica provinciale). Anche il privato è chiamato alla partecipazione e adozione di modalità comuni di interfaccia con il territorio e la rete ospedaliera nei processi di ricovero, dimissione/trasferimento. È parimenti chiamato alla condivisione delle politiche provinciali di assistenza farmaceutica con particolare riferimento agli obiettivi di adesione all'uso appropriati dei farmaci, all'uso dei farmaci equivalenti ed alla ricerca del miglior rapporto costo-efficacia.

Organizzazione della rete ospedaliera	Hub Provinciali	Ospedali di area	Ospedali di prossimità
Area NORD	NOCSAE AOU Policlinico	Carpi	Mirandola
Area CENTRO	NOCSAE AOU Policlinico	NOCSAE AOU Policlinico	Castelfranco E.
Area SUD	NOCSAE AOU Policlinico	Sassuolo	Pavullo Vignola

### 3.3.2 - Azioni di miglioramento organizzativo generale

- Si prevede la creazione di un coordinamento delle direzioni mediche degli ospedali provinciali (**Presidio unico provinciale interaziendale**), inteso come momento di aggregazione e confronto tra le direzioni mediche del Presidio Ospedaliero provinciale dell'Azienda USL, dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Policlinico di Modena e della Sassuolo SpA, che supporti le direzioni strategiche aziendali in ordine alle scelte organizzative, di produzione ospedaliera e di valutazione delle loro attività. Il coordinamento garantisce le funzioni di:
  - orientamento organizzativo e strategico, favorendo l'ottimizzazione nell'utilizzo delle strutture ospedaliere;
  - promozione e facilitazione nella

adozione dei percorsi hub and spoke

- governo delle emergenza che per la loro complessità necessitano di una gestione concordata e condivisa a livello provinciale (es, epidemia influenzale, particolari situazioni di iperafflusso di pazienti);
- facilitazione dello sviluppo della clinical competence attraverso l'attivazione di percorsi formativi e abilitativi
- facilitazione degli interventi delle equipe itineranti
- omogeneizzazione dei percorsi di integrazione ospedale- territorio
- **Rimodulazione dei posti letto** con riduzione di quelli chirurgici di degenza ordinaria e maggior utilizzo di forme assistenziali quali la day surgery e la chirurgia ambulatoriale e contestuale aumento dei letti di lungodegenza e riabilitazione;
- Riorganizzazione interna degli ospedali secondo un modello per **livelli**

**assistenziali tarata sui bisogni dei singoli pazienti, con aree polispecialistiche** ma di omogeneo livello assistenziale. Al fine di garantire la continuità assistenziale, viene avviata sperimentalmente **l'individuazione del medico e dell'infermiere referente** per il paziente ricoverato e nel primo periodo di dimissione; In tale ottica è prevista l'ottimizzazione nell'utilizzo dei posti letto con una organizzazione dell'assistenza per intensità indipendentemente dalla disciplina di appartenenza anche attraverso l'accorpamento in un'unica area di discipline affini (aree assistenziali omogenee). A livello di ogni singola struttura ospedaliera, vi sarà quindi un progressivo accorpamento dei posti letto senza pregiudizio per qualità ed efficacia dell'assistenza.

Di seguito viene riportata una prima rappresentazione delle aree omogenee.

#### Baggiovara

- Area omogenea Medicina Riabilitativa – Riabilitazione Cardio-Respiratoria
- Area diurna polispecialistica

#### Carpi

- Area omogenea attività di ortopedia, oculistica
- Area omogenea chirurgia-urologia-ginecologia
- Area omogenea plurispecialistica: cardiologia nefrologia
- Area diurna polispecialistica

#### Mirandola

- Area omogenea ortopedia-chirurgia
- Area critica plurispecialistica
- Area diurna polispecialistica

#### Vignola

- Area omogenea ortopedia-chirurgia
- Area diurna polispecialistica

#### Pavullo

- Area omogenea ortopedia-chirurgia-ginecologia
- Area diurna polispecialistica

#### AOU Policlinico

- Area dipartimentali omogenee
- Area diurna polispecialistica

#### Sassuolo

- Area omogenea medica
- Area omogenea degenza breve chirurgica

• **Sviluppo della dirigenza delle professioni sanitarie assistenziali.** La logica di riorganizzazione della rete ospedaliera con orientamento alla complessità assistenziale e di cura, rivede la modalità di individuazione delle unità operative, verso una crescente multidisciplinarietà e pluri-specializzazione. Queste soluzioni

innovative richiedono un rafforzamento dei ruoli organizzativi rivolti all'operatività giornaliera delle risorse assistenziali e tecnologiche (nursing/ midwifery management di origine anglosassone);

• Nelle discipline specialistiche laddove esistano unità operative presenti nelle diverse aree e aziende sanitarie

e non siano presenti programmi, si prevedono **coordinamenti specialistici provinciali** (es. otorinolaringoiatria) con il compito di supportare le direzioni aziendali nella programmazione delle attività in coerenza dei criteri dell'appropriatezza clinica e organizzativa, della sicurezza e dell'efficienza.

Posti letto ospedalieri 2011-2013	Area Centro			Area Nord		Area Sud			Totale Pubblico	Ospedali privati accreditati					Totale Privato	Totale	Tasso 2011-2013 x 1000 ab. (con 710mila ab.)
	Policlinico	NOCSAE	Castelfranco	Carpi	Mirandola	Sassuolo	Pavullo	Vignola		Hesperia	Prof. Fogliani	Villa Igea	Villa Rosa	Villa Pineta			
Acuti	693	418	30	268	137	214	104	91	<b>1955</b>	121	35	96	24	15	<b>291</b>	<b>2246</b>	3,16
Lungodegenza - Riabilitazione	37	105	20	23	64*	28	35	30	<b>342</b>	4	15	69	7	85	<b>180</b>	<b>522</b>	0,74
<b>Totale 2011-2013</b>	<b>730</b>	<b>523</b>	<b>50</b>	<b>291</b>	<b>201</b>	<b>242</b>	<b>139</b>	<b>121</b>	<b>2297</b>	<b>125</b>	<b>50</b>	<b>165</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>471</b>	<b>2768</b>	3,90
<b>Totale 2010</b>	<b>747</b>	<b>517</b>	<b>70</b>	<b>294</b>	<b>188</b>	<b>256</b>	<b>149</b>	<b>129</b>	<b>2350</b>	<b>125</b>	<b>50</b>	<b>165</b>	<b>32</b>	<b>100</b>	<b>472</b>	<b>2822</b>	
Differenza	-17	6	-20	-3	13	-14	-10	-8	<b>-53</b>	-	-	-	-1	-	<b>-1</b>	<b>-54</b>	

\* I posti letto della lungodegenza di Finale Emilia sono gestiti in sinergia con l'equipe di Mirandola

**Funzioni hub della rete ospedaliera provinciale**

	POLICLINICO	BAGGIOVARA
Cardiologia	Aritmologia Vedi pag. 67	Emergenze Vedi pag. 67
Chirurgia generale	Vedi pag. 66	Emergenze Vedi pag. 66
Ortopedia	Vedi pag. 66	Emergenze Vedi pag. 66
Urologia		
Otorino		
Oculistica		
Ginecologia		
Chirurgia maxillo-facciale		
Chirurgia plastica ricostr.		
Chirurgia toracica		
Nefrologia trapianti		
Chirurgia trapianti		
Chirurgia della mano		
Chirurgia vascolare		
Neurochirurgia		
Malattie infettive		
Nefrologia		
Neurologia		
Malattie app. respiratorio*		
Reumatologia		
Dermatologia		
Tossicologia farmacologia		
Endocrinologia		
Gastroenterologia		
Oncologia		
Ematologia		
Ostetricia		
Pediatria		
Chirurgia pediatrica		
Oncoematologia pediatrica		
Neonatologia e Terapia Intens. Neonatale		
Medicina fisica e riabilitativa		
Neuroradiologia		
Genetica medica		
Anatomia patologica		
Radioterapia		
Medicina nucleare		
Patologia clinica		

\* nelle malattie respiratorie il centro hub garantisce tutta l'attività di broscopia provinciale per l'area pediatrica e quella dell'età adulta per l'area centro-sud



### 3.3.3 – Azioni di miglioramento delle specifiche aree cliniche

#### 3.3.3.1 - Chirurgie generali e specialistiche

La sicurezza del paziente, l'appropriatezza dei requisiti tecnologici di struttura, le competenze specifiche dei professionisti e la dotazione complessiva dei servizi anche di supporto all'attività chirurgica (terapie intensive), costituiscono gli elementi che governano la individuazione delle sedi presso le quali garantire le funzioni chirurgiche provinciali. Anche la classificazione per complessità degli interventi di chirurgia generale e specialistica condivisa dai professionisti e la contestuale presenza di specifiche criticità del quadro clinico del paziente determinano la sede di afferenza del paziente.

È prevista la **riduzione della dotazione complessiva di letti chirurgici**, resa possibile da una riduzione delle giornate di degenza legata all'impiego di tecniche chirurgiche mini-invasive e al maggior ricorso alla day surgery, week-surgery e alla chirurgia ambulatoriale. La riduzione della permanenza in ospedale del paziente chirurgico sarà perseguita anche attraverso l'adozione di modelli assistenziali che privilegiano i percorsi diagnostici prericovero, il completamento diagnostico e il follow-up in un ambito ambulatoriale.

È previsto inoltre il superamento di una unità operativa di chirurgia generale del Policlinico con lo sviluppo dell'attività di day surgery e chirurgia ambulatoriale.

**Tempi: 2011**

Si prevede di concentrare in poche sedi l'attività di maggior impegno e ridotta numerosità.

**Gli interventi ad alta complessità** volti ai pazienti critici che necessitano di terapia intensiva postoperatoria

sono garantiti dagli ospedali di Carpi, Policlinico e Baggiovara. L'Ospedale di Sassuolo, in virtù del ruolo di struttura di riferimento di area è chiamato ad assicurare un'adeguata assistenza post-operatoria con l'attivazione di una recovery room di 4 posti letto.

**Gli interventi a bassa complessità** sono eseguiti presso le strutture di Mirandola, Vignola e Pavullo. In funzione del ruolo di struttura di riferimento di area per alcune branche specialistiche chirurgiche, gli Ospedali di Carpi e Sassuolo saranno chiamati ad assicurare interventi in ambito urologico, otorino e oculistico attivando processi di integrazione con la specialistica territoriale e garantendo supporto consulenziale agli ospedali di prossimità.

Presso il **Policlinico** sono previste le competenze chirurgiche specialistiche, fra cui quelle a indirizzo oncoematologico e lo sviluppo di tecniche innovative. Quelle vascolari dovranno essere limitate al solo supporto dell'attività trapiantologia e alle consulenze per le attività cliniche del Policlinico. Presso l'**Ospedale di Castelfranco Emilia** per ragioni legate alla sicurezza ed appropriatezza dei trattamenti sono garantite quelle prestazioni che la prossima delibera di revisione delle tariffe delle aziende sanitarie ritiene di dover trasferire dal livello organizzativo proprio della day surgery a quello ambulatoriale, riferendosi in particolare agli interventi di tunnel carpale, cataratta, stripping delle varici, ernie, fimosi, asportazioni di piccole neofomazione cutanee, piccola chirurgia ginecologica (anche diagnostica), limitando per la ragioni espresse l'attività di day surgery a quegli interventi che per loro natura esauriscono la necessità di assistenza nel post operatorio entro le prime ore del pomeriggio.

**Tempi: 2011**

**Ricorso alla mobilità dei professionisti** che indipendentemente dalla sedi di appartenenza saranno chiamati a garantire l'attività in modo diffuso

sul territorio e pertanto anche presso sedi diverse da quella di assegnazione. Ciò comporterà che anche le strutture periferiche potranno garantire alla popolazione di riferimento una gamma di interventi superiore alla specialità stabilmente presenti e di maggiore qualità.

Le attività chirurgiche specialistiche più complesse e le patologie con minor incidenza dovranno necessariamente essere ricondotte ad un unico centro provinciale di riferimento in grado di garantire competenza e sicurezza, individuate a seconda delle discipline presso il NOCSAE di Baggiovara o il Policlinico di Modena.

**Tempi: 2011**

Le competenze per le **emergenze chirurgiche e ortopediche** vengono progressivamente concentrate presso una unica struttura, prevedendo in una prima fase la riconduzione della casistica urgente notturna della città di Modena alla chirurgia d'urgenza e ortopedia di Baggiovara. Tale provvedimento nel tempo potrà essere esteso anche alle urgenze diurne. In prospettiva, anche le urgenze delle strutture dell'area centro e sud dovranno essere ricondotte al NOCSAE, mentre quelle dell'area nord a Carpi.

**Tempi: 2011/2012**

Fra Policlinico e Baggiovara si prevede il **reciproco supporto specialistico** per le discipline presenti in uno solo dei due ospedali prevedendo sinergie particolarmente strette, che assicurino reciprocamente le consulenze presso la struttura non direttamente sede della branca specialistica. A titolo esemplificativo si riporta l'esempio delle consulenze neurologiche.

