

Piano di riforma della Rete Provinciale Emergenza-Urgenza

Provincia di Modena

Documento Progettuale

SETTEMBRE 2025

A cura della Direzione Strategica delle
Aziende Sanitarie modenese



INDICE

INTRODUZIONE	4
LE SFIDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	4
LE TRAIETTORIE DEL CAMBIAMENTO	4
GOVERNARE E COMUNICARE IL CAMBIAMENTO	5
PIANO DI RIFORMA DELL'EMERGENZA-URGENZA	5
GENERARE VALORE.....	6
METODOLOGIA DI CONDUZIONE DEI LAVORI.....	7
FASE I ANALISI E CONDIVISIONE CON I GRUPPI DI LAVORO	9
STRUMENTI FASE I	10
SINTESI DEI RISULTATI DELLA FASE I - ANALISI DESCrittIVA DELL'ESISTENTE	10
<i>Modello attuale per l'emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera</i>	10
<i>Modello attuale per l'assistenza territoriale</i>	14
FASE II PROSPETTIVE STRATEGICHE E PROGETTAZIONE.....	18
PROSPETTIVE STRATEGICHE	18
PROGETTAZIONE	23
A) <i>Piano di riforma dell'emergenza – urgenza territoriale e ospedaliera</i>	23
B) <i>Sviluppo dei modelli assistenziali per la gestione territoriale della bassa complessità</i>	25
RICADUTE ORGANIZZATIVE ED ECONOMICHE	31
<i>Metodologia di valutazione</i>	31
<i>Sintesi provinciale degli effetti attesi</i>	32
<i>Ricadute sulla bassa complessità (CAU, AFT, 116117, rete territoriale)</i>	33
FASE III ATTUAZIONE E MONITORAGGIO	35
STEP 1 – AVVIO GRUPPI DI LAVORO OPERATIVI.....	35
STEP 2 – STESURA DOCUMENTI DI IMPLEMENTAZIONE.....	35
STEP 3 – MONITORAGGIO E REVISIONE DEI MODELLI	35
CONCLUSIONI.....	36
ALLEGATI	38
ALLEGATO 1: RISULTATI FASE I - ANALISI DESCrittIVA DELL'ESISTENTE	38
<i>Modello attuale per l'Emergenza-Urgenza Territoriale ed Ospedaliera</i>	38
<i>Modello attuale per l'assistenza territoriale</i>	46
ALLEGATO 2 – SINTESI DEI VERBALI FASE I.....	53
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	57

Glossario

ACN	Accordo Collettivo Nazionale
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AFT	Aggregazioni Funzionali Territoriali
AM	Auto Medica
AOU	Azienda Ospedaliero-Universitaria
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
BPCO	Broncopatia Cronica Ostruttiva
CA	Continuità Assistenziale
CAU	Centri di Assistenza Urgenza
CDC	Case della Comunità
CO118	Centrale Operativa 118
CO118AOEE	Centrale Operativa 118 - Area Omogena Emilia Est
COT	Centrale Operativa Territoriale
CRA	Case Residenza Anziani
CTSS	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria
CTUP/CT	Centrale Telefonica Unica Provinciale
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DGR	Delibera della Giunta Regionale
DIEU	Dipartimento Interaziendale Emergenza Urgenza
DM	Decreto Ministeriale
ECG	Elettrocardiografo
ET118	Emergenza Territoriale 118
EU	Emergenza Urgenza
FHQ	Cinque patologie tempo dipendenti: arresto cardiaco, IMA, stroke, trauma grave, insuff. respiratoria
FSE	Fascicolo Sanitario Elettronico
FTE	Full Time Equivalent
IFeC	Infermiere di Famiglia e di Comunità
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MMG	Medico di Medicina Generale
MSA	Mezzo di soccorso avanzato (infermiere o medico)
MSB	Mezzo di soccorso base garantito dalla Ass. Di Volontariato
M6C1 I1.2.2	Sub-investimento PNRR - M6C1 I1.2.2 Centrali Operative Territoriali (COT)
NUE	Numero Unico Europeo
OCB	Ospedale Civile Baggiovara
ODV	Organizzazione di volontariato
OSCO	Ospedale di Comunità
OSS	Operatore Socio-Sanitario
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PPDTA	Percorso Preventivo Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PS	Pronto Soccorso
PUA	Punti Unici di Accesso
UCCP	Unità Complesse di Cure Primarie
UVM	Unità di Valutazione Multidisciplinare

Introduzione

Le sfide del Servizio Sanitario Regionale

Il Servizio Sanitario Regionale si trova oggi di fronte a sfide significative che ne mettono in discussione la sostenibilità e la capacità di rispondere in maniera efficace ai bisogni della popolazione. L'aumento dei costi, legato all'introduzione di nuove tecnologie e terapie, si accompagna alla carenza di risorse umane e al perdurante sottofinanziamento del sistema. A ciò si aggiunge una persistente centralità del modello ospedaliero, che rischia di ridurre il ruolo dei servizi territoriali, proprio in un momento in cui il progressivo invecchiamento della popolazione e la crescita delle fragilità richiedono una presa in carico sempre più diffusa, integrata e vicina ai cittadini. Anche l'inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse, i tempi di attesa e le disomogeneità tra i diversi territori contribuiscono ad alimentare le criticità del sistema.

Le traiettorie del cambiamento

Per affrontare queste sfide è necessario avviare un percorso di trasformazione che si articola lungo cinque traiettorie strategiche.

La prima riguarda la **rimodulazione dell'offerta sanitaria**, con l'obiettivo di garantire maggiore prossimità ed equità, ridurre duplicazioni non a valore e ridefinire i luoghi di cura e le funzioni sia degli ospedali sia dei servizi territoriali. È necessario puntare a un sistema che sappia collocare la giusta cura nel giusto luogo, valorizzando le Case della Comunità, gli ambulatori dedicati alle urgenze a bassa complessità e le forme organizzative territoriali, senza trascurare il contributo del privato in una logica di collaborazione.

La seconda traiettoria è orientata alla **promozione di consumi appropriati**, ciò significa lavorare per ridurre le variazioni ingiustificate nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, riallineando i comportamenti agli standard regionali e nazionali. La creazione di strumenti di monitoraggio (cruscotti Data Unit), lo sviluppo di iniziative di sensibilizzazione come il progetto "Sentinelle di appropriatezza" in collaborazione con Federfarma, la definizione di budget più mirati possono costituire leve importanti per promuovere un uso più razionale delle risorse disponibili e una gestione appropriata del patrimonio.

La terza direzione riguarda **l'ammodernamento dei processi di cura**. La riforma della rete territoriale deve procedere in parallelo con quella ospedaliera, in modo da garantire omogeneità delle risposte, equità tra territori e sicurezza dei percorsi assistenziali. Questo richiede una progettazione partecipata, capace di coinvolgere professionisti, pazienti, istituzioni, terzo settore e volontariato, e una più stretta collaborazione tra le aziende sanitarie provinciali. Particolare attenzione deve essere dedicata all'emergenza-urgenza, con strategie volte a preservare la funzionalità dei Pronto Soccorso attraverso il rafforzamento del personale interno e la riorganizzazione dei turni.