Presso il NOCSAE sono previsti un massimo di tre posti letto tecnici nell'ambito della complessiva dotazione di neurochirurgia per la gestione da parte dei professionisti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria dei traumi di pertinenza **maxillo-facciale/**

**otoiatrico/oculistico** che dovranno essere trattati presso la struttura di **Baggiovara**.

**Tempi: 2011**

In accordo con il modello hub & spoke e di reti cliniche integrate è prevista una ulteriore definizione dei **percorsi di centralizzazione** della casistica più complessa e di successiva restituzione - superata la fase di maggior intensità dell'assistenza - alla struttura di riferimento per l'ambito territoriale di residenza del cittadino. Tale organizzazione consente di limitare allo stretto necessario la mobilità dei pazienti e di utilizzare in modo ottimale la rete delle strutture.

**Tempi: 2011**

Si prevede un maggior ricorso a **nuove tecniche interventistiche mini-invasive**. Tale attività verrà garantita anche con specialisti di area non chirurgica (es. gastroenterologia, radiologia e neuroradiologia interventistica).

**Tempi: 2011**

In alcune realtà la **degenza post-intervento** può avvenire in ambiente chirurgico ma con la **supervisione internistica** come ad esempio dell'ortogeriatría o, direttamente in ambiente internistico, secondo un modello di continuità delle cure che veda direttamente impegnata l'equipe internistica (medico e personale addetto all'assistenza) e l'equipe chirurgica come consulente per la gestione dei problemi di specifica competenza.

**Tempi: 2011**

La **chirurgia robotica** rimane un ambito da esplorare fra le iniziative di innovazione e ricerca sulla base delle indicazioni regionali e delle risultanze dei progetti di ricerca in essere. Vista la natura di tecnologia ad alto costo e di rilievo provinciale, si ritiene che questa debba essere condivisa su una unica piattaforma logistica provinciale ad uso consortile da parte di tutti gli attori istituzionali (Azienda USL,

Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico, Sassuolo SpA).

**Tempi: 2011**

La Chirurgia della Mano, il Centro Trapianti, la Genetica Oncologica e la Terapia Intensiva Neonatale del Policlinico mantengono al contempo una funzione di centri di riferimento regionali e anche di riferimento per la rete assistenziale provinciale.

**Tempi: 2011**

### 3.3.3.2 - Area cardiologica

L'attuale organizzazione prevede che il percorso dell'Infarto Miocardico Acuto sia garantito dalle due strutture dotate di emodinamica dei due poli ospedalieri della città di Modena e ad esse sono ricondotti gli infarti STEMI (ST sopraslivellato) passibili di angioplastica, secondo un'afferenza geografica che li attribuisce in ugual misura. Entro il 2011 l'obiettivo è la centralizzazione in una unica sede delle emergenze, e ciò a partire da alcune fasce della giornata. Per il 2012/2013 è prevista la **centralizzazione della funzione di emodinamica interventistica** urgente presso un unico centro (Baggiovara) al servizio dell'intera provincia.

**Tempi: 2012**

Al fine di garantire la massima sicurezza dei pazienti, sarà valutato costantemente il percorso del paziente cardiocirurgico e la fattibilità, compatibilmente con la programmazione regionale, della collocazione nel lungo termine della funzione cardiocirurgica provinciale sempre presso Baggiovara. Al fine di ottenere la piena occupazione della struttura di Baggiovara, qualora questo spostamento non fosse ritenuto realizzabile, gli spazi attualmente previsti per tale funzione dovranno comunque essere utilizzati per altri servizi.

**Tempi: 2012**

Viene previsto il **mantenimento delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) nelle sedi dotate di emo-**

**dinamica**, mentre negli ospedali non sede di emodinamica (Carpi, Sassuolo e Mirandola) si prevede una maggiore valorizzazione della relativa funzione attraverso **aree critiche a maggiore intensità assistenziale a valenza polispecialistica, compresa quella cardiologica**. L'UTIC dell'Hesperia Hospital opera esclusivamente a supporto della funzione di cardiocirurgia.

**Tempi: 2011**

Per quanto attiene all'attività di **elettrofisiologia e di impianto di pacemaker e defibrillatori**, presso la cardiologia del Policlinico viene trattata la casistica di maggior impegno. Tale attività sarà garantita da una unica equipe cardiologica costituita dai professionisti dotati di specifiche competenze, mentre le attività di base saranno garantite presso tutte le altre cardiologie della provincia.

**Tempi: 2011**

La **commissione cardiologica provinciale** mantiene la regia dello sviluppo organizzativo e professionale e persegue l'appropriatezza clinica e organizzativa delle indicazioni relative all'attività interventistica, all'impianto di pacemaker e defibrillatori e degli altri device cardiologici.

**Tempi: 2011**

Si persegue l'**integrazione dei professionisti che operano sul territorio**, attraverso la condivisione dei percorsi, il supporto consulenziale ai MMG, lo sviluppo di progetti di telemedicina e l'implementazione di percorsi di day service per patologie specifiche.

**Tempi: 2011**

Viene implementata la rete **cardiologica pediatrica**. Carpi, Mirandola (area nord), Sassuolo (area sud) e Policlinico (area centro) svolgono una funzione di I livello diagnostico con il coordinamento provinciale svolto dal Policlinico. Permane la funzione di hub regionale presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna,

con la quale dovranno essere attivati percorsi dedicati.

**Tempi: 2011**

Il diverso approccio cardiocirurgico che attualmente privilegia l'attività di tipo endovascolare rispetto alla chirurgia aperta, comporta la necessità della revisione dell'**assistenza riabilitativa cardiologica**. Si rende pertanto necessario rivedere il relativo setting organizzativo, prevedendo tutte le forme di assistenza presso l'Ospedale di Baggiovara, a completamento del percorso iniziato con l'intervento in urgenza.

**Tempi: 2011**

### 3.3.3.3 - Terapia intensiva

La funzione di terapia intensiva è prevista in **tre ospedali Policlinico, Baggiovara e Carpi**, fatta eccezione per le unità a supporto della funzione cardiocirurgica dell'Hesperia Hospital. A tali strutture dovranno essere ricondotti i pazienti critici che necessitano di cure intensive e ciò sulla base di protocolli e percorsi condivisi da tutte le strutture della rete.

**Tempi: 2011**

Si prevede la condivisione dei percorsi di centralizzazione e restituzione ai reparti per acuti dei pazienti che, superata la fase critica, non necessitano più di cure intensive. Faciliterà l'attivazione di tale percorsi di decentramento del paziente la realizzazione di aree a minori intensità finalizzate alla precoce e sicura dimissione del paziente: ciò dovrà avvenire sia per le strutture hub, sede di letti intensivi, sia per le strutture di prossimità. Queste ultime, prive di letti di terapia intensiva, dovranno essere organizzate per livelli crescenti di intensità di cura e prevedere **aree critiche polispecialistiche** all'interno delle quali accogliere i pazienti che necessitano di un livello di cura superiore a quanto previsto nei reparti per acuti.

A tale scopo dovrà essere adottato un sistema di monitoraggio dei percorsi

di centralizzazione e riprofilizzazione, con verifica e revisione delle interfacce, e ciò a garanzia dei requisiti di sicurezza delle cure e di efficienza dell'intero sistema.

**Tempi: 2011**

### 3.3.3.4 - Medicine generali e specialistiche

L'assistenza internistica di base viene garantita in modo capillare su tutto l'ambito provinciale e presso tutte le strutture della rete ospedaliera. Presso gli ospedali di prossimità le competenze specialistiche non direttamente presenti sono garantite attraverso lo sviluppo di collaborazioni strutturate con gli altri ospedali della rete sede di discipline specialistiche di II livello. A tale proposito sono da **incentivare sistemi e collaborazioni legate alla mobilità dei professionisti** che dovranno garantire le proprie competenze anche attraverso una presenza periodica e diretta in strutture diverse da quella di appartenenza, oppure attraverso **l'impiego dei supporti tecnici di telemedicina** già in essere o in via di implementazione (teleconsulto, telecardiologia, refertazione a distanza di tracciati EEG, sorveglianza e supporto nell'ambito del telestroke, teleradiologia).

**Tempi: 2011**

Le unità operative di **area internistica con competenze specialistiche** sono ricondotte solamente a poche strutture, di norma hub a valenza provinciale. In tali contesti organizzativi dovranno essere assicurate prestazioni diagnostiche e terapeutiche di elevata complessità, in regime di sicurezza e secondo standard qualitativi di eccellenza.

**Tempi: 2011**

Si prevede l'implementazione di modalità assistenziali alternative al ricovero, quali **l'assistenza domiciliare**, in hospice e in casa residenza, organizzazioni a gestione territoriale.

**Tempi: 2011**

Ulteriore sviluppo della **telemedicina** e della rete delle consulenze specialistiche a disposizione delle cure primarie a supporto della domiciliarità.

**Tempi: 2011**

**Aumento dei posti letto per lungodegenza**, post acuzie e riabilitazione, in particolare negli ospedali non sede dell'alta intensità di cura.

**Tempi: 2011**

Per l'assistenza al paziente nefropatico è previsto un **coordinamento provinciale dell'attività nefrologica**, che supporti le azioni volte alla prevenzione delle patologie renali, all'ottimizzazione dell'attività diagnostica e di trattamento delle nefropatie, centralizzando la casistica più rilevante e l'esecuzione delle procedure più complesse. I trattamenti dialitici dedicati ai pazienti cronici sono mantenuti in modo diffuso sul territorio, unitamente allo sviluppo dei trattamenti domiciliari.

**Tempi: 2011**

È mantenuta al Policlinico la funzione di **pneumologia** (e chirurgia toracica nell'ambito delle specialità chirurgiche), compresa l'attività di broncoscopia per l'Area Centro e Sud, allo scopo di sfruttare più efficacemente le sinergie con l'area internistica ed oncologica.

**Tempi: 2011**

La **gastroenterologia** del Policlinico di Modena si caratterizza per l'attività specialistica epatologica in stretta connessione con il centro trapianti e le altre attività specialistiche inserite nell'organizzazione aziendale del Punto Fegato, comprese quelle erogate presso la medicina metabolica del NOCSAE.

**Tempi: 2011**

L'**endoscopia digestiva** del NOCSAE svolge un ruolo primario nell'ambito dello screening del tumore del colon-retto. Si prevede, da un lato, l'amplia-

mento delle sedi di erogazione anche al Policlinico e agli Ospedali di Vignola e Mirandola e, dall'altro l'attivazione di un **coordinamento interaziendale** (AUSL, AOSP e Sassuolo SpA), finalizzato ad omogeneizzare le procedure, ottimizzare l'utilizzo dei professionisti e adeguare le performance agli standard regionali, con l'endoscopia del NOCSAE come hub provinciale.

Inoltre in quest'area si provvede alla riorganizzazione della **funzione di emergenza** che sarà garantita 24 ore su 24 da una unica equipe costituita da professionisti afferenti alle diverse aziende provinciali. Tale equipe sarà chiamata a rispondere alle urgenze provenienti dal territorio in modo prioritario presso una unica sede di riferimento ovvero il **NOCSAE di Baggiovara**, permanendo l'espletamento delle urgenze interne dei ricoverati di Carpi e Policlinico presso tali strutture. Presso il Policlinico sono garantite le prestazioni in ambito pediatrico.

**Tempi: 2011**

Consolidamento della **rete clinica integrata per l'ictus ischemico acuto (stroke)** che vede come centro Hub il NOCSAE di Baggiovara e sviluppo dell'attività avviata presso l'Ospedale di Carpi e Pavullo anche attraverso l'implementazione della funzione di consulenza a distanza a supporto delle unità operative periferiche (anche con il ricorso alla telemedicina).

**Tempi: 2011**

### 3.3.3.5 - Area oncologica

Il governo clinico in questo ambito viene garantito dal **Coordinamento Oncologico Provinciale** costituito da professionisti delle diverse aziende sanitarie: tale organo ha il compito di governare le indicazioni terapeutiche, omogeneizzando i comportamenti prescrittivi alle più recenti evidenze scientifiche, promuovere la condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici interdisciplinari, riconducendo la pratica clinica ai requisiti di

appropriatezza richiamati anche dai lavori regionali (Programma regionale PRI-ER, Progetto AFO).

**Tempi: 2011**

Di seguito ulteriori ambiti di sviluppo:

- Appropriato ricorso presso le strutture del Policlinico alle tecniche di alta specialistica oncoematologica per la diagnostica avanzata, lo studio e la ricerca traslazionale nei settori della citologia (morfologia, immunocitochimico, citofluorimetria, citogenetica delle cellule somatiche), delle analisi genetico molecolari, della farmacogenomica e della proteomica; maggiore ricorso alla Biobanca (in fase di attivazione)
- Implementazione di appropriati percorsi assistenziali multidisciplinari
- Attivazione della radioterapia di Carpi (spoke con hub presso l'AOU di Modena)
- Collocazione presso il Policlinico di Modena dei Centri di Riferimento per i tumori ereditari, le neoplasie rare e i tumori della base cranica.
- Definizione, sulla base di dati epidemiologici, di un budget provinciale per i farmaci innovativi
- Individuazione di un centro di riferimento provinciale per le patologie oncologiche familiari
- Conferma del ruolo a valenza provinciale dell'Ematologia dell'AOU sede di centralizzazione delle attività di II e III livello
- Informatizzazione della rete oncologica attraverso un sistema informativo unico provinciale finalizzato anche al monitoraggio e alle valutazioni relative all'appropriatezza dei trattamenti ed alla rilevazione dei costi. I riferimenti univoci di III livello presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria sono individuati nella diagnostica molecolare, nella gestione della biobanca e della terapia cellulare, nella creazione di un osservatorio per l'utilizzo dei farmaci e delle biotecnologie innovative oncologiche e nella gestione della radioterapia.

**Tempi: 2012**

### 3.3.3.6 - Rete della Diagnostica per Immagini

A completamento della rete provinciale di diagnostica per immagini si prevede l'integrazione delle attività dell'Azienda USL e del Policlinico con la creazione di un **coordinamento interaziendale di attività angiografico-interventistica** che aggrega le competenze vascolari-traumatologiche (presenti presso il NOCSAE) con quelle oncologico-interventistiche (presenti presso AOU Policlinico), e porti all'unificazione del servizio di reperibilità

**Tempi: 2011**

### Ridefinizione dei percorsi senologici

alla luce della DGR 1035/2009 relativa all'ampliamento della fascia d'età del programma di screening e modalità d'accesso alla mammografia clinica. Inoltre è prevista l'integrazione delle attività di screening e dell'attività di diagnostica clinica e l'organizzazione di centri di diagnosi senologica unici con bacino d'utenza di area e/o di distretto.

Saranno definite le breast unit provinciali sedi dell'assistenza integrata con team polispecialistici e multiprofessionali (chirurgo, oncologo, radioterapista, psicologo, infermiere ecc.).

**Tempi: 2012**

**Definizione delle unità operative sede di erogazione delle attività di alta specializzazione** quali emergenza urgenza, imaging vascolare, cardiologico, pediatrico.

**Tempi: 2011**

### 3.3.3.7 - Rete dei Laboratori di Patologia Clinica

A completamento della realizzazione della rete provinciale dei laboratori di Patologia Clinica, si prevede il **trasferimento al dipartimento di Patologia Clinica dell'AUSL di tutti i servizi di diagnostica di laboratorio** provinciali, con mantenimento in sede della funzione di Patologia Clinica e di Laboratorio a Risposta Rapida

dell'Azienda Ospedaliera.

Questa soluzione prevede una completa presa in carico da parte dell'AUSL delle attività di diagnostica di laboratorio eseguite presso il Laboratorio Centralizzato del Policlinico, indipendentemente dalla allocazione fisica e produttiva (in analogia con il modello gestionale già usato per l'Anatomia Patologia di Carpi). L'estensione al Centralizzato dell'Azienda Ospedaliera delle tecnologie analitiche e dei sistemi informatici ora presenti a BLU consente, oltre alle già valutate economie gestionali, un allineamento della complessiva attività di diagnostica di laboratorio con integrazione delle competenze e dei ruoli dei professionisti.

**Tempi: 2012**

Sarà realizzata una **officina trasfusionale** presso il NOCSAE a valenza di area vasta per le province di Modena e Reggio Emilia con funzione anche di dispensazione, programmata e urgente sulle 24 ore dei derivati ematologici per il NOCSAE.

Elemento indispensabile alla piena operatività della rete di tutti i laboratori provinciali (Azienda Ospedaliera inclusa per la parte del Centralizzato) è la necessità di realizzare una forte in-

tegrazione della logistica complessiva e dei sistemi informatici interaziendali che debbono essere capaci di far dialogare i laboratori, tra loro e con tutti i prescrittori, rendendo inoltre i referti prontamente visibili e disponibili sia ai sanitari sia ai cittadini.

Da valutare e pianificare l'**accentramento su base provinciale delle attività di diagnostica di laboratorio relativamente agli screening oncologici** (citopatologia per pap-test di screening e determinazione sangue occulto). In considerazione della valenza extraprovinciale di tale attività, nel 2012 si effettuerà uno studio di fattibilità volto all'identificazione della struttura che potrà essere centro di riferimento di Area Vasta.

**Tempi: 2012**

Si attiva un **Programma Provinciale di Medicina di Laboratorio**, che prevede il coinvolgimento di tutti i laboratori provinciali, in particolare di quelli presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria per la diagnostica specialistica o ad elevata complessità quando essenziale alle attività cliniche o di ricerca presenti, (medicina trasfusionale, microbiologia e virologia, farmacologia clinica, oltre alle attività di laboratorio che sono parte integrante delle

attività clinico di particolare rilievo specialistico presenti, quali ematologia, oncologia, medicina rigenerativa, medicina legale, etc.).

Tale programma ha il compito di gestire e valutare l'appropriatezza organizzativa e la collocazione delle attività diagnostiche in funzione del governo clinico complessivo della Medicina di Laboratorio in feed back continuo con le attività cliniche di riferimento, le richieste cliniche e le tecnologie biomediche innovative. A questo si affianca la valutazione delle attività diagnostiche che, se appropriate e di provata efficacia, debbono rientrare nei processi clinico diagnostici interaziendali con un'unica sede d'esecuzione. È ulteriore responsabilità e compito del programma di ottimizzare le strutture e le tecnologie già presenti nell'organizzazione sanitaria modenese ad evitare duplicazioni.

Un ulteriore ambito di intervento del Dipartimento e del Programma Provinciale sarà anche quello di sviluppare una attività di analisi e di miglioramento dell'**appropriatezza prescrittiva** degli esami di laboratorio sia a livello ospedaliero, sia a livello di medicina territoriale, insieme a quello dell'innovazione e della ricerca.

**Tempi: 2011**

### 3.4 - LA RETE DELL'EMERGENZA-URGENZA E DEL MATERNO-INFANTILE

#### 3.4.1 - La rete dell'emergenza-urgenza

Il sistema dell'Emergenza Urgenza provinciale sarà costituito da una **rete di strutture funzionalmente differenziata** in grado di rispondere alle necessità di intervento ed assicurare l'assistenza in modo appropriato, tempestivo ed efficace già a partire dal luogo ove si è verificata l'emergenza e fino alla definitiva e più idonea destinazione del paziente, secondo protocolli condivisi e comunque oggetto di continua revisione.

Esso rappresenta un modello di funzionamento in rete ad alta integrazione fra le diverse componenti che sono chiamate ad operare in modo strettamente connesso e sinergico. Ci si riferisce in particolare alle strutture tipiche dell'assistenza territoriale (cure primarie e continuità assistenziale) e a quelle del sistema emergenza-urgenza extra ed intra-ospedaliero (mezzi di soccorso sul territorio, Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso, Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) Il livello, hub provinciali e regionali).

In tale ottica si prevede il manteni-

mento dei punti di primo intervento (Castelfranco Emilia, Finale Emilia e Fanano), secondo modelli organizzativi anche diversificati, ma che comunque prevedono la stretta integrazione tra le strutture del territorio e quelle più tipiche dell'emergenza urgenza extra e interspedaliera.

È previsto, inoltre, l'allargamento della sperimentazione delle auto-infermieristiche.

**Tempi: 2011**

In considerazione dell'assoluta rilevanza e strategicità di questa funzione, viene istituito un **Dipartimento di Emergenza-Urgenza Interaziendale** al fine di favorire una migliore integrazione fra i due centri Hub dell'emergenza-urgenza della provincia di Modena (e di questi con la rete provinciale), la costante verifica degli attuali percorsi provinciali, l'applicazione delle evidenze scientifiche nell'ambito clinico, una migliore gestione della risorsa posto letto per i ricoveri urgenti da Pronto Soccorso ed una piena applicazione di quanto previsto dai documenti di programmazione sanitaria provinciale.

Il Dipartimento Interaziendale di Emergenza Urgenza sarà attivato in via sperimentale per la durata di un triennio, sulla base di un programma esplicito e predefinito, soggetto a valutazione periodica rispetto ai risultati clinico-

assistenziali e gestionali conseguiti. Gli ambiti in cui opererà il Dipartimento saranno di tipo assistenziale, formazione, didattica, ricerca, educazione sanitaria e di coordinamento delle risorse professionali.

Esso sarà costituito da unità operative che perseguono comuni finalità pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Il Dipartimento Interaziendale, come previsto dalla specifica delibera, si configura a tutti gli effetti come un dipartimento di tipo gestionale e il Direttore del Dipartimento negozia le risorse e gli obiettivi con le due Direzioni Aziendali. Al Dipartimento interaziendale afferiscono tutte le strutture semplici e complesse come specificato nella suddetta delibera.

Si conferma che il NOCSAE (Baggiovara) è sede del trattamento dei traumi maggiori e dell'emergenza-urgenza dell'adulto e presso il Policlinico sono garantite le prestazioni in ambito pediatrico ed ostetrico.

**Tempi: 2011**

Per quanto attiene alle attività di emergenza urgenza territoriale con mezzi di soccorso avanzato (automediche) sul territorio provinciale devono essere operative tre auto mediche (una per area) che a regime saranno operative

#### Funzioni dell'emergenza-urgenza

	AREA OSPEDALIERA CENTRO			AREA OSPEDALIERA NORD			AREA OSPEDALIERA SUD			
	Policlinico	NOCSAE	Castelfranco	Carpi	Mirandola	Finale	Sassuolo	Pavullo	Vignola	Fanano
Pronto Soccorso										
Punto Primo Intervento										

24 ore su 24 e supporteranno anche gli altri mezzi del soccorso attivi su tutta la provincia (es. AVAP, Misericordia).

#### Tempi: 2011

Si adottano soluzioni in collaborazione con le cure primarie per limitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso rendendo preferibile l'accesso alle strutture del territorio (es. orari di apertura, servizi specialistici attivi anche presso le sedi dei Nuclei) rispetto ai Pronto Soccorso. Con l'obiettivo di limitare gli accessi impropri al Pronto Soccorso saranno implementati ambulatori per i codici bianchi gestiti dai Medici della Continuità Assistenziale collocandoli in contiguità con i Pronti Soccorsi di maggiori dimensioni o in prossimità degli stessi con forte integrazione sui percorsi assistenziali.

#### Tempi: 2011

Al fine di garantire il tempestivo e appropriato accesso all'area dell'emergenza-urgenza ed ai percorsi in urgenza che hanno nelle strutture di Baggiovara e Policlinico gli hub di riferimento, viene dato ulteriore impulso all'opera di implementazione e di governo degli stessi (percorso stroke, infarto del miocardio STEMI, trauma grave, urgenze aritmologiche, emergenze di endoscopia digestiva e pneumologica interventistica, ecc) e ciò dovrà avvenire attraverso gli strumenti dell'audit e degli incontri periodici di revisione dei percorsi che devono vedere la partecipazione di tutte le strutture coinvolte.

#### Tempi: 2011

Per la guardia medica è previsto un maggior coinvolgimento di questi professionisti nella rete dell'emergenza-urgenza anche attraverso la trasformazione e riconversione delle sedi di guardia medica in Ambulatori di Continuità assistenziale, anche nella prospettiva della nuova organizzazione delle Case della Salute.

#### Tempi: 2012

### 3.4.2 - La rete materno-infantile

È previsto un **programma materno infantile provinciale** con il compito di fornire alle direzioni aziendali il monitoraggio e la valutazione degli indicatori di salute e dei percorsi assistenziali, di rendere coerenti ed integrate la programmazione sul governo clinico, la sicurezza e la formazione. Il programma viene articolato per **aree** e per **percorsi assistenziali** e ha un coordinamento nel quale sono rappresentati i dipartimenti coinvolti e le direzioni sanitarie e lavora per sottogruppi cui partecipano i professionisti delle aziende provinciali individuati dalle direzioni.