La quarta traiettoria si concentra sulla **cultura e la ricerca**, riguarda il passaggio a un nuovo paradigma di gestione, fondato su strumenti comuni, sulla valorizzazione della ricerca e sull'uso dei dati per orientare le decisioni. In questo contesto si inseriscono lo sviluppo di una Data Unit provinciale, la diffusione di modelli di operations management e la sperimentazione di nuove modalità assistenziali, come il Virtual Hospital.

Infine, la quinta traiettoria riguarda il **capitale umano**, che rappresenta la vera leva per la costruzione del futuro del sistema sanitario. È prioritario attrarre, motivare e trattenere i professionisti, promuovendo il benessere organizzativo, il bilanciamento tra vita privata e vita lavorativa, la crescita delle competenze e un forte senso

di appartenenza. Politiche di welfare aziendale e di valorizzazione delle professionalità sono strumenti imprescindibili in questa prospettiva.

Governare e comunicare il cambiamento

Il percorso di trasformazione deve essere accompagnato da una strategia chiara di governance e di comunicazione. Per i cittadini, ciò significa garantire un accesso più semplice e guidato ai servizi, ridurre i tempi di attesa per le prestazioni più necessarie, assicurare una presa in carico di prossimità e offrire risposte più omogenee su tutto il territorio regionale. Per i professionisti, vuol dire avere maggiore chiarezza nei ruoli e nei percorsi, una più concreta valorizzazione delle competenze, una riduzione degli oneri burocratici e un migliore equilibrio tra carico di lavoro e qualità della vita professionale.

Piano di riforma dell'Emergenza-Urgenza

La riforma della rete dell'Emergenza-Urgenza della provincia di Modena si colloca all'interno di un articolato contesto normativo e programmatico che ha definito, a livello nazionale e regionale, nuovi modelli organizzativi per l'assistenza territoriale e l'integrazione con l'ospedale.

A livello nazionale, il Decreto Ministeriale n. 77/2022 ha introdotto modelli e standard per lo sviluppo di una sanità di prossimità, basata sulla capillarità dei servizi territoriali, sulla presa in carico precoce e sulla continuità dell'assistenza. Tali indirizzi trovano attuazione operativa all'interno della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che promuove il rafforzamento della rete assistenziale attraverso strumenti innovativi (Case della Comunità (CDC), Centrali Operative Territoriali (COT), telemedicina) e il potenziamento delle competenze multidisciplinari.

A livello regionale, la Delibera di Giunta Regionale n. 1206/2023 ha definito le linee guida per la riforma del sistema di emergenza-urgenza in Emilia-Romagna, individuando tre direttive prioritarie: il rafforzamento dell'emergenza territoriale e pre-ospedaliera, l'attivazione del Numero Unico Europeo 116117 e l'istituzione dei Centri di Assistenza Urgenza (CAU).

La successiva DGR n. 632/2025 ha definito i criteri per l'attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nuove forme organizzative della medicina generale, collocate preferibilmente nelle Case della Comunità, che mirano a garantire maggiore prossimità, equità e continuità delle cure. A livello provinciale, la necessità di un riordino condiviso della rete provinciale è stata formalmente riconosciuta dalla CTSS del 1° aprile 2025, nella quale sono state analizzate le principali criticità del sistema locale di emergenza-urgenza, con particolare riferimento all'inappropriatezza degli accessi, alla disomogeneità nell'impiego dei mezzi di soccorso e alla pressione crescente sui Pronto Soccorso.

A seguito di tale confronto, le Direzioni Generali dell'AUSL di Modena, dell'AOU di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. hanno ricevuto un mandato dalla CTSS per avviare il riordino della rete, formalizzato con le delibere:

- AUSL n. 118 del 30/04/2025;
- AOU n. 113 del 30/04/2025.



Gli obiettivi definiti nelle delibere hanno permesso di individuare le priorità di azione in riferimento a:

- ✓ rivalutazione della rete dei mezzi di soccorso, con attenzione all'efficienza operativa, alla copertura territoriale e alla riallocazione delle risorse;
- ✓ riforma dei Pronto Soccorso, con l'obiettivo di ridurre il ricorso a modalità straordinarie di reclutamento (es. cooperative) e migliorare la sostenibilità del sistema;
- ✓ nuovi modelli organizzativi per l'assistenza primaria (AFT, CAU, CDC), finalizzati alla presa in carico delle patologie a bassa complessità;
- ✓ effetti dell'attivazione del Numero Unico Europeo 116117, in termini di accessibilità, orientamento e reindirizzamento dell'utenza.

Il presente documento illustra la rendicontazione della fase I dei lavori svolti nei mesi di maggio e giugno 2025 e rappresenta la base progettuale (**fase II**) per l'attuazione (**fase III**) progressiva delle azioni previste e condivise, finalizzate alla trasformazione del sistema dell'emergenza-urgenza provinciale in un assetto più moderno, appropriato e orientato al valore.

I mezzi di soccorso oggetto del presente progetto di riforma afferiscono al Sistema Sanitario Regionale e non costituiscono una risorsa esclusiva dei singoli territori in cui sono fisicamente collocati. Essi, infatti, sono concepiti come elementi di una rete provinciale integrata, il cui impiego risponde a una logica di sistema.

Questa gestione a rete permette di allocare le risorse in modo dinamico e flessibile su tutto il territorio modenese, basandosi sulle più avanzate conoscenze scientifiche e sulle reali necessità. L'obiettivo primario è quello di garantire ai cittadini un servizio di emergenza-urgenza più sicuro, appropriato ed efficace, superando la frammentazione locale a favore di un modello operativo più efficiente e solidale.

Generare Valore

La riforma non si limita a un adeguamento strutturale, ma si fonda sul principio del *generare valore* per cittadini, professionisti e sistema sanitario. Secondo il paradigma della Value-Based Health Care (VBHC), il valore è definito come il rapporto tra esiti rilevanti per i pazienti e risorse impiegate (Porter, 2010), orientando le organizzazioni sanitarie a misurare i risultati in termini di salute, qualità di vita e soddisfazione delle persone (OECD, 2021).

In linea con il Framework on Integrated People-Centred Health Services dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2018), il valore non riguarda solo l'efficienza economica, ma anche la capacità di garantire prossimità, equità e continuità. A livello europeo, la Commissione Europea sottolinea che i sistemi sanitari generano valore quando integrano la prospettiva dei cittadini e utilizzano in modo appropriato le risorse disponibili (European Commission, 2019). Anche a livello nazionale, Agenas ha recentemente definito linee di indirizzo per l'implementazione della VBHC nel SSN, evidenziando la necessità di legare i processi di riorganizzazione a indicatori di esito clinico e di esperienza (Agenas, 2023).

In questa prospettiva, il riordino della rete provinciale dell'Emergenza-Urgenza mira a generare valore misurabile su tre piani:

- Per i cittadini/pazienti: appropriatezza degli interventi, riduzione degli accessi impropri ai PS, continuità assistenziale lungo il percorso ospedale–territorio.
- Per i professionisti: chiarezza dei ruoli, modelli di lavoro integrati, strumenti digitali e telemedicina a supporto.
- Per il sistema: uso più efficiente delle risorse, sostenibilità economica, reinvestimento dei risparmi in ulteriori servizi.