#### Anno: 2011

#### Area perinatale-Percorso nascita

L'attuale organizzazione prevede la presenza di **5 punti nascita (Policlinico, Sassuolo, Carpi, Mirandola e Pavullo)**. Tali strutture operano in connessione con le realtà territoriali e in modo integrato tra loro secondo un modello che prevede la centralizzazione dei casi a media criticità nella sede di Carpi e per i casi a maggior criticità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

A livello ospedaliero tenendo conto delle normative nazionali e regionali è prevista la seguente organizzazione:

- **Punti nascita di I livello (Pavullo, Mirandola):** viene assicurato il parto da gravidanza fisiologica con età gestazionale (EG)  $\geq 37$  settimane.
- **Punti nascita di II livello (Carpi e Sassuolo):** A Carpi confluiscono, oltre le gravidanze che necessitano di assistenza di I livello, i parti da gravidanza con EG  $\geq 32$  settimane e l'assistenza neonatale è di tipo semintensivo. Il Punto Nascita di Sassuolo dovrà evolversi a Punto Nascita di II livello. Già oggi per la numerosità della casistica e per l'assetto complessivo della struttura ospedaliera si garantisce una sicura stabilizzazione e cura dei nati con

EG  $\geq 34$  settimane e peso  $\geq 2000$  g;

- **Punto nascita di III livello (Policlinico):** afferiscono, oltre le gravidanze che necessitano di assistenza di I e II livello, tutti i parti da gravidanze patologiche non previsti nei precedenti livelli e comunque quelli da gravidanze con EG  $\leq 32$  settimane. Vengono assicurate le cure neonatali di III livello, corrispondenti ad assistenza intensiva.

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. Nell'ambito di questa rete il trasporto in utero copre oltre il 95% dei nati di basso peso.

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. I punti nascita di Pavullo e Mirandola dovranno attivare una sinergia organizzativa e gestionale con le altre unità operative della rete assistenziale al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e la clinical competence degli operatori.

#### Anno: 2012

#### Partoanalgesia

Saranno garantite in tutti i punti nascita della provincia metodiche per il controllo del dolore nel parto (farmacologiche e non farmacologiche). In un punto nascita per area (Carpi, Policlinico e Sassuolo) sarà garantito il controllo del dolore nel parto anche con la partoanalgesia.

#### Anno: 2012

#### Assistenza Neonatale

Si inquadra l'assistenza neonatale in coerenza ai livelli dei Punti Nascita così come classificati in precedenza. L'organizzazione dell'assistenza pediatrico/neonatale si articola così su tre livelli con diversi requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi e competenze professionali. In particolare:

**Struttura di assistenza di base I livello (Pavullo Mirandola)** garantisce la presenza o pronta disponibilità del pediatra/neonatalogo, assistenza al neonato fisiologico, l'osservazione transazionale e un'assistenza minima

**Struttura di assistenza subintensiva e di base II livello (Carpi, Sassuolo)** garantisce la guardia attiva 24/24h con funzioni di assistenza di base e intermedia

**Struttura di assistenza intensiva, subintensiva e di base III livello (Policlinico)** garantisce guardia neonatologica 24/24h ed un servizio di pronta disponibilità con funzioni di II livello e di assistenza intensiva e isolamento

L'organizzazione della rete assistenziale ospedaliera sul percorso nascita sarà rivista alla luce delle indicazioni regionali in via di definizione.

#### Anno: 2012

Per quanto riguarda la **rete pediatrica** è prevista la riorganizzazione delle Pediatrie ospedaliere prevedendo 3 punti di accesso con Pediatra in servizio di guardia attiva:

- Policlinico: Accettazione Pediatrica;
- Carpi: Guardia pediatrica attiva;
- Sassuolo: Guardia pediatrica attiva;
- Mirandola e Pavullo: dotati di strutture semplici di Pediatria, caratterizzati da bassa frequenza di patologia e ridotto volume di attività, sia come punti nascita, che come accessi-consulenze per il Pronto Soccorso generale.

La domanda in emergenza-urgenza pediatrica presentando caratteristiche cliniche ed epidemiologiche peculiari necessita di essere perfezionata nel corso di validità del PAL, partendo dall'esistente e con risposte specifiche integrate nella rete regionale dei trauma center.

#### Anno: 2011

I **Consultori Familiari** del dipartimento di cure primarie 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), nelle quali è prevista la presenza contemporanea di tutta l'équipe e l'erogazione di prestazioni strumentali e complesse (ecografie, corsi nascita, ecc.).

Già dai primi anni duemila, nei Consultori Familiari 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.

In ogni Distretto è previsto un **consultorio giovani** ad accesso libero e gratuito e sono parimenti 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.

#### Anno: 2011

La **Pediatria di Comunità** svolge all'interno del Dipartimento di Cure Primarie 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.

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

Il Pediatra di Libera Scelta sviluppa la sua attività all'interno delle cure primarie per la popolazione 0-14 anni con il compito di prendersi cura della salute dei bambini e delle bambine attraverso visite periodiche di controllo (bilanci di salute), screening preventivi, visite mediche, prescrizione di esami di laboratorio e di terapie, interventi di educazione sanitaria e, ove necessario, consulti con specialisti.

#### Anno: 2011

##### Area perinatale

Gli obiettivi da perseguire sono:

- **Ridefinizione della rete assistenziale ospedaliera sul percorso nascita** sulla base della programmazione regionale in corso;
- **Applicazione della delibera sul percorso nascita (DGR 533/08)** con particolare attenzione alla diagnostica prenatale, all'assistenza al percorso nascita fisiologico, al garantire le tecniche di controllo del dolore nel parto e al consentire scelte informate in tutte le fasi del percorso
- Coordinamento l'attività di **counseling genetico** pre concezionale, pre e post natale.
- **Attivazione dei programmi di screening neonatali** come da direttiva regionale
- **Monitoraggio dell'accordo sulla Dimissione del Neonato sano** come integrazione ospedale territorio nell'ambito del percorso nascita:
- **Dimissione del Neonatopatologico** come integrazione ospedale territorio nell'ambito del percorso nascita

##### Area pediatrica

Gli obiettivi da perseguire sono:

- **Ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso:** nell'ambito della riorganizzazione delle cure primarie, si promuovono modalità organizzative e strutturali idonee a garantire l'offerta ambulatoriale per 12 ore al giorno, garantendo percorsi facilitati per l'accesso alla diagnostica radiologica e di laboratorio ed alla consulenza specialistica. Sono garantiti gli stessi percorsi anche per i Medici di Continuità assistenziale sui quali va inoltre rafforzata la formazione pediatrica anche alla luce del ridotto numero di Pediatri (in collaborazione con l'università)
- **Rete delle Specialità pediatriche** a supporto dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e relativi percorsi di accesso. A partire dal censimento della rete delle

Specialistiche pediatriche provinciali, vengono identificati modalità e criteri di accesso appropriati agli ambulatori specialistici con identificazione dei referenti, del livello delle prestazioni erogate, delle modalità organizzative delle diverse unità operative (day hospital, ricovero, prime visite, visite di controllo). Sono creati percorsi preferenziali di accesso a tali specialità dedicati ai PLS e ai MMG

- **Patologie croniche:** condivisione dei criteri per la gestione del follow-up delle patologie croniche da parte del PLS con riduzione delle prestazioni ambulatoriali presso le strutture ospedaliere. Applicazione e miglioramento dei percorsi integrati relativi ad alcune patologie croniche (asma e celiachia). Grave patologia cronica ad elevata complessità assistenziale per alcuni minori dimessi dalle Terapie intensive neonatologiche con eccessivo carico sulle UO di Pediatria (in particolare Clinica Pediatrica). Riduzione dei ricoveri di patologie ad alta complessità tramite la presa in carico da parte dei PLS anche di patologie a maggiore criticità. Occorre programmare percorsi di accesso alle consulenze (anche domiciliari per casi molto particolari e complessi) di II livello, con prestazioni specialistiche eseguite dai referenti di branca identificati e figure infermieristiche sul territorio. Informatizzazione: condivisione della rete informatica tra Policlinico, UO di Pediatria periferiche e PLS (oggi quasi tutti connessi alla rete SOLE)

Per l'integrazione della rete assistenziale ospedale-territorio per i percorsi del settore Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza gli obiettivi sono individuati nella sezione dedicata alla neuropsichiatria.

#### Area adolescenza

Gli obiettivi da perseguire sono:

- Ridefinizione di percorsi integrati sanitari, educativi e scolastici di **prevenzione dei comportamenti a rischio** e di promozione del benessere

- Potenziamento dell'assistenza mirata ai **bisogni specifici di salute** di questa fascia di popolazione con servizi non connotati ed integrati (centri adolescenza, spazi giovani)
- Ridefinizione di percorsi di integrazione nella presa in carico di **pazienti problematici** tra pediatra di libera scelta e medici di medicina generale

#### Area salute sessuale, riproduttiva e relazionale della donna, uomo e coppia

Gli obiettivi da perseguire sono:

- **Sterilità di coppia e Procreazione Medicalmente Assistita (PMA):** la PMA è un percorso hub e spoke e si prevede una organizzazione che vede le attività partendo dal livello 0 nelle cure primarie (consultori familiari), al I livello provinciale presso l'Ospedale di Carpi e il potenziamento dell'attività relativa al II e III livello in unica sede presso l'AOU Policlinico, al quale possano accedere in modo integrato specialisti dell'Azienda USL con specifica formazione nel settore e secondo accordi specifici. Su questo obiettivo si è già insediato un gruppo di lavoro integrato tra professionisti del Policlinico e dell'Azienda USL con specifica esperienza e formazione nel campo che ha prodotto una analisi di fattibilità del centro di III livello, con il compito di definire protocolli e azioni per l'avvio nell'autunno 2011.
- **Interruzione Volontaria Gravidanza (IVG):** applicazione sul territorio provinciale ed in modo omogeneo della DGR 1690/08 e dei protocolli assistenziali regionali per l'IVG medica chirurgica
- **Contracezione e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse (MST).** Si tratta di attività consultoriale da svolgersi in integrazione con i nuclei di cure primarie e su target di popolazione specifici: giovani, donne immigrate, donne nel post parto e nel post IVG – ridefinizione del percorso assistenziale delle MST a livello aziendale e distrettuale, come previsto anche negli obiettivi del Piano Regionale di Prevenzione

- **Percorso assistenziale area conflittualità di coppia e famiglia e Percorso assistenziale alle problematiche sessuali:** ridefinizione dei percorsi aziendali e di area
- **Screening oncologici femminili:** promozione della partecipazione informata delle donne al test di screening e ai percorsi diagnostico terapeutici collegati. Ridefinizione ed integrazione dei percorsi di screening mammografico con l'attività della senologia diagnostica nei vari distretti/aree
- **Patologie chirurgiche ginecologiche-oncologiche.** Considerato che l'attività di screening continuerà ad essere garantita secondo le modalità in essere e tenuto conto dei volumi della casistica provinciale, l'attività per le patologie oncologiche maggiori sarà gestita sulla base del principio hub and spoke. Nell'ambito delle unità operative di ostetricia e ginecologia i posti letto ginecologici saranno collocati presso le aree omogenee chirurgiche. L'attività di day surgery ginecologica sarà garantita anche a Castelfranco e Vignola.
- **Patologie Benigne Uro-Ginecologiche.** È prevista una maggiore integrazione attraverso protocolli diagnostico terapeutici e di follow-up provinciali, con la realizzazione di azioni (spazi e agende dedicate) che consentano ai consultori di essere il punto di riferimento e di supporto alle cure primarie.
- **Contrasto alla violenza sessuale domestica:** si prevede un **rafforzamento e completamento della rete integrata provinciale di assistenza** alle donne che subiscono violenza sessuale con **hub al policlinico** e reti distrettuali integrate contro la violenza domestica dove i professionisti territoriali e ospedalieri partecipano attivamente in azioni di prevenzione e intercettazione precoce, che di assistenza e riabilitazione. È stata inoltre avviata una sperimentazione di interventi di cura per uomini che agiscono la violenza.

### 3.5 - L'ASSISTENZA FARMACEUTICA E I DISPOSITIVI MEDICI

La politica del farmaco è sempre più sottoposta a indirizzi di carattere centrale e regionale. Recentemente alcune attività aziendali e provinciali sono state centralizzate a livello di Area Vasta in linea con la necessità di razionalizzazione degli interventi volti a meglio utilizzare le risorse e le competenze disponibili e ad evitare le duplicazioni di attività. Tra queste attività possono essere citate il sistema di selezione dei prodotti farmaceutici da mettere a disposizione dei professionisti per le terapie e la diagnosi, che si basa

su regole condivise che hanno come perno la commissione del farmaco di area vasta (AVEN).

Analoga situazione è prevista per il sistema di acquisizione dei prodotti/dispositivi che si basa sul sistema delle gare che possono essere di tipo aziendale ma che sempre più sono diventate di livello regionale o di area vasta con specifiche collaborazione con l'Agenda Regionale IntercentER. L'esperienza acquisita da farmacisti, farmacologi e provveditori nel settore farmaci, poi estesa ai dispositivi medici, è stata messa a disposizione anche della Area Vasta e della Regione: in particolare le aziende modenesi sono state più volte aziende capofila e di riferimento nazionale per le gare basate sul concetto di equivalenza

terapeutica nell'ambito delle categorie terapeutiche omogenee.

Altro aspetto rilevante su base provinciale è l'adesione al progetto di logistica centralizzata Area Vasta Emilia Nord: l'ospedale di Sassuolo e quello di Modena-Baggiovara sono stati gli sperimentatori di questa collaborazione per la fornitura di prodotti farmaceutici direttamente ai reparti. L'attuazione in tutti gli ospedali delle aziende sanitarie di questo progetto consentirà anche nella nostra provincia la riduzione dei costi derivanti dalla ottimizzazione della logistica. La riorganizzazione operata consentirà ai professionisti del farmaco di incrementare le attività di monitoraggio dei consumi e di verifica della appropriatezza prescrittiva.

#### OBIETTIVI

Sviluppo sistema valutazione dispositivi medici

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Sviluppo del sistema di selezione dei dispositivi medici con regole condivise che abbia come perno la Commissione Aziendale dei Dispositivi Medici (CADM). Il sistema necessita della condivisione con i clinici, al fine di preparare le scelte da effettuare nell'ambito della CADM, tra cui la realizzazione del Repertorio dei dispositivi medici.

Tempi: 2011

#### OBIETTIVI

Sviluppo gare con equivalenze terapeutiche

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

In ambito farmaceutico realizzazione delle **gare basate sul concetto di equivalenza terapeutica** nell'ambito delle categorie terapeutiche omogenee. Il sistema di selezione necessita di condivisione con i clinici, al fine di preparare le scelte da effettuare a seguito dell'entrata nel mercato di prodotti biosimilari per i quali si può ripercorrere la strada della sovrapposibilità terapeutica tra biotecnologici.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Sviluppo misure a favore dell'appropriatezza

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Sviluppo delle **attività sistematiche di analisi dell'appropriatezza prescrittiva** a livello territoriale e ospedaliero.

**Monitoraggio mediante le richieste motivate personalizzate e dei piani terapeutici** della prescrizione e del successivo utilizzo dei farmaci, affiancando ad essi le nuove modalità di verifica di appropriatezza prescrittiva che impiegano registri centralizzati nazionali e regionali, linee guida regionali e sistemi di raccomandazione prescrittiva. L'azione di monitoraggio dovrà essere attivata a livello provinciale con la condivisione con i clinici nella fase propedeutica alla prescrizione, come già avviene nell'ambito della Commissione oncologica provinciale, in linea con le raccomandazioni regionali (es. in dermatologia, reumatologia, gastroenterologia, epatologia).

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Ulteriore sviluppo dell'informazione indipendente

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Consolidamento dell'attività di **informazione indipendente** dall'industria farmaceutica svolta dai farmacisti nell'ambito del progetto "farmacista facilitatore" e suo sviluppo a livello ospedaliero anche mediante il progetto dei farmacisti dipartimentali.

Tempi: 2012

**OBIETTIVI**

Verifiche utilizzo farmaci nella distribuzione diretta

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

La **distribuzione diretta** di entrambe le aziende sanitarie dei farmaci vede una estensione progettuale progressiva da parte delle strutture pubbliche, con il coinvolgimento attivo dei MMG e PLS, gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri, e delle farmacie del territorio (distribuzione per conto). Grazie ai percorsi assistenziali farmaceutici canalizzati nella distribuzione diretta in particolare si devono effettuare verifiche di utilizzo e l'applicazione delle Note AIFA e analisi su gruppi di popolazione.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Servizi presso farmacie territoriali

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

In ambito territoriale lo sviluppo dell'assistenza tramite le **farmacie territoriali prevede l'erogazione di servizi aggiuntivi per la popolazione** come la collaborazione ai programmi di prevenzione e di informazione, la disponibilità in farmacia di test di autodiagnosi, rilevazione pressoria, elettrocardiogramma ecc e con possibile presenza di figure professionali.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Collaborazione interaziendale in ambito farmaceutico

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Attivazione di una **Commissione farmaceutica interaziendale ospedale-territorio** per facilitare il dialogo e le relazioni tra la medicina territoriale e quella ospedaliera.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Consolidamento azioni di farmacovigilanza

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Consolidamento della **rete della farmacovigilanza**, strutturata da anni come rete per la segnalazione spontanea degli eventi avversi da farmaco. A questa si affianca il sistema della vigilanza sui dispositivi con una segnalazione attiva agli organi centrali analoga a quella dei farmaci. Anche grazie a questi sistemi di sorveglianza e al ritorno informativo, si eleva il livello di sicurezza negli ospedali e sul territorio e si attua la gestione del rischio clinico da farmaci. Nell'ottica dell'abbattimento degli errori in terapia costituisce un progetto rilevante l'implementazione e lo sviluppo della prescrizione informatizzata dei farmaci tramite programmi validati.

Tempi: 2011

**OBIETTIVI**

Consolidamento logistica AVEN

**AZIONI STRUMENTI TEMPI**

Consolidamento del progetto di **logistica centralizzata Area Vasta Emilia Nord**, con la fornitura in tutta l'azienda di prodotti direttamente ai reparti ospedalieri



innovazione e sviluppo



## 4.1 – RICERCA, INNOVAZIONE E SVILUPPO DEL SISTEMA

### 4.1.1 - Ricerca e innovazione

La normativa nazionale e regionale stabilisce che la funzione di ricerca e sviluppo è compito istituzionale delle

aziende sanitarie al pari delle funzioni di assistenza e cura ed è strettamente connessa alle attività di formazione. Nello scenario locale esistono ad oggi sia elementi di forza per sostenere e sviluppare le potenzialità in tema di ricerca ed innovazione (le infrastrutture aziendali per la Ricerca e l'Innovazione e l'Ufficio Ricerca dell'Università degli Studi, i Dipartimenti, i Centri Interdipartimentali di Ricerca dell'U-

niversità, il Comitato Etico Provinciale, la Commissione Aziendale per la sperimentazione clinica dei MMG, PLS e Specialisti Territoriali) sia elementi di criticità come lo scarso coinvolgimento dei Collegi di Direzione, la mancata condivisione delle priorità della ricerca su base provinciale, la scarsa disponibilità di supporto scientifico e metodologico ai professionisti per disegnare progetti di ricerca.

### OBIETTIVI

Creazione di un ambiente culturale favorevole e consolidare un'infrastruttura che favorisca l'estensione dell'attività di ricerca e l'integrazione ricerca-assistenza-formazione acquisendo fonti di finanziamento indipendenti in modo che le Aziende del SSR in collaborazione con l'Università, assumano il ruolo di promotori ed attori principali delle fasi di sviluppo delle conoscenze come presupposto dell'innovazione

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Costituzione di una **rete provinciale per la ricerca**, composta da rappresentanti dell'Università, delle Aziende sanitarie pubbliche e delle strutture private accreditate, con funzioni di proposta ai Collegi di Direzione di politiche e strategie coerenti ed efficaci

Tempi: 2012

Definizione delle **priorità delle linee di ricerca**, tenendo presenti i bisogni della collettività, le competenze presenti localmente (ad esempio i Centri Interdipartimentali Universitari di Ricerca e di Eccellenza), con attenzione alla ricerca di base, alla ricerca traslazionale, alla ricerca clinico-organizzativa, alla ricerca epidemiologica per lo studio degli interventi ad alto impatto ambientale sulla salute

Tempi: 2012

Collaborazione **con il Comitato Etico Provinciale** al fine di pianificare le attività di formazione e di informazione rivolte alla cittadinanza e ai ricercatori  
Sostenere l'attività dei **board della ricerca aziendali**, promuovendo anche la **ricerca indipendente**

Tempi: 2011

Condivisione delle procedure e regolamenti per la gestione di potenziali **conflitti di interesse** e per definire regole di **utilizzo delle risorse** che provengono dai finanziamenti della ricerca

Tempi: 2012

Sviluppo delle attività previste dall'accordo del **Quality Center Network** per la valorizzazione delle attività di valutazione clinica dei dispositivi medici

Tempi: 2011

### 4.1.2 - Formazione e sviluppo delle professionalità

Oggi nelle due Aziende sanitarie provinciali esistono due strutture dedicate

alla Pianificazione strategica della formazione caratterizzate da una diversa organizzazione strutturale e procedurale, diversi sistemi informativi e un approccio settoriale legato alle specifiche competenze tecnico/scientifiche.

Tuttavia esiste un quadro consolidato di sinergie tra le due Aziende soprattutto nell'ambito della formazione di base, post base e nella predisposizione di corsi interaziendali che dovrà proseguire anche in futuro.

#### OBIETTIVI

Incremento del capitale umano delle due Aziende condividendo le eccellenze formative presenti, riducendo i costi delle procedure e integrando la prospettiva di pianificazione della formazione.

#### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Identificazione e sviluppo di nuove competenze e nuovi profili

Tempi: 2011

Integrazione del Piano di formazione di area tecnico – scientifica tra le due Aziende e omogeneizzare le procedure di accesso e fruizione alle attività di formazione e aggiornamento, anche attraverso la creazione di una unica struttura di formazione interaziendale.

Tempi: 2011

Implementazione dell'attività di formazione e-learning con la definizione di un catalogo di Formazione a distanza interaziendale

Tempi: 2012

Implementazione dell'attività di Formazione ad Alta Fedeltà del Centro di Simulazione avanzata di Modena (SiMAMo)

Tempi: 2012

Sostegno a livello provinciale alle attività legate all'analisi dell'appropriatezza e dell'evidence based medicine, anche attraverso la collaborazione con istituzioni internazionali e nazionali, di cui può essere considerato come esempio la Cochrane Collaboration

Tempi: 2012

## OBIETTIVI

Diffusione delle funzioni didattiche dell'Università ad altre strutture della sanità ospedaliera e territoriali

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

Riconferma e sviluppo dell'ospedale NOCSAE-Baggiovara quale secondo polo di integrazione tra Servizio Sanitario e Università per la didattica e la ricerca scientifica

Tempi: 2011

Previsione presso le strutture sanitarie aziendali ospedaliere e territoriali la diffusione della formazione in particolare di medici specialisti

Tempi: 2012

Valorizzazione dell'attività didattica svolta dal personale dipendente/convenzionato del Servizio Sanitario Regionale nei corsi di studio della Facoltà di Medicina e Chirurgia

Tempi: 2012

Valorizzazione dell'attività di ricerca realizzata dal personale universitario che svolge attività assistenziale

Tempi: 2012



### 4.1.3 - La gestione del rischio

Nelle due aziende sanitarie di Modena esistono, sul tema gestione del rischio, competenze significative che hanno prodotto esperienze consolidate a livello regionale e nazionale. Si sente tuttavia la necessità di una stretta correlazione fra i vari gruppi dedicati, per instaurare le necessarie sinergie culturali e operative in grado di continuare l'innovazione e la razionalizzazione degli approcci oltre che di favorire un efficace monitoraggio dei risultati.

Il tema del governo clinico impone un approccio integrato al problema

della qualità dell'assistenza, nonché un approccio sistemico e sistematico alla gestione del rischio e quindi alla sicurezza degli ambienti e delle prestazioni, sia per quanto attiene alla salute dei lavoratori, sia di tutti gli utenti dei servizi sanitari. Ciò richiede interventi di programmazione e di utilizzo delle risorse nell'organizzazione dei servizi anche ai fini del governo del rischio, possibile solo con l'attiva partecipazione dei professionisti alla realizzazione del mandato del Servizio sanitario. L'interazione "imperfetta" delle differenti componenti di un sistema complesso come quello sanitario, genera inevitabilmente incidenti ed è tale per cui

si può solo idealmente tendere ad un'organizzazione error free e/o risk free. È tuttavia il perseguimento del "controllo" del rischio e la riduzione di eventi avversi prevenibili che deve ispirare e alimentare una nobile tensione verso l'obiettivo virtuale.

La complessità della gestione della sicurezza in ambito sanitario si esprime sotto diversi aspetti legati all'organizzazione, ai fattori tecnologici-strutturali, alla tipologia di utenza e/o ad altri fattori di contesto esterni: ogni decisione va quindi pensata con un'alta attenzione verso gli aspetti di garanzia della maggiore sicurezza possibile delle cure e dell'assistenza prestatasi.

## OBIETTIVI

Definizione di un modello organizzativo che promuova la reale integrazione delle diverse strutture preposte alla gestione del rischio in sanità che, pur lasciando ampia autonomia operativa alle singole aziende, persegua obiettivi di efficienza e di efficacia.

## AZIONI STRUMENTI TEMPI

### Mappatura provinciale dei rischi e dei pericoli

Tempi: 2011

Progetto sulla corretta tenuta delle **cartelle cliniche** (DGR 1706/2009)

Tempi: 2011

Sistema provinciale di **triage dei reclami** e analisi di quelli con eventi avversi

Tempi: 2012

Progetto di **ascolto e mediazione dei conflitti** e formazione alla mediazione e conciliazione ai sensi del D.Lgs. 28/2010

Tempi: 2011

Progetto di **segnalazione rapida degli eventi avversi**, gestione degli eventi e della comunicazione interna ed esterna

Tempi: 2011

Progetto regionale di **gestione del contenzioso e dei sinistri**

Tempi: 2012

**Professionalizzazione dei professionisti infermieri in ambito perioperatorio** (Progetto PERIMED)

Tempi: 2012

**Progetto per la sicurezza nelle sale operatorie** (SOS.net)

Tempi: 2012

#### 4.1.4 - L'innovazione tecnologica e organizzativa

La normativa nazionale e regionale ha stabilito la necessità dell'introduzione delle tecnologie con metodi di valutazione rigorosi e basati sulle evidenze sfruttando la metodologia della medicina basata sulle prove di efficacia e dell'"Health Technology Assessment" (HTA) garantendo valutazioni sistematiche e multidisciplinari. Occorre tuttavia fare un ulteriore salto di qualità verso una visione organica

volta a definire programmi e percorsi comuni tra le due Aziende, capaci di coniugare gli elementi della indispensabilità e dell'urgenza con quelli del miglior rapporto costo/beneficio, anche attraverso un governo unificato del piano degli investimenti.