Il *generare valore* diventa quindi la bussola dell'intero percorso, un principio trasversale che orienta la visione strategica, la progettazione e l'attuazione.

Metodologia di conduzione dei lavori

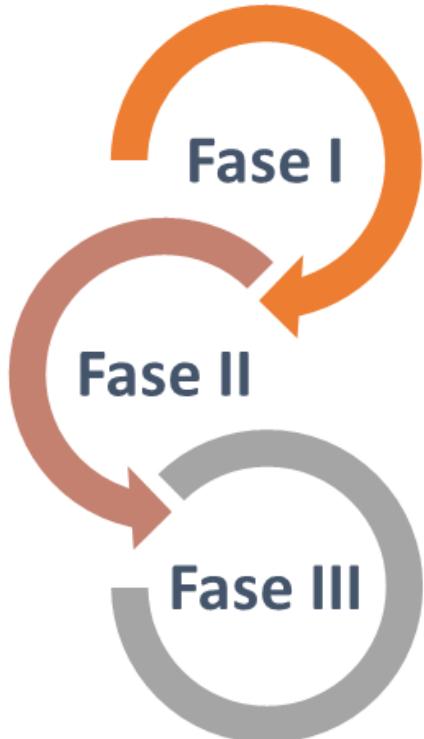
Il percorso di riforma della rete dell'Emergenza-Urgenza della provincia di Modena si articola in tre fasi:

FASE I: Analisi e condivisione con i gruppi di lavoro

FASE II: Progettazione

FASE III: Attuazione e monitoraggio

Queste fasi costituiscono la struttura metodologica su cui si fonda l'intero processo di trasformazione.



FASE I: Analisi e condivisione con i gruppi di lavoro

- Definizione e condivisione della metodologia per il riordino del sistema di emergenza-urgenza (E/U)
- Analisi dell'attuale e dei modelli organizzativi in essere
- Condivisione interistituzionale di proposte di riforma

FASE II: Progettazione

- Risultati e rendicontazione della I fase
- Analisi delle prospettive strategiche di sviluppo
- Progettazione del piano strategico
- Definizione delle linee di intervento e degli obiettivi a breve e medio termine

FASE III: Attuazione e monitoraggio

- Definizione degli step attuativi
- Redazione dei documenti tecnici (accordi interaziendali, PPDTA, procedure, ecc.)
- Implementazione delle azioni individuate
- Gestione del processo di monitoraggio e valutazione

FASE I

ANALISI E

CONDIVISIONE

FASE I ANALISI E CONDIVISIONE CON I GRUPPI DI LAVORO

La I fase del percorso di riordino, formalizzata con delibere aziendali congiunte (AUSL n. 118/2025, AOU n. 113/2025), si è svolta tra maggio e giugno 2025 secondo un impianto metodologico condiviso, basato su una progettazione partecipata articolata su più livelli (distrettuale, per area geografica, plenaria), con l'obiettivo di definire una proposta unitaria, coerente e operativa per il riassetto della rete.

In coerenza con quanto previsto dalle delibere aziendali del 30 aprile 2025, è stata istituita una Cabina di Regia interaziendale con funzioni di indirizzo strategico e supervisione complessiva del percorso di riordino della rete dell'Emergenza-Urgenza provinciale. La Cabina è composta dai rappresentanti delle tre Direzioni Generali aziendali (AUSL Modena, AOU Modena, Ospedale di Sassuolo S.p.A.), con il supporto di un coordinamento tecnico-operativo incaricato di garantire uniformità metodologica, sintesi interdistrettuale e supporto alla pianificazione delle attività.

Parallelamente, sono stati costituiti Gruppi di Lavoro Distrettuali a composizione multiprofessionale, con il compito di:

- analizzare i contesti locali sulla base dei dati disponibili;
- individuare le criticità prevalenti;
- proporre priorità di intervento e azioni di riordino coerenti con gli obiettivi generali.

I gruppi di lavoro distrettuali hanno incluso figure sanitarie, mediche, assistenziali e amministrative, nonché rappresentanti della medicina generale, della pediatria di libera scelta, del volontariato e delle rappresentanze civiche, assicurando una partecipazione ampia e rappresentativa.

Il lavoro dei distretti è stato successivamente armonizzato attraverso incontri per Area geografica (Nord, Centro, Sud), coordinati dai Direttori di Distretto e supervisionati dai Direttori Sanitari aziendali. Le sintesi per area sono state condivise e discusse all'interno della Cabina di Regia, con l'obiettivo di costruire, come già detto, una proposta unitaria e operativa per il riordino della rete.

Il percorso si è aperto con l'incontro di insediamento della Cabina di Regia interaziendale, tenutosi il 9 maggio 2025, durante il quale i Direttori Generali dell'AUSL di Modena, dell'AOU di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. hanno formalmente assegnato il mandato ai Gruppi di Lavoro incaricati di costruire la proposta progettuale.

La prima fase operativa ha previsto lo svolgimento degli incontri distrettuali, realizzati tra il 14 e il 23 maggio 2025, che hanno coinvolto i sette Distretti della provincia secondo il seguente calendario:

- 14 maggio: Mirandola, Pavullo, Castelfranco Emilia
- 15 maggio: Modena, Sassuolo
- 19 maggio: Vignola
- 23 maggio: Carpi

In ciascun incontro, i Gruppi di Lavoro Distrettuali hanno presentato le evidenze raccolte, le criticità rilevate e le priorità di intervento, generando una prima mappatura condivisa dei bisogni e delle possibili linee di azione.

A seguire si sono svolti gli incontri di Area geografica:

- 26 maggio: Area Centro e Area Sud
- 30 maggio: Area Nord

Coordinati dai Direttori di Distretto e supervisionati dai Direttori Sanitari delle tre Aziende, tali incontri hanno avuto l'obiettivo di armonizzare le proposte emerse a livello locale, favorendo una visione integrata, coerente e condivisa delle priorità di intervento.

Il 13 giugno 2025 si è svolto l'incontro intermedio della Cabina di Regia, dedicato al confronto interaziendale e alla condivisione dei principali punti di convergenza, delle criticità residue e delle aree di attenzione.

Il percorso è proseguito con la plenaria di restituzione, svolta il 24 giugno, durante la quale sono stati presentati gli esiti complessivi dei lavori distrettuali e di area, in vista della trasmissione del documento alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) per la discussione e l'approvazione finale.

L'intera I fase ha coinvolto circa 200 persone a livello provinciale e ha prodotto un patrimonio condiviso di analisi, riflessioni e priorità, che rappresenta la base su cui si fonda la Fase II, dedicata alla progettazione e al piano strategico.

Strumenti fase I

Per garantire omogeneità e coerenza tra i diversi livelli di lavoro, è stato definito e condiviso un impianto metodologico, descritto nel dettaglio nel documento “Allegato 1 – Documento metodologico” della delibera.