Anche da un punto di vista organizzativo, lo sviluppo tecnologico e la crescita dei bisogni impone una attenzione sempre più elevata nei confronti dell'organizzazione del sistema sanitario che necessita costantemente l'evidenziazione delle criticità esistenti

e la messa in atto delle azioni correttive per permettere il funzionamento ottimale dello stesso.

Inoltre le organizzazioni esprimono una cultura e questa influenza i comportamenti di quanti vi lavorino al suo interno e la qualità e l'efficacia dei servizi resi dipendono in modo evidente dalla motivazione, dal coordinamento e dalle competenze delle persone che li erogano, e pertanto non si può prescindere da un'adeguata valorizzazione delle risorse umane.

### OBIETTIVI

Creazione di un ambiente che favorisca l'introduzione di tecnologie innovative e dei dispositivi medici in un contesto di appropriatezza e ottimizzazione del costo/beneficio.

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Costituzione di un **gruppo multidisciplinare di valutazione delle tecnologie permanente provinciale** che elabori e valuti le proposte di acquisizione di tecnologie  
Tempi: 2011

Sviluppo di un **coordinamento tra le Commissioni Aziendali dei Dispositivi Medici provinciali e di Area Vasta** per la gestione di un unico repertorio dei DM funzionale alle attività sanitarie erogate  
Tempi: 2011

Supporto dell'attività clinico-assistenziale delle cure primarie per la gestione integrata del paziente tra ospedale e territorio; progettazione di una **piattaforma tecnologica e logistica** a valenza provinciale  
Tempi: 2011

Promozione a livello provinciale della formazione continua e la gestione del risk management in funzione dell'**utilizzo in sicurezza** delle tecnologie e dei dispositivi medici  
Tempi: 2011

### OBIETTIVI

Promozione di una cultura legata alla valutazione e al miglioramento dell'organizzazione e al benessere organizzativo aziendale

### AZIONI STRUMENTI TEMPI

Implementazione di modelli espliciti di **valutazione organizzativa** condivisi a livello provinciale  
Tempi: 2011

Implementazione di un modello di **valutazione del benessere organizzativo** nelle aziende sanitarie e costituzione di un tavolo provinciale del benessere organizzativo con il compito di condividere metodologie e risultati degli stessi  
Tempi: 2011

## 4.2 INTEGRAZIONE SERVIZI AMMINISTRATIVI, TECNICI E SUPPORTO

Accanto alla integrazione clinico-assistenziale, elemento chiave della prossima programmazione sarà determinato dalla integrazione delle strutture di supporto delle due aziende sanitarie modenesi.

Gli elementi che portano alla ricerca dell'integrazione sono diversi, fra cui la messa in comune di esperienze gestionali e competenze per favorire l'adozione ed il mantenimento di standard qualitativi omogenei e di alto livello con la possibilità di generare, nel medio periodo, economie di scala e di scopo. Inoltre l'ambito sovraziendale sembra essere la dimensione ottimale per l'organizzazione e l'erogazione della maggior parte dei servizi di supporto. Tale processo si inserisce a tutti gli effetti nell'ambito di quello più complessivo di Area Vasta di cui costituisce logicamente ed operativamente il necessario completamento. Alcune funzioni come quella del Programma Interaziendale "Comunicazione e Promozione della Salute" sono già state integrate.

L'esperienza internazionale mostra come debbano esservi precise condizioni per avere delle integrazioni di successo e queste possono essere realizzate sotto diverse forme ed intensità, in modo funzionale o strutturale. Nell'integrazione strutturale deve essere realizzate almeno tre condizioni in modo contemporaneo.

- La condivisione degli stessi spazi fisici da parte del personale delle due aziende. La concentrazione del personale in un'unica sede che possa garantire tempestive risposte alle esigenze di entrambe le aziende è prerequisito per una reale integrazione. La dislocazione su più sedi espone al rischio di duplicazioni,

rendendo indefinita la catena di comando e la catena di relazioni con tutti i servizi con i quali intercorrono relazioni quotidiane, determinando un sostanziale peggioramento sia del servizio, sia dei costi. Il trasferimento in un'unica sede del personale di un servizio formalmente integrato deve inoltre essere accompagnato da nuove modalità di comunicazione e interfaccia con l'utenza interna per continuare a garantire la funzionalità alle esigenze organizzative e produttive di entrambe le aziende ed evitare un'asimmetria informativa.

- La condivisione di un sistema informativo comune. La realizzazione di una piattaforma informatica condivisa non rappresenta solo una riduzione di costi in termini di software ma, in quanto aspetto abilitante per l'omogeneizzazione delle procedure amministrative, diventa condizione vincolante per fornire servizi efficaci ed omogenei in entrambe le aziende.
- Un unico responsabile della struttura che risponde alle direzioni strategiche delle due aziende sanitarie. Definire in modo preciso i meccanismi di funzionamento della filiera organizzativa, chiarendo ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti, è chiave indispensabile per governare i processi, consentire risparmi di tempo e semplificare il lavoro.

Nei prossimi anni le aziende sanitarie cercheranno di applicare tali condizioni a tutti i servizi di supporto aziendali. Qualora vi fossero problematiche legate alla loro applicazione (es. unica collocazione fisica delle strutture) si procederà in ogni caso con una integrazione funzionale, che vede la risposta solo ad alcuni dei tre elementi evidenziati.

Poiché tale processo di integrazione è uno degli elementi cardine per il raggiungimento degli obiettivi della prossima programmazione, saranno definiti specifici protocolli di integrazione per ogni servizio e sarà fornita

una rendicontazione annuale dello stato di attuazione del processo di integrazione, evidenziando le criticità esistenti e le azioni da porre in atto per il loro superamento.

L'unificazione dei sistemi informativi diventa condizione necessaria e prodromica a qualunque tipo di integrazione dei servizi e in questo senso, come è evidenziato in tutto il presente documento, è considerata di prioritaria importanza.

A partire dal 2011 i servizi che vedranno una integrazione strutturale sono:

- il sistema informativo
- la formazione, con la nascita di una unica agenzia formativa provinciale
- l'Agenzia per il Trattamento economico
- la rete degli Uffici Relazioni con il Pubblico
- gli uffici stampa
- le relazioni esterne
- gli acquisti e la logistica
- la medicina legale

I servizi che vedranno invece una integrazione di tipo funzionale nel breve periodo e una integrazione strutturale nel medio periodo sono:

- l'ingegneria clinica
- il servizio tecnico
- gli uffici qualità
- il controllo di gestione
- la gestione del personale
- il bilancio e finanze
- l'ufficio legale e affari generali
- la prevenzione e protezione
- la fisica sanitaria

### 4.3 - RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

Le Aziende Sanitarie modenesi e l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia confermano per il periodo di vigenza del nuovo Piano Attuativo Locale l'impegno a proseguire e sviluppare reciproci rapporti di collaborazione sulla base dei seguenti principi:

- perseguire negli adempimenti e nelle determinazioni di rispettiva competenza gli obiettivi di efficacia, efficienza, economicità dell'attività integrata di assistenza, didattica e ricerca nell'interesse congiunto della tutela della salute della collettività, obiettivo del Servizio Sanitario e della funzione didattica, formativa e di ricerca, propria della Università;
- sviluppare metodi e strumenti di collaborazione tra i servizi sanitari e il sistema formativo universitario tali da perseguire in modo congiunto obiettivi di qualità, efficienza e competitività del servizio sanitario pubblico, qualità e congruità, rispetto alle esigenze assistenziali, della formazione del personale medico e sanitario e potenziamento della ricerca biomedica e medico-clinica.

In base a tali principi i rapporti di collaborazione comportano sia la necessità di concertare le scelte programmatiche riferite alla formazione medica e sanitaria, sia la necessità di rendere disponibili per la formazione universitaria e la ricerca l'insieme delle strutture assistenziali di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione esistenti in ambito provinciale, da allineare nelle modalità giuridiche ed amministrative al D.L.vo 517/99, alla normativa regionale sulle aziende sanitarie, agli specifici protocolli di intesa ed accordi attuativi da aggiornare in base alla recente riforma universitaria (LN 240/2010, art. 6).

L'integrazione e la cooperazione fra Sistema sanitario e Sistema universitario nell'ambito del PAL 2011-2013 prevedono la seguente organizzazione:

#### Assistenza Ospedaliera

- identificazione della Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena quale struttura idonea a realizzare l'integrazione delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza, da organizzare all'interno dei dipartimenti ad attività integrata, fra i quali viene proposto dall'Università uno specifico Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, in grado di garantire professionalità e competenze nei settori dell'epidemiologia e statistica, igiene ed organizzazione ospedaliera, medicina del lavoro, medicina legale e delle assicurazioni;
- individuazione dei rapporti tra i dipartimenti ad attività integrata e i dipartimenti universitari di prossima istituzione, in adeguamento alla Legge n. 240 del 30 dicembre 2010. I dipartimenti universitari di cui sopra saranno esclusivamente quelli che si rapporteranno alla struttura di raccordo denominata Scuola o Facoltà. A tale proposito è in via di elaborazione il nuovo Statuto dell'Università di Modena e Reggio Emilia, che prevederà un articolo dedicato ai rapporti tra l'Ateneo e il Servizio Sanitario Nazionale, ed è in discussione lo schema d'Intesa Università-Regione ai sensi dell'art. 6 Comma 13 della legge n. 240 del 30 dicembre 2010;
- coinvolgimento nella rete formativa e di ricerca delle strutture ospedaliere gestite dalla AUSL di Modena, da organizzare all'interno di specifici dipartimenti ad attività integrata già in essere e proseguendo nell'esperienza dell'Ospedale NOCSAE di Baggiovara e di quello di Carpi;
- coinvolgimento nella rete formativa e di ricerca delle strutture sanitarie private accreditate per quanto concerne la cardiocirurgia con l'Hesperia Hospital di Modena e per la pneumologia con Villa Pineta di Gaiato.

#### Assistenza Territoriale

- sviluppo di percorsi di formazione integrati tra i dipartimenti territoriali della Azienda USL (Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Dipartimento di Cure Primarie

e Dipartimento di Sanità Pubblica) e l'Università, per studenti, specializzandi e dottorandi in relazione al potenziale formativo della Facoltà di Medicina e Chirurgia, considerando anche la formazione sul campo;

- per la sanità pubblica si propone di creare una rete di referenti che attivino programmi di ricerca comuni, anche con il coinvolgimento delle attività produttive del territorio;
- per l'assistenza territoriale si propongono corsi tematici, individuati in collaborazione con il Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda USL (es. dimissioni protette, integrazione disciplinare per la assistenza al paziente cronico, il lavoro in equipe multiprofessionale e la formazione del caregiver) e l'attivazione di una sinergia con il corso triennale per medici di medicina generale da parte della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità.

#### Altre Macro-Aree Disciplinari

- sviluppo di percorsi formativi integrati, servizi sanitari AOU Policlinico di Modena/AUSL Modena e Università, in relazione al potenziale formativo delle macroaree relative al farmaco, alle bioscienze-biotecnologie e alla psicologia clinica

#### Alta Formazione e Master

- sviluppo di percorsi formativi (dottorati di ricerca – corsi di perfezionamento – master di I e di II livello) concordati fra AOU Policlinico di Modena/AUSL MO/Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia/AUSL Reggio Emilia e Università di Modena e Reggio Emilia in relazione al potenziale formativo per la crescita di figure dirigenziali e manageriali: cliniche, infermieristiche, tecniche, amministrative, gestionali

Per favorire e sviluppare i rapporti di collaborazione nei settori e negli ambiti sopra elencati si dà vita ad un coordinamento provinciale formato dalle Autorità Accademiche, dal Presidente del Comitato di Indirizzo della AOU Policlinico di Modena e dai due Direttori Generali delle aziende sanitarie modenesi.