In particolare, sono stati adottati:

- una scheda di lavoro strutturata, costruita intorno a domande guida comuni, con l’obiettivo di orientare l’analisi verso le aree prioritarie e favorire la comparabilità tra distretti;
- un dataset condiviso di riferimento, contenente dati su: accessi in Pronto Soccorso, interventi 118, dotazioni dei mezzi, attività dei CAU, dati demografici e indicatori di performance;
- una mappa dei soggetti coinvolti, per garantire la trasversalità delle competenze e una rappresentanza bilanciata dei punti di vista professionali, gestionali e civici;
- strumenti digitali comuni per la raccolta dei materiali, la restituzione degli esiti e la redazione della sintesi progettuale.

L’intero processo si è fondato su una raccolta sistematica di dati quantitativi e qualitativi, mirata a fornire un inquadramento aggiornato, realistico e integrato del sistema provinciale. In particolare, sono stati utilizzati:

- i dati della banca informativa 118, relativi a volumi di accesso, tempi di intervento, codifiche di gravità e impiego dei mezzi;
- le statistiche di attività dei CAU, comprehensive di motivi di accesso, frequenze, esiti (visita, consulto, invio al 118 o ad altri setting);
- i flussi informativi aziendali relativi a Pronto Soccorso, continuità assistenziale, medici e pediatri di medicina generale;
- le evidenze qualitative raccolte tramite il questionario regionale sull’esperienza degli utenti CAU, utile a integrare l’analisi con elementi di contesto percepito.

Sintesi dei risultati della fase I - Analisi descrittiva dell’esistente

L’analisi, svolta per distretto e poi armonizzata per area geografica, integra dati quantitativi e lettura qualitativa dei contesti locali, delineando bisogni, criticità ricorrenti (prevalentemente strutturali-organizzative) e alcuni ambiti strategici comuni su cui poggerà il Piano attuativo (fase III).

In appendice sono presenti: analisi dettagliata presentata durante gli incontri di fase I e sintesi dei verbali degli incontri per area.

Modello attuale per l’emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera

Il sistema dispone attualmente di 43,3 unità a tempo pieno equivalenti (FTE)¹, tra infermieri, medici e volontari, distribuite nei seguenti mezzi:

- Ambulanze di soccorso avanzato (MSA), a leadership infermieristica o medica²: 23,9 FTE
- Ambulanze di soccorso di base (MSB), garantite dalle Organizzazioni di Volontariato: 19,4 FTE

Questa dotazione equivale a 1 mezzo avanzato ogni 29.701 abitanti, ossia più del doppio rispetto allo standard nazionale stabilito dal DM 70/2015 (1 ogni 60.000 abitanti o 1 ogni 350 km² di superficie).

¹ L’FTE (Full Time Equivalent) è un indicatore che traduce il monte ore lavorativo in equivalenti di personale a tempo pieno (1 FTE corrisponde all’impegno annuale di una risorsa full-time; il valore di 1 corrisponde all’utilizzo di un mezzo h24 7 giorni su 7). Per le Organizzazioni di Volontariato il dato FTE ha valore puramente tecnico-comparativo, poiché l’attività è garantita da migliaia di volontari che si alternano nei turni.

² DM 70/2015: Il Ministero della Salute ha chiarito, in risposta alla richiesta della Regione Emilia Romagna di interpretazione autentica dei punti 9.1.1 e 9.1.3 dell’allegato 1 al DM 70/2015 del 29/05/2017 e in risposta alla richiesta della Regione Toscana sulla definizione di Mezzo avanzato del 22/10/2018, che per MSA si intende il mezzo che ha a bordo l’infermiere o il medico od entrambe le figure professionali.

Le Organizzazioni di Volontariato (ODV) costituiscono un pilastro del sistema di emergenza-urgenza provinciale, assicurando con ANPAS, Croce Rossa e Misericordie una rete diffusa di mezzi e risorse che integra le attività aziendali e garantisce capillarità e tempestività di risposta. Attualmente le ODV assicurano:

- **36 mezzi ANPAS**, per circa 188.000 ore/anno, con oltre 3.500 volontari e più di 100 dipendenti;
- **7 mezzi Croce Rossa Italiana**, per circa 39.700 ore/anno, con circa 1.400 volontari e 23 dipendenti distribuiti su 5 Comitati e 8 sedi territoriali;
- **1 mezzo Misericordia**, per circa 10.400 ore/anno, con circa 110 volontari e 8 dipendenti.

Complessivamente, le ODV contribuiscono, nel 2024, per oltre la metà delle ore complessive del sistema (circa il 53%), garantendo non solo l'operatività dei MSB, ma anche la copertura dei trasporti secondari e di supporto, nonché attività formative e di promozione del volontariato giovanile in collaborazione con l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (UNIMORE).

La forza del volontariato si manifesta soprattutto nella capacità di presidiare in maniera capillare le aree periferiche e montane, mantenendo un livello di prossimità che sarebbe altrimenti insostenibile. Un ulteriore valore aggiunto è rappresentato dagli equipaggi misti AUSL–Associazioni, che assicurano flessibilità organizzativa e piena integrazione tra professionisti e volontari.

Servizio di elisoccorso

Un ulteriore nodo della rete è rappresentato dal servizio di elisoccorso. La provincia di Modena dispone della base di Pavullo nel Frignano, operativa dalle 8:00 alle 20:00 (12 ore al giorno), con orario modulato in inverno in funzione delle ore di luce. Durante le ore notturne l'attività è centralizzata sulla base regionale di Bologna, che garantisce l'unico elicottero operativo h24 in Emilia-Romagna.

In condizioni ordinarie, l'elicottero di Pavullo decolla entro 2–3 minuti dalla ricezione dell'allarme da parte della Centrale Operativa. La velocità di crociera supera i 200 km/h (circa 4,5 km al minuto), consentendo di coprire rapidamente distanze significative e garantendo un supporto tempestivo nei casi più gravi.

Nelle ore notturne i tempi di decollo possono risultare leggermente superiori, per consentire la valutazione delle condizioni meteo e dei siti di atterraggio. In caso di contemporanea attivazione o di indisponibilità del mezzo, la Centrale si coordina in rete con le altre basi regionali (Bologna, Parma, Ravenna) ed extraregionali.

Il servizio opera in stretta collaborazione con il Soccorso Alpino, che affianca il 118 sugli elicotteri di Pavullo e Ravenna, unici in Regione dotati di verricello, indispensabile per le missioni in ambiente montano e per il recupero in aree impervie.

La valutazione effettuata e riportata integralmente in Allegato 1, si articola in tre dimensioni:

1. descrittiva (dimensionamento e distribuzione spazio-temporale);
2. efficacia/appropriatezza (coerenza della risposta e contenimento del rischio);
3. efficienza (ottimizzazione delle risorse).

Sono state considerate anche variabili di contesto: popolazione e flussi turistici, estensione territoriale, orografia/viabilità, presenza di strutture sanitarie e offerta h24.

Per stimare la copertura è stato adottato il modello delle isocrona (CO118 RER) con il calcolo del percorso ottimale e la generazione dell'isocrona 20', sulla base di rete stradale, orografia e storico degli interventi. Il quadro informativo di riferimento è coerente con il DM 17 dicembre 2008, che definisce il flusso per il monitoraggio delle prestazioni di emergenza-urgenza ai fini LEA, e con il DM 12 marzo 2019, che individua 88 indicatori (CORE e NO-CORE) articolati per macro-aree, assunti come cornice per la misurazione e la rendicontazione delle performance. (DM 17/12/2008; DM 12/03/2019)

Per valutare la copertura del servizio è stato utilizzato il modello delle isocrona³ sviluppato dal CO118 Emilia-Romagna. In pratica, attraverso il calcolo del percorso più rapido e la rappresentazione dell'area raggiungibile in 20 minuti (tenendo conto della rete stradale, della conformazione del territorio e dei dati storici degli interventi), è stato possibile stimare con precisione l'effettiva accessibilità del sistema e ipotizzare diversi scenari di riposizionamento dei mezzi.