## 4.4 - GLI INVESTIMENTI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E INFORMATIVI

Negli ultimi anni gli investimenti nella nostra provincia si sono caratterizzati principalmente sul fronte delle strutture ospedaliere. Oltre alla apertura e messa a regime degli ospedali di Baggiovara e Sassuolo, infatti, si era resa necessaria una politica tesa a dare risposta a problemi infrastrutturali, correlati anche alla datazione di tutti i presidi provinciali, sia per rispondere ad esigenze di sicurezza sia per offrire una risposta coerente con le esigenze più moderne dell'assistenza ospedaliera. In ambito ospedaliero l'Ospedale di Carpi è la struttura che richiede i prossimi interventi.

Attualmente gli investimenti in corso di realizzazione e di progettazione delle aziende sanitarie modenesi sono pari a 118 milioni di €, di cui 36 risultano finanziamenti assegnati ma non ancora nella disponibilità delle aziende sanitarie (27 AUSL e 9 Policlinico).

A questi vanno ad aggiungersi gli interventi in corso di programmazione, la maggior parte dei quali non hanno finanziamento: fra questi ricordiamo ad esempio l'adeguamento alla normativa antincendio delle strutture

dell'Azienda USL di circa 45 milioni di € o il consolidamento e adeguamento antisismico per il Policlinico pari a circa 30 milioni di €.

Come già anticipato per fare fronte a questo momento di difficoltà economica e massimizzare il rendimento degli investimenti si è deciso di adottare un **percorso condiviso fra le aziende sanitarie sulle modalità di analisi dei bisogni e di valutazione e adozione degli investimenti**. Questo al fine di rispondere in modo più adeguato, tempestivo e certo alle priorità.

Il **supporto degli Enti Locali** in termini economici e programmatori in particolare per le azioni inerenti la rete delle **medicines strutturate e delle case della salute** e le altre strutture territoriali diventa condizione necessaria per raggiungere in modo completo gli obiettivi. Le sedi previste nell'attuale programmazione sono le prime che hanno la possibilità di essere realizzate, rimanendo aperta la possibilità di procedere ad analisi di fattibilità e ricerca di finanziamenti aggiuntivi per ulteriori sedi nell'ambito della programmazione provinciale.

Per quanto concerne l'esplicita richiesta della CTSS di predisporre un apposito "progetto di massima atto a documentare la opportunità e la convenienza, sia economica che funzionale, della realizzazione di un

nuovo **Ospedale di Carpi**, rispetto ad un complessivo intervento di manutenzione straordinaria dell'attuale stabilimento" le relative valutazioni possono essere così riassunte:

- l'Ospedale di Carpi, terzo polo ospedaliero della provincia è oggi la più importante priorità a livello ospedaliero, anche in ragione del suo ruolo nella nuova organizzazione ospedaliera quale punto di riferimento per l'Area Nord;
- le condizioni strutturali evidenziate dall'apposita relazione tecnica (Allegato 2) prefigurano per il suo adeguamento una spesa complessiva di circa 40 milioni di €, mentre la costruzione di una struttura con le stesse dimensioni si avvicina ai 100 milioni di € (escludendo da tale stima tutti i costi per l'acquisizione delle aree e gli oneri da prevedersi per la realizzazione della viabilità di accesso e per le urbanizzazioni primarie e secondarie).

L'opportunità strategica della riqualificazione di questa struttura pone chiaramente il problema delle disponibilità finanziarie future, delle scelte di programmazione regionale e delle possibili iniziative locali di supporto in tal senso.

Qui di seguito vengono delineate le **linee di indirizzo** per i diversi tipi di investimento, che dovranno tener conto dei forti vincoli economici dei prossimi anni.

### Gli investimenti strutturali

In questa ottica, tenendo conto dei forti vincoli sulle risorse economiche dei prossimi anni, le linee di indirizzo in base alle quali individuare le priorità per gli investimenti strutturali sono:

- prosecuzione dell'azione di adeguamento alle prescrizioni normative in tema di impianti e sicurezza;
- adeguamento degli spazi nei presidi territoriali per renderli coerenti con gli obiettivi di assistenza territoriale, ed in particolare lo sviluppo

### Investimenti in corso di realizzazione e di progettazione (milioni di €)

	In corso di realizzazione		In corso di progettazione		Totale
	AUSL	Policlinico	AUSL	Policlinico	
Immobili, sicurezza e antincendio	12	20	27	8	<b>67</b>
Tecnologie	13	5	19	10	<b>47</b>
Manutenzione e altro	2	-	-	2	<b>4</b>
<b>Totale</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>46</b>	<b>20</b>	<b>118</b>

delle medicine strutturate per la medicina generale e le case della salute in grado caratterizzarsi per l'unicità della sede, l'accessibilità e la polifunzionalità;

- ristrutturazione e manutenzione di aree ospedaliere per migliorare il comfort assistenziale e favorire una organizzazione dell'assistenza per intensità di cura;
- favorire il pieno utilizzo delle strutture ospedaliere attualmente disponibili, in particolare quella di Baggiovara, al fine di garantire la massima efficienza ed economicità della struttura;
- migliorare la logistica provinciale anche attraverso la costruzione di un magazzino unico provinciale;
- la razionalizzazione delle sedi erogative al fine di adeguarle a standard di qualità assistenziale ed efficienza gestionale ed energetica. Fra queste vi è il nuovo polo ambulatoriale presso la città di Modena in sostituzione dei Poliambulatori di Via del Pozzo e dell'Ospedale Estense e l'unificazione dei servizi della Neuropsichiatria Infantile.

### Gli investimenti tecnologici

Accanto agli investimenti strutturali, l'innovazione tecnologica che è continua ed esponenziale sta diventando sempre più un fattore chiave connesso al miglioramento delle performance cliniche ed al rafforzamento dell'attrattiva delle strutture sanitarie. Presso le Aziende Sanitarie modenesi sono stati realizzati negli ultimi anni importanti investimenti tecnologici in particolare relativamente agli ambiti della diagnostica per immagini e di laboratorio, a quelli cui afferiscono le attività di sala operatoria e delle terapie intensive, a supporto sia di una maggior efficienza gestionale che di un più elevato standard di sicurezza. Le linee di indirizzo nell'ambito dell'innovazione tecnologica sono:

- assicurare la gestione del rinnovo delle tecnologie sanitarie presenti nelle strutture aziendali sulla base

di reali valutazioni di obsolescenza e attraverso metodiche proprie del "Health Technology Assessment";

- ottimizzare l'attuale piano delle manutenzioni e dei controlli di sicurezza delle apparecchiature biomediche per garantire nel tempo efficienza ed efficacia prestazionale nel loro impiego clinico;
- completare la modernizzazione tecnologica mediante l'acquisto di tecnologie al fine di migliorare la performance assistenziale tenendo sotto osservazione sia l'evoluzione dei sistemi di gestione delle immagini diagnostiche che le nuove tecnologie diagnostiche ibride;
- riqualificazione tecnologie dedicate all'emergenza-urgenza attraverso acquisizioni di ambulanze e auto mediche di tipo C in sostituzione dei mezzi che devono essere declassati a trasporto non collegati all'emergenza e ammodernamento delle tecnologie dell'emergenza sul territorio comprensive della trasmissione dei segnali fisiologici per consulto remoto;
- consolidamento del progetto BLU sul laboratorio di analisi provinciale con le nuove attività previste dall'integrazione AUSL-Policlinico ed eventualmente a livello di Area Vasta Emilia-Nord e osservazione in termini di costo-beneficio e di impatto delle tecnologie collegate alle indagini genetiche;
- diffusione di software medicali di supporto alle attività diagnostiche e terapeutiche delle varie specialità cliniche;
- implementare l'utilizzo delle tecnologie di telemedicina per monitorare e tenere sotto controllo sanitario i pazienti domiciliari con patologie gravi e/o croniche e le soluzioni innovative domotiche per il supporto alla disabilità e la non autosufficienza;

### Gli investimenti informativi

Fra gli elementi chiave della nuova programmazione vi sono certamente le tecnologie dell'informazione e della comunicazione. Dopo gli investimen-

ti degli ultimi anni, è necessario un ripensamento sinergico e un salto di qualità delle reti informative della nostra provincia che permetta un reale scambio di informazioni che favorisca la circolarità delle stesse fra territorio e ospedale, fra i diversi stabilimenti ospedalieri, inclusa l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico e fra i domini del sociale e del sanitario. Le linee di indirizzo nell'ambito dell'innovazione dei sistemi informativi sono:

- nell'assistenza territoriale dotare di strumenti appropriati il modello dell'assistenza per le patologie croniche, fra cui i registri delle patologie e strumenti di uso prevalentemente infermieristico per la gestione delle chiamate e degli appuntamenti;
- dematerializzando la documentazione clinica ospedaliera e territoriale per offrirsi a tutti gli scambi possibili, nel rispetto della tutela della privacy, eliminando in modo completo in una prospettiva di lungo periodo la cartella clinica cartacea;
- dotare i professionisti delle aziende sanitarie di tutte le tecnologie di comunicazione che riducono la mobilità fisica delle persone, da quelle più semplici a quelle più strutturate (es. telestroke);
- revisione del sistema informativo ospedaliero per giungere ad un utilizzo congiunto da parte delle aziende ospedaliere e del territorio di una unica piattaforma in grado far colloquiare adeguatamente le unità operative dello stesso ospedale, degli ospedali dell'intera rete e con il territorio;
- informatizzazione delle liste di attesa per gli interventi chirurgici permettendo anche una riorganizzazione dei percorsi chirurgici e pre-operatori, dell'occupazione delle sale operatorie, dei criteri di urgenza di un intervento;
- infine, nell'area sociosanitaria, si darà corso ai progetti regionali e locali orientati a strutturare un sistema integrato tra sociale e sanitario nelle aree che la CTSS riterrà prioritarie.



allegati

## Allegato 1 CASA DELLA SALUTE: Indicazioni regionali per la realizzazione e organizzazione funzionale

Lo sviluppo organizzativo delle cure primarie prevede la individuazione nel medio periodo di sedi di riferimento per i Nuclei di Cure Primarie (equipe multi professionale di assistenza primaria formata da medici di medicina generale, infermieri e assistenti sociali). La sede è punto di riferimento dei medici di quel Nucleo di Cure Primarie, dei pediatri di libera scelta e dei medici di continuità assistenziale e può essere punto di guardia medica su ambiti territoriali sufficientemente ampi.



I medici, pur mantenendo il proprio ambulatorio, svolgono a turno parte della propria attività in modo coordinato presso la struttura, in modo da garantirne un'apertura continuativa durante l'arco della giornata, anche in integrazione coi medici di continuità assistenziale nei giorni prefestivi e festivi. A questa sede possono rivolgersi tutti i cittadini di quell'ambito territoriale negli orari in cui il proprio medico non è presente nel suo ambulatorio, per un problema ambulatoriale urgente o per attività programmate: dagli ambulatori per patologia alla somministrazione di cicli di terapia, alla esecuzione di prelievi ematici.

Nella stessa sede i medici di medicina

generale possono erogare direttamente l'assistenza quando lavorano in forma associata. Elemento di qualità che caratterizza la struttura è rappresentato dalla informatizzazione e dal collegamento in rete coi medici che fanno riferimento a quel Nucleo e con le strutture di riferimento dell'Azienda Sanitaria.

La struttura è dotata di una sala riunioni per facilitare gli incontri fra i professionisti o per incontri con gruppi di cittadini su particolari problemi di salute. Oltre alla funzione CUP è presente un punto di accoglienza che dà informazioni, fa una prima valutazione del bisogno, orienta ai servizi per problematiche specifiche.

In questo contesto le cure primarie devono garantire la risposta ai bisogni espressi dal cittadino, nello svolgersi di un processo unitario, che prende in carico il paziente all'interno di un sistema capace di esaurire le sue esigenze o di affidarlo a strutture specialistiche. Si tratta di un modello organizzativo che risponde all'idea che il paziente non vada solo curato, perché il sistema è in grado di prendersi cura di lui, conferendo in tal modo una connotazione di natura preventiva e riabilitativa al sistema stesso.

Le funzioni di assistenza primaria erogate nella sede del Nucleo di Cure Primarie sono:

- Accoglienza, prima valutazione del bisogno, orientamento ai servizi
- Gestione coordinata delle patologie croniche
- Pianificazione e gestione integrata dell'assistenza domiciliare
- Educazione sanitaria/terapeutica a diversi target di popolazione per la migliore gestione della propria patologia (paziente esperto) o per favorire stili di vita sani
- Assicurazione della continuità assistenziale per problemi ambulatoriali urgenti per 12 ore diurne
- tutti i giorni della settimana
- Assistenza farmaceutica sulla base di linee guida condivise.

Dove le condizioni logistiche lo consentono sono presenti, integrate alle

attività di assistenza primarie proprie del Nucleo di Cure Primarie, le attività consultoriali, le attività specialistiche ambulatoriali di base, gli screening oncologici, le attività di prevenzione e profilassi delle malattie infettive e di certificazione della sanità pubblica, le attività del Centro di Salute Mentale. Nella stessa sede possono essere collocati inoltre i centri diurni e le strutture residenziali per i diversi target di popolazione. Il dimensionamento della Casa della Salute può variare pertanto in rapporto alla ricchezza e alla complessità dei servizi presenti. La tipologia di base della casa della salute è la sede del Nucleo di Cure Primarie ed è finalizzata all'erogazione dei servizi di assistenza primaria, mentre nella tipologia più complessa sono presenti i diversi servizi di cure primarie e i servizi territoriali di salute mentale e sanità pubblica. Il contesto in cui viene realizzata la Casa della Salute ne influenza le dimensioni.