³ Rappresentazione cartografica che individua le aree raggiungibili da un punto di partenza (una postazione di emergenza) entro un determinato tempo di percorrenza, tenendo conto della rete varia e delle condizioni di accessibilità. Utilizzata per valutare la copertura territoriale dei mezzi di soccorso.

Parallelamente è stata condotta un'analisi dei Pronto Soccorso, prendendo in esame sia i volumi di accesso sia le principali caratteristiche organizzative, così da avere un quadro integrato dell'offerta di emergenza-urgenza sul territorio.

Dimensione descrittiva	Analizza volumi di intervento, distribuzione temporale e quota di interventi eseguiti con mezzi del territorio modenese per stimare domanda, eventuali picchi e grado di autosufficienza organizzativa. 
Indicatori	Numero di interventi per giorno/fascia oraria e percentuale di interventi svolti da mezzi AUSL Modena sul totale provinciale.
Risultati	L'analisi conferma che, a livello provinciale, i codici rossi rappresentano nel 2024 il 19,9% degli eventi (14.202 su oltre 71.000 interventi). La distribuzione per giorno della settimana e fascia oraria è sostanzialmente omogenea, senza picchi critici; il 65,8% degli interventi ricade nella fascia 08:00–20:00, segnale di una domanda prevalentemente diurna e preventivabile. Sul versante dell'offerta, il 97,8% degli interventi è stato gestito con mezzi provinciali (MSA e MSB dell'organizzazione modenese), dato che attesta un forte presidio locale e una rete capillare ed efficiente, capace di garantire ampia copertura facendo limitato ricorso a risorse esterne. Proprio l'interoperabilità con i mezzi dei territori confinanti potrebbe però essere utilizzata in modo mirato per rafforzare la copertura delle aree di confine della provincia. Nel complesso, questi indicatori descrivono buone performance del sistema 118 sia nell'equilibrio tra domanda e offerta sia nella capacità di risposta autonoma e integrata. Resta un margine di consolidamento della rete, soprattutto in relazione ai confini con Bologna e Ferrara, dove l'integrazione interprovinciale può portare ulteriori benefici.

Dimensione appropriatezza	Si valuta la congruenza tra la gravità del codice e il livello del mezzo impiegato (MSA/MSB) come indicatore dell'efficacia del sistema. L'analisi è integrata con l'impiego dei mezzi avanzati nelle patologie tempo-dipendenti (FHQ) e con i tempi di centralizzazione verso gli HUB (PS AOU Policlinico e OCB Baggiovara), per verificare se la dislocazione dei mezzi e le modalità di invio da parte della Centrale Operativa 118 garantiscono una risposta tempestiva e proporzionata ai bisogni clinici, migliorando gli esiti. 
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> – Percentuale di interventi effettuati da MSA/MSB per classe di criticità valutata sul luogo (codici 0-1-2 vs 3-4); – FHQ: percentuale di interventi per patologie tempo-dipendenti con coinvolgimento di almeno un mezzo avanzato; – Tempo di centralizzazione delle patologie tempo-dipendenti (FHQ) verso PS AOU Policlinico o OCB Baggiovara.
Risultati	L'appropriatezza risulta complessivamente buona: nei casi ad alta gravità (codici 3–4) un MSA interviene nel 98,3% degli eventi. Permane tuttavia un segnale di sovra-utilizzo dei mezzi avanzati nelle situazioni a bassa criticità (codici 0–1–2): il 48,1% degli interventi è gestito da solo MSA e un ulteriore 8,4% congiuntamente da MSA e MSB. Ciò richiede una riflessione sull'equilibrio della rete e sui criteri di invio dei mezzi da parte della Centrale Operativa 118. L'indicatore FHQ si attesta al 93,6%, valore vicino al nuovo target del 95% (recentemente innalzato dal 90%), confermando la tempestiva attivazione dei mezzi avanzati nelle patologie tempo-dipendenti.

	<p>I tempi di centralizzazione verso gli HUB si collocano su una media di 58 minuti, influenzati da percorrenze non comprimibili nelle aree a morfologia complessa (es. Pavullo).</p> <p>In sintesi: il sistema si dimostra efficace nella gestione delle alte criticità e nei percorsi tempo-dipendenti, mentre rimane un'opportunità di ricalibrare l'impiego degli MSA nelle basse priorità, per rafforzare coerenza ed efficienza complessiva.</p>
--	--

Dimensione di efficienza 	L'analisi dell'efficienza, attraverso il monitoraggio dei tempi di intervento per i codici rossi e del numero di interventi giornalieri effettuati dai mezzi avanzati, consente di valutare la capacità operativa del sistema di emergenza nel rispondere tempestivamente ai casi più critici e nell'ottimizzare l'utilizzo delle risorse ad alta intensità, evidenziando eventuali sovraccarichi o margini di efficientamento nell'organizzazione dei servizi.
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> – Tempo di intervento per codici rossi (Allarme target⁴) – Numero interventi/die mezzi di soccorso avanzati (MSA) – Rapporto tra copertura oraria MSA/MSB (tempo totale turni) ed impegno reale del mezzo (somma tempi di intervento) <p>In relazione ai suddetti indicatori, così come il già citato FHQ, si specifica che il corretto dimensionamento territoriale e di popolazione perché il dato risultato affidabile è Regionale o di area di competenza delle COO118.</p>
Risultati	<p>L'analisi di efficienza restituisce un quadro complessivamente positivo: il tempo di intervento per i codici rossi si mantiene entro soglie ottimali (<18 minuti) in tutti i distretti, a conferma di una distribuzione dei mezzi adeguata e di una buona prontezza operativa—condizioni essenziali per garantire tempestività nei casi potenzialmente salvavita.</p> <p>Sul versante dell'utilizzo delle risorse emergono tuttavia segnali di sottoutilizzo: in alcune aree il numero giornaliero di interventi MSA è <3/die e il tempo di impiego medio dei mezzi si attesta attorno al 21%. Ciò suggerisce l'opportunità di ricalibrare la distribuzione dei turni e delle dotazioni, valorizzando appieno gli MSA dove creano maggior valore, massimizzando l'impiego degli MSB nei contesti a minore complessità e, complessivamente, aumentando l'efficienza del sistema senza compromettere i tempi di risposta sulle criticità maggiori.</p>

Isocrone 	Analisi Geographic Information System (GIS) su storico 118 – anno 2024), con geolocalizzazione dei punti di partenza MSA-M (leadership Medica) e calcolo di isocrone a 20 minuti tramite algoritmi di percorso ottimale tarati sulle velocità medie storiche (MSA-M di Mirandola e Vignola). Mediante funzioni di analisi spaziale sono stati quantificati gli eventi ricadenti nei poligoni “Isocrona 20”. Per la lettura clinico-organizzativa sono stati utilizzati gli attributi codice di invio (criticità presunta) e codice di rientro (valutazione sul posto), integrati con la densità abitativa per stimare la popolazione servita. Su questa base è stato costruito il confronto controfattuale tra ciò che è accaduto nel 2024 e ciò che sarebbe accaduto con mezzi riposizionati in punti più favorevoli alla copertura.
--	---

⁴ Indicatore D09Z “Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso”, classificato CORE, misura il tempo che intercorre tra l'inizio della chiamata alla Centrale Operativa 118 e l'arrivo sul luogo dell'evento del primo mezzo di soccorso in caso di codici rossi.

Risultati	L'algoritmo è stato applicato a tre mezzi di soccorso avanzato (MSA-M), localizzati nell'area Carpi–Mirandola, Sassuolo–Vignola, Pavullo oggetti di possibile rimodulazione logistica. La simulazione di uno spostamento verso una posizione più baricentrica ha mostrato un sensibile incremento della copertura potenziale entro 20 minuti: <ul style="list-style-type: none"> – +90,7% per l'MSA attualmente collocato a Mirandola – +146,9% per l'MSA attualmente collocato a Vignola Mentre per l'MSA di Pavullo ha mostrato un decremento della copertura della popolazione di riferimento.
------------------	---

Pronto Soccorso 	L'analisi è stata condotta utilizzando i dati di accesso ai Pronto Soccorso provinciali per l'anno 2024, con particolare riferimento ai volumi complessivi, alla distribuzione dei codici di triage, alla percentuale di autopresentazioni ed approfondimenti per le fasce di età pediatriche. Sono stati inoltre considerati elementi di carattere organizzativo e di risorse umane tra cui il numero di professionisti disponibili, le procedure concorsuali attivate e le principali soluzioni a supporto.
Risultati	Nel 2024 i Pronto Soccorso della provincia di Modena hanno registrato complessivamente 271.394 accessi, con un tasso pari a 40 accessi ogni 100 abitanti e un'incidenza di autopresentazioni pari all'83%, superiore alla media regionale (76%). Una quota rilevante dell'attività riguarda condizioni a bassa complessità (codici bianchi e verdi), che rappresentano fino al 63,7% degli accessi a Baggiovara e al 73,1% al Policlinico. Nei presidi periferici si rilevano incrementi significativi: a Mirandola +17,6% rispetto al 2023 (con oltre il 60% di codici minori e una quota pediatrica pari al 17,4%), mentre a Carpi si aggiunge il peso degli accessi dai territori limitrofi. Anche a Sassuolo e Pavullo la maggior parte degli accessi avviene in autopresentazione, prevalentemente per bisogni non urgenti.

Modello attuale per l'assistenza territoriale

A luglio 2025 la rete per l'assistenza territoriale risulta articolata in Case della Comunità, CAU, ambulatori MMG/PLS, Continuità Assistenziale, Ospedale di Comunità, Centrale Operativa Territoriale, rete domiciliare, 118 e reti di telemedicina: assetti ancora eterogenei, ma già funzionali a un'integrazione organizzativa crescente.

Case della Comunità (CdC)

Nel Piano presentato in CTSS (luglio 2021) erano previste 13 nuove CdC oltre alle 14 già attive. Al luglio 2025 risultano attive 19 CdC su 27 previste, secondo il modello regionale DGR 1206/2023. La rete è in progressiva strutturazione e rappresenta il presupposto infrastrutturale per prossimità e integrazione multiprofessionale/comunitaria. L'assetto segue un modello Hub & Spoke: gli Hub distrettuali risultano in larga parte già operativi con ulteriori attivazioni programmate, mentre gli Spoke garantiscono capillarità territoriale con una quota prevalente di sedi attive e altre in fase di programmazione.

Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)

In attuazione della DGR 1206/2023 e della Delibera DG AUSL Modena n. 287/2023 sono stati attivati cinque CAU tra dicembre 2023 e aprile 2024:

1. Finale Emilia (dal 18/12/2023)
2. Castelfranco Emilia (dall'11/12/2023)

3. Fanano (dal 29/01/2024)
4. Modena–Policlinico (dal 10/04/2024)
5. Carpi (dal 10/04/2024)

Le performance provinciali mostrano una buona capacità di intercettare l'urgenza a bassa complessità, con attese contenute (media 43 minuti) e permanenza media di circa un'ora (67 minuti), pur con variabilità tra sedi (27 minuti a Finale Emilia vs oltre 1h30 a Modena). L'utilizzo è prevalentemente diurno (8:00–20:00); i motivi di accesso sono soprattutto problemi generali/disturbi minori e problematiche ortopediche. Una quota non trascurabile dei “disturbi minori” è legata a richieste di prescrizioni o prestazioni, con ampia forbice tra sedi (6% a Finale Emilia fino al 54% a Carpi).

Continuità Assistenziale (CA) e Centrale Telefonica Unica Provinciale (CTUP)

1. Da luglio 2023 è stata avviata una rilettura complessiva del sistema che ha introdotto tre cambiamenti chiave: la Centrale Telefonica Unica Provinciale come primo punto di accesso e orientamento (svincolando il sistema dalla dipendenza dalle sole sedi fisiche);
2. una razionalizzazione progressiva delle sedi guidata dai dati di attività;
3. la revisione dell'integrazione con gli ambulatori di Medicina Generale nei prefestivi/festivi (Mirandola, Modena, Carpi, Castelfranco).

Oggi la funzione principale della CA è svolta dalla CTUP, che valuta e processa direttamente le chiamate risolvendo oltre la metà dei casi, mantiene il raccordo con gli ambulatori sul territorio e con i CAU, attiva i medici per le visite domiciliari quando necessario ed è in grado di allertare direttamente il 118.

La CTUP prevede 8 medici nei turni diurni (prefestivi e festivi), 6 medici dalle 20 alle 24 e 3 medici dalle 24 alle 8, con gestione diretta telefonica, invio verso ambulatori CA e CAU, attivazione del medico periferico per visite domiciliari e raccordo con il 118. Nel 2024 ha gestito oltre 80.000 chiamate, con risoluzione telefonica 58% e territoriale 41%, contribuendo a decongestionare i PS e a ridurre la pressione su MMG e CA. È oggi un nodo stabile su cui innestare il triage remoto 116117 e l'integrazione con la COT.

Centrale Operativa Territoriale (COT), telemedicina e Sistemi Informativi

Le COT, attive in tutti i Distretti, sono il raccordo operativo tra ospedale e territorio: governano dimissioni complesse, attivano precocemente i servizi e gestiscono la “transitional care”⁵, supportando i casi ad alta complessità anche tramite UVM. Nel 2° semestre 2024 tutte le sette COT provinciali sono state verificate dall'Ingegnere Indipendente (PNRR M6C1 I1.2.2) con esito di piena funzionalità e conformità. Le segnalazioni totali del 2024 provengono per il 51,5% dalle strutture ospedaliere (di cui circa la metà di esse (51,9%) da Policlinico e Baggiovara) e per il 29,1% dai Servizi Sociali; l'utenza è in prevalenza anziana (77% >75 anni, 47,5% >85).