Questo non dipende solo dalle caratteristiche del territorio e dalla densità della popolazione presente, ma anche dalla scelta di collocare nella stessa sede, accanto ai servizi di assistenza primaria, funzioni specialistiche con diversi gradi di complessità.

Il dimensionamento dei servizi consultoriali può variare ad esempio in relazione alla decisione di prevedere nella struttura la presenza dell'ostetrica, che opera in collaborazione col medico di famiglia, o di effettuare nella stessa sede anche i corsi di accompagnamento alla nascita.

Analogamente i servizi di salute mentale saranno dimensionati in modo diverso in relazione alla scelta di limitare l'attività alla consulenza psichiatrica programmata o di collocare nella stessa sede il Centro di Salute Mentale.

Appare evidente che in un Comune di medie dimensioni con una popolazione di 20-30.000 abitanti, è possibile prevedere nella Casa della Salute l'intera gamma dei servizi territoriali anche con funzioni complesse e quindi progettare una tipologia di Casa della Salute di

dimensione media o grande. La tipologia "casa della salute piccola" è senza dubbio più appropriata in un contesto nel quale si intendono erogare i servizi di assistenza primaria propri dei nuclei di cure primarie. E questo può essere realizzato sia in un piccolo

Comune che nel quartiere di una città, coinvolgendo anche più Nuclei di Cure Primarie.

I seguenti schemi definiscono i vari servizi necessariamente presenti nella Casa della Salute, a seconda della "taglia dimensionale", proporzionata

sul bacino di utenza di riferimento e a seguito delle riflessioni sopra esposte. Lo schema stabilisce la presenza dei locali minimi necessari per un presidio di dimensioni grandi, medie o piccole. (In allegato si riporta la tabella in formato esteso).

### Servizi previsti nelle diverse tipologie di Casa della Salute

		Grande	Media	Piccola	
<b>AREA PUBBLICA</b>	Accoglienza-accettazione	SI	SI	SI	
	Attese	SI	SI	SI	
	CUP	SI	SI	SI	
	Punto Unico di Accesso	SI	NO	NO	
	Sportello Unico	SI	SI	NO	
<b>AREA CLINICA</b>	ASSISTENZA PRIMARIA NCP	Medicina Gruppo (minimo 3 Ambulatori)	SI	SI	SI/NO
		Ambulatorio Pediatrico PLS	SI	SI	SI/NO
		Ambulatorio Infermieristico	SI	SI	SI
		Continuità Assistenziale H12	SI	SI	SI
		Ambulatorio Osservazione-Terapie	SI	SI	SI
		Ambulatorio Ostetrico (+Pap test)	SI	SI	SI/NO
		Ambulatorio Specialistico	SI	SI	SI
		Studio Assistente Sociale	SI	SI	SI
		Guardia Medica	SI	SI	SI/NO
		Automezzi Servizi Sanitari	SI	NO	NO
	SERVIZI SANITARI	Punto Prelievi (+Screening Colon)	SI	SI	SI/NO
		Poliambulatorio	SI	SI	NO
		Diagnostica Tradizionale	SI	SI/NO	NO
		(+Screening Mammografico)	SI	SI/NO	NO
		Ambulatorio ECO	SI	SI	NO
		Recupero e Riabilitazione Funzionale	SI	NO	NO
		Palestra Polivalente	SI	SI/NO	NO
		CSM	SI	SI/NO	NO
		Neuropsichiatria Infantile	SI	SI/NO	NO
		Centro Residenziale Psichiatrico	SI/NO	NO	NO
	SERVIZI SOCIO SANITARI	Centro Diurno Psichiatrico	SI/NO	NO	NO
		Sert	SI	NO	NO
		Consulterio Familiare	SI	SI/NO	NO
		Pediatria di Comunità	SI	SI/NO	NO
		RSA - Struttura protetta	SI/NO	SI/NO	NO
		Centro Diurno Anziani	SI/NO	SI/NO	NO
		Centro Residenziale Disabili CSR	SI/NO	NO	NO
		Centro Diurno Disabili	SI/NO	SI/NO	NO
		Coordinamento Assistenza Domiciliare	SI	SI	NO
		UVM Anziani e Disabili	SI	SI/NO	NO
	PREVENZIONE	Vaccinazioni	SI	SI	NO
		Screening Pap-test	SI	SI/NO	NO
Screening Mammografico		SI	SI/NO	NO	
Screening Colon retto		SI	SI/NO	NO	
Certificazioni Monocratiche		SI	SI	NO	
Commissione Invalidità Civile		SI/NO	NO	NO	
SERVIZI SOCIALI	Uffici	SI	SI	SI/NO	
	Uffici	SI	SI	SI/NO	
<b>AREA DI STAFF</b>	Distribuzione Ausili Protesici	SI	SI	NO	
	CUP	SI	SI	SI	
	Sportello Unico	SI	SI	NO	
	Sala Riunioni	SI	SI	SI	
	Sala Polivalente	SI	SI	SI/NO	
	Uffici di Staff	SI	SI/NO	NO	

**Allegato 2****OSPEDALE DI CARPI****Report investimenti effettuati e previsioni - Relazione tecnica**

- 1. Premessa**
- 2. Stato attuale**
- 3. Principali interventi sull'ospedale esistente**
- 4. Costi di gestione annuali**
- 5. Ipotesi di mantenimento della struttura esistente**
- 6. Ipotesi di nuova struttura**

**1. Premessa**

La struttura ospedaliera di Carpi è costituita da un insieme di corpi di fabbrica, realizzati in epoche diverse, ed insiste su di un'area inserita nel contesto urbano, ai margini del centro storico.

I dati significativi dell'ospedale sono:

I dati metrici		<b>Totale</b>
Superficie dell'area	mq	<b>51.439</b>
Sedime dei fabbricati	mq	<b>15.447</b>
Superficie costruita (tutti i piani)	mq	<b>51.392</b>
<b>Totale</b>	<b>mq</b>	

Posti letto	mq	51.392	PL	310
Mq posto Letto	mq	<b>51.392/310</b>	mq/PL	<b>166</b>

Tale dato di 166 mq a posto letto è in linea con gli standards regionali per le strutture ospedaliere non a carattere didattico o di elevata complessità.

**Planimetria generale dell'ospedale**

## 2. Stato attuale

L'attuale struttura è la sommatoria di corpi disomogenei dal punto di vista degli standards qualitativi.

## 3. Principali interventi sull'ospedale esistente

Quella di Carpi è una struttura sulla quale l'Azienda è intervenuta negli ultimi anni con numerosi interventi di ristrutturazione, adeguamento e potenziamento dell'ospedale. Si riepilogano di seguito gli interventi più significativi eseguiti negli ultimi anni o in avanzata fase del procedimento di finanziamento /attuazione.

### 3.1 Principali interventi in edilizia ed impiantistica conclusi (importi in €)

Degenze ed ambulatori per la libera professione – Stralcio Ambulatori	1.635.000
Sostituzione porte comparto operatorio	95.000
Rifacimento reti di adduzione e ricircolo acqua sanitaria 1° stralcio	300.000
Rifacimento reti di ricircolo acqua calda sanitaria - 2° stralcio	510.000
Nucleo servizi commerciali – Realizzazione con concessione	984.600
Accatastamento	110.000
Installazione Diagnostica Rx telecomandata Aristos (1)	464.600
Gruppo Frigorifero H Carpi -	266.536
SS OO Cablaggio strutturato	18.000
Sostituzione RMN - GE	795.000
<b>Totale complessivo lavori conclusi in €</b>	<b>5.178.736</b>

(1) Importo comprensivo di opere e attrezzature

### 3.2 Principali interventi in corso (importi in €)

Bunker per terapie radianti - Protocollo di intesa per Acceleratore Lineare (1)	5.553.563
Piano Azioni correttive della Legionella 1° STR	200.000
<b>Totale lavori in corso in €</b>	<b>5.753.563</b>

(1) Importo comprensivo di opere e attrezzature

Sono in fase di progettazione o di aggiudicazione i seguenti interventi:

### 3.3 - Principali interventi in corso aggiudicazione o di progettazione (importi in €)

Completamento reparto ALP stralcio degenze	1.420.000
Realizzazione primo stralcio nuovo comparto operatorio (in ex cucine)	1.700.000
Adeguamento Impiantistico del Comparto operatorio esistente	740.000
Piano azioni correttive della Legionella - PAC 2° STR	50.000
Opere per la messa in sicurezza antincendio (DH, Piano interrato Ten, Marchi)	200.000
Trasferimento del locale prep. colazioni	80.000
<b>Totale</b>	<b>4.190.000</b>

### 3.4 - Totali

3.1 Principali lavori conclusi – 2007/2010	5.178.736
3.2 Principali lavori in corso	5.753.563
3.3 Principali lavori in fase di aggiudicazione o di progettazione	4.285.000
<b>Totale</b>	<b>15.217.299</b>

### 4. Costi di gestione annuali

Oltre al riepilogo degli interventi di ristrutturazione edile ed impiantistica, si fornisce il riepilogo dei costi di gestione annuali, che riferiti al 2010 possono essere riassunti in:

Manutenzioni	Costi annuali 2010				Totali
	EE	Gas	Utenze Acqua	RSU	
1.028.107	737.282	603.916	149.429	51.499	<b>2.570.233</b>

Il solo mantenimento della struttura esistente ha un costo pari a 1.028.107, in cui sono incluse tutte le manutenzioni ordinarie edili ed impiantistiche, mentre il costo delle utenze è di circa 1.542.126.

## 5. Ipotesi di mantenimento della struttura esistente

Nell'ipotesi che per i prossimi anni vada mantenuta questa struttura, adeguandola e migliorandola, debbono essere messe in conto alcuni interventi che riguardano il suo adeguamento normativo ed, in minima parte, il miglioramento dell'offerta sanitaria.

### 5.1 - Interventi già definiti o progettati in via preliminare

	Costo presunto
Adeguamento antincendio ai fini CPI	22.159.800
Nuovi collegamenti verticali	1.250.000
Interventi di PROMAN – esigenze manutentive già definite	6.868.000
Piano Azioni correttive Legionella - completamento	1.155.000
<b>Totale</b>	<b>31.432.800</b>

### 5.2 - Interventi già definiti e in corso di progettazione

	Costo presunto
Completamento SSOO/endoscopia in ex cucine	2.450.000
Ristrutturazione ed adeguamento del Pronto Soccorso	1.720.000
<b>Totale</b>	<b>4.170.000</b>

Vi sono inoltre due importanti adeguamenti normativi, di cui sono in corso gli studi, riguardanti gli aspetti energetici e di valutazione di vulnerabilità sismica. Trattandosi di studi in corso, non è possibile indicare ora l'entità degli eventuali interventi e tantomeno la stima del fabbisogno economico.

### 5.3 - Interventi da valutare

Interventi di miglioramento/adeguamento sismico
Interventi di miglioramento energetico

Va detto infine che sono stati richiesti alla Regione Emilia Romagna, in conto finanziamenti ex Art. 20, Fase IV, Stralcio 2 ulteriori **€ 3.000.000** per interventi di adeguamento e rifunzionalizzazione. Allo stato attuale tuttavia non è certo il finanziamento di tale ulteriore stralcio dell'art. 20/88.

## 6. Ipotesi di nuova struttura

Sulla base dei costi parametrici indicativi, confrontati con la Regione, e considerando n° Posti Letto (PL) pari agli attuali 310 (inclusi i posti tecnici), si ipotizzano i seguenti valori di intervento:

### 6.1 - Valutazione dei parametri: costo e superfici a posto letto

Valori parametrici RER		Applicazione	Totale risultante
Costo PL in €	285.000 €/PL	310 PL * 285.000	<b>88.350.000 €</b>
Superficie per PL	160 mq/PL	160 mq/PL * 310 PL	<b>49.600 mq</b>
Costo a mq	2.065 €/mq	2.065 € * 49.600 mq	<b>102.424.000 €</b>

Il costo di costruzione di una nuova struttura – a parità di offerta di posti letto – e la cui complessità tecnologica e sanitaria è simile all'attuale, oscilla indicativamente tra i 90 ed i 100 milioni di euro, escludendo da tale stima tutti i costi di urbanizzazione. Sono esclusi da tali stime i costi per l'acquisizione delle aree, e quegli oneri, rilevanti, da prevedersi per la realizzazione della viabilità di accesso, e per le urbanizzazioni primarie e secondarie, le linee infrastrutturali (quali fognature, alimentazioni di energia elettrica, acqua, gas).