In parallelo si sta consolidando la telemedicina con oltre 700 kit di telecontrollo in uso sul PDTA scompenso cardiaco e pazienti polipatologici, coordinati dalla Centrale di Telemedicina. Cresce inoltre la disponibilità di dispositivi portatili (ECG, ecografi palmari, dermatoscopi). Resta parziale l'interoperabilità tra sistemi (SOLE, IPPOCRATE, cartelle specialistiche, 118, AdiWeb): sono in corso azioni congiunte per uniformare l'accesso, rendere interoperabili i flussi e arrivare a una piattaforma provinciale unica, in coerenza con il PNRR.

Rete Socio-Sanitaria

L'offerta sociosanitaria dell'AUSL di Modena copre l'intero territorio con 191 strutture (CRA, Centri Diurni, Comunità Alloggio e altre residenziali/semiresidenziali) per 5.620 posti destinati ad anziani non autosufficienti e adulti con disabilità, gestite in sinergia con enti locali e gestori pubblici/privati per garantire qualità e continuità. L'accesso avviene tramite valutazione multidimensionale svolta da équipe dedicate—anche in COT per accelerare i tempi in dimissione—che definisce un progetto assistenziale personalizzato. Un elemento di complessità è il contributo economico richiesto per alcuni servizi, gestito operativamente in COT con il supporto dei professionisti degli enti locali.

⁵ Con “transitional care” si intende un modello di assistenza che accompagna la persona nel passaggio da un setting di cura all'altro (ad esempio dall'ospedale al domicilio o a una struttura intermedia)

È in implementazione un monitoraggio strutturato dei posti letto sociosanitari temporanei nelle CRA per rendere visibili le disponibilità e facilitare il trasferimento dall'ospedale al setting più appropriato, soprattutto nei periodi critici.

Questi assetti organizzativi descritti, già attivi e in progressiva evoluzione, costituiscono la base operativa su cui si innesteranno, nel biennio 2026–2027, i nuovi modelli assistenziali per la gestione della bassa complessità.

FASE II

**PROSPETTIVE
STRATEGICHE E
PROGETTAZIONE**

FASE II PROSPETTIVE STRATEGICHE E PROGETTAZIONE

A partire dalle analisi condotte nei sette Distretti della provincia di Modena, dalle sintesi per Area geografica (Nord, Centro, Sud) e dagli obiettivi condivisi all'interno della Cabina di Regia, è stato definito un piano strategico per il biennio 2026–2027avr, che rappresenta la prima fase concreta di attuazione del percorso di riforma del sistema provinciale dell'emergenza-urgenza.

Il piano si sviluppa lungo due direttive operative principali tra loro strettamente interconnesse:

1. **Il piano di riforma dell'emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera**, finalizzata a migliorare l'efficacia, l'appropriatezza e la sostenibilità degli interventi urgenti e tempo-dipendenti, attraverso una diversa allocazione dei mezzi di soccorso, un riequilibrio dei carichi sui Pronto Soccorso e una maggiore integrazione tra setting ospedalieri e territoriali.
2. **Lo sviluppo dei modelli assistenziali per la bassa complessità (AFT, CAU, CDC)**, con l'obiettivo di ridurre l'accesso inappropriato ai PS, potenziare la risposta precoce e coordinata sul territorio, e garantire continuità assistenziale per i bisogni ricorrenti legati a cronicità e fragilità sociale.

Le azioni previste si basano sulle evidenze emerse nella fase di analisi, risultano coerenti con gli indirizzi nazionali e regionali (DM 77/2022, DGR 1206/2023, DGR 632/2025), e sono progettate per essere attuate in modo progressivo ma incisivo, in funzione delle condizioni operative dei singoli contesti locali.

Nel biennio 2026–2027, l'Azienda USL di Modena darà attuazione a un piano organico di riordino dell'emergenza-urgenza territoriale e allo sviluppo dei modelli assistenziali per la gestione territoriale della bassa complessità, con l'obiettivo di garantire la tempestività degli interventi critici, l'appropriatezza della risposta nei diversi livelli di gravità clinica, e la sostenibilità dell'intero sistema. Ogni direttrice operativa avrà il proprio gruppo di lavoro istituito ad hoc per discutere ed elaborare proposte concrete e attuabili sugli obiettivi concordati.

Prospettive Strategiche

Di seguito si riportano gli esiti della Fase I, risultato dell'armonizzazione dei verbali e delle valutazioni emerse nel corso degli incontri per Area geografica (Nord, Centro, Sud).

AREA NORD (CARPI - MIRANDOLA)					
MEZZI DI SOCCORSO					
 		<ul style="list-style-type: none">– Riconversione di un mezzo MSA a leadership Infermieristica in MSB.– Diversa modalità di gestione del MSB H24 (ODV, AUSL o forma mista).– Potenziamento del MSA a leadership Medica da H12 a H24 con un posizionamento baricentrico			
		MSA-M	MSA-I	MSB	tot
		Attuale	0,5	4	3,7
		Futura	1*	3	4,3
		Delta	+0,5	-1	+0,6
		+0,1			
* Accordi con aree di confine con Ferrara per impiego MSA-M di Casumaro + spostamento baricentrico H24 Cavezzo/Ponte Motta					
PRONTO SOCCORSO		<ul style="list-style-type: none">– Termine della collaborazione con le cooperative mediche per la copertura dei turni notturni nei PS di Carpi e Mirandola			

<u>AFT</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Nel distretto di Mirandola sono previste 3 AFT (Mirandola; Camposanto/Finale Emilia/San Felice sul Panaro; Cavezzo/Concordia sulla Secchia/Medolla, San Possidonio, San Prospero) Nel Distretto di Carpi sono previste 4 AFT (Novi, 2 su Carpi e Soliera/Campogalliano)
<u>AMBULATORI PER LA GESTIONE DELLA BASSA COMPLESSITÀ</u> 	<ul style="list-style-type: none"> In corso di definizione un accordo aziendale con la medicina generale per la sperimentazione degli ambulatori a bassa complessità Avvio della sperimentazione definita dall'accordo di cui sopra per la gestione delle Urgenze a Bassa Complessità nel distretto di Mirandola.
<u>CASE DELLA COMUNITÀ</u> 	<p>Distretto di Carpi</p> <ul style="list-style-type: none"> Carpi HUB Novi Rovereto Spoke Soliera Spoke Campogalliano Spoke (in programmazione) <p>Distretto di Mirandola</p> <ul style="list-style-type: none"> Mirandola HUB Finale Emilia HUB Concordia sulla Secchia Spoke Cavezzo Spoke S. Felice sul Panaro Spoke (in programmazione)
<u>COMUNICAZIONE</u> 	Necessità di una campagna comunicativa rivolta ai cittadini al fine di promuovere un uso più appropriato dei servizi sanitari e di una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, in particolare nella gestione della cronicità e nelle dimissioni protette.

AREA CENTRO (MODENA – CASTELFRANCO EMILIA)					
<u>MEZZI DI SOCCORSO</u> 	<ul style="list-style-type: none"> Riconversione di un mezzo MSA-I in MSB Diversa modalità di gestione del MSB H24 (ODV, AUSL o forma mista) Valorizzare le sinergie interdistrettuali anche con aree di confine (es. Azienda USL di Bologna) 				
	MSA-M	MSA-I	MSB	tot	
Attuale	1	5	2,6	8,6	
Futura	1	4	3,6	8,6	
Delta	0	-1	+1	0	

<u>PRONTO SOCCORSO</u>	<ul style="list-style-type: none"> – valutare le nuove prospettive di ottimizzazione dei PS rivedendone anche l'assetto con l'obiettivo di miglioramento degli accessi e armonizzazione dei percorsi specialistici in emergenza-urgenza al fine di ridurre le duplicazioni
<u>AFT</u>	 <ul style="list-style-type: none"> – Nel distretto di Modena sono previste 6 AFT – Nel Distretto di Castelfranco sono previste 2 AFT (Castelfranco Emilia/San Cesario sul Panaro; Nonantola/Bomporto/Ravarino/Bastiglia)
<u>AMBULATORI PER LA GESTIONE DELLA BASSA COMPLESSITÀ</u>	 <ul style="list-style-type: none"> – In corso di definizione un accordo aziendale con la medicina generale per la sperimentazione degli ambulatori a bassa complessità – CAU di Castelfranco: accessibilità h24 in integrazione con il servizio della Continuità Assistenziale (CA)
<u>CASE DELLA COMUNITÀ</u>	<p>Distretto di Modena</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modena Nord (G.P. Vecchi) HUB ▪ Ex Estense (Ghassan Daya) HUB ▪ Polo Sud Ovest HUB (in programmazione) <p>Distretto di Castelfranco Emilia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Castelfranco Emilia HUB ▪ Bomporto Spoke
<u>COMUNICAZIONE</u>	 <p>Necessità di rafforzare le azioni di informazione ed educazione rivolte ai cittadini al fine di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – orientare in modo appropriato l'accesso ai servizi; – promuovere la partecipazione al volontariato, oggi in difficoltà a causa della scarsità di risorse umane, dei vincoli normativi e della mancanza di ricambio generazionale.

AREA SUD 1 (VIGNOLA – SASSUOLO)	
<u>MEZZI DI SOCCORSO</u>  	Area SUD 1 <ul style="list-style-type: none"> – Rimodulazione MSA a leadership Medica Maranello 107 h12 e MSA a leadership Medica Vignola 103 h24, con collocazione baricentrica – Potenziamento interazioni di confine su area Vignola con mezzo MSA-M di Bazzano – Conversione MSA a leadership Infermieristica almeno 0,2 FTE in MSB (30 h/sett)

		MSA-M	MSA-I	BLSD	tot
Attuale	1,5	6,2	6	13,7	
Futura	1,5*	6	6,2	13,7*	
Delta	0	-0,2	+0,2	0	
*primo step mantenimento 1,5 MSA-M con spostamento baricentrico H24 a Pozza. In corso di finalizzazione l'accordo con AUSL Bologna per MSA-M Bazzano					
AFT 	<ul style="list-style-type: none"> Nel distretto di Sassuolo sono previste 4 AFT (Sassuolo, Formigine; Fiorano/Maranello; Montefiorino/Frassinoro/Palagano/Prignano sulla Secchia) Nel Distretto di Vignola sono previste 4 AFT (Vignola/Marano sul Panaro/Guiglia; Spilamberto/Savignano; Castelnuovo Rangone/Castelvetro; Zocca/Montese) 				
AMBULATORI PER LA GESTIONE DELLA BASSA COMPLESSITÀ' 	<ul style="list-style-type: none"> In corso di definizione un accordo aziendale con la medicina generale per l'organizzazione per la sperimentazione degli ambulatori a bassa complessità Avvio della sperimentazione definita dall'accordo di cui sopra sui distretti di Vignola, Sassuolo 				
CASE DELLA COMUNITÀ' 	<p>Distretto di Sassuolo</p> <ul style="list-style-type: none"> Formigine HUB Sassuolo HUB Montefiorino HUB Formigine Casinalbo spoke <p>Distretto di Vignola</p> <ul style="list-style-type: none"> Spilamberto HUB Guiglia Spoke Vignola HUB (in programmazione) Castelnuovo Rangone Spoke (in programmazione) Montese Spoke (in programmazione) Zocca Spoke (in programmazione) 				
COMUNICAZIONE 	<p>Necessità di promuovere campagne di comunicazione rivolte ai cittadini per favorire un uso più appropriato dei servizi sanitari, valorizzando e diffondendo al contempo le esperienze locali di collaborazione tra Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale e volontariato, quale leva per la sostenibilità complessiva del sistema.</p>				

AREA SUD 2 (PAVULLO – AREA CIMONE)	
PROGETTO MONTAGNA	<ul style="list-style-type: none"> Commissione permanente montagna in CTSS (con presenza 18 sindaci delle aree montane e aziende sanitarie, coordinato da Provincia di Modena) Progetto montagna con sinergie fondi aree interne (Documento da approvare entro fine 2025)

<u>AFT</u>	<ul style="list-style-type: none"> Nel Distretto di Pavullo si prevedono 2 AFT (Pavullo/Serramazzoni; Riolunato/Pievepelago/Fiumalbo/Montecreto/Fanano/Sestola/Polinago/Lama Mocogno)
<u>AMBULATORI PER LA GESTIONE DELLA BASSA COMPLESSITÀ</u>	<ul style="list-style-type: none"> In definizione un accordo locale con la medicina generale per l'organizzazione della sperimentazione degli ambulatori a bassa complessità per la gestione delle urgenze non tempo-dipendenti Avvio della sperimentazione definita dall'accordo di cui sopra per la gestione delle Urgenze a Bassa Complessità nel distretto di Pavullo
<u>CASE DELLA COMUNITÀ</u>	<p>Distretto di Pavullo</p> <ul style="list-style-type: none"> Fanano HUB Pievepelago Spoke (attiva ma in programmazione spostamento sede in una nuova struttura in corso di realizzazione) Pavullo nel Frignano HUB (in programmazione)
<u>COMUNICAZIONE</u>	<p>Necessità di promuovere campagne di comunicazione rivolte ai cittadini per favorire un uso più appropriato dei servizi sanitari, valorizzando e diffondendo al contempo le esperienze locali di collaborazione tra Continuità Assistenziale, Medici di Medicina Generale e volontariato, quale leva per la sostenibilità complessiva del sistema.</p>

PROGETTAZIONE

A) Piano di riforma dell'emergenza – urgenza territoriale e ospedaliera

Il riordino punta all'attuazione di un modello sistematico, in cui l'intervento critico, la presa in carico precoce della cronicità (quale leva per ridurre le chiamate al 118 e gli accessi impropri in Pronto Soccorso), la gestione dei bisogni attraverso sistemi di triage assistito (come il 116117), il monitoraggio degli esiti clinici e organizzativi e l'ottimizzazione dei punti di accesso in emergenza-urgenza costituiscono elementi di una rete integrata. In questo sistema, ogni nodo – 118, CAU, AFT, ambulatori a per la gestione delle urgenze a bassa complessità, COT, Case della Comunità e PS – agisce con ruoli definiti, standard condivisi e obiettivi comuni, contribuendo all'equilibrio complessivo tra appropriatezza, tempestività e sostenibilità.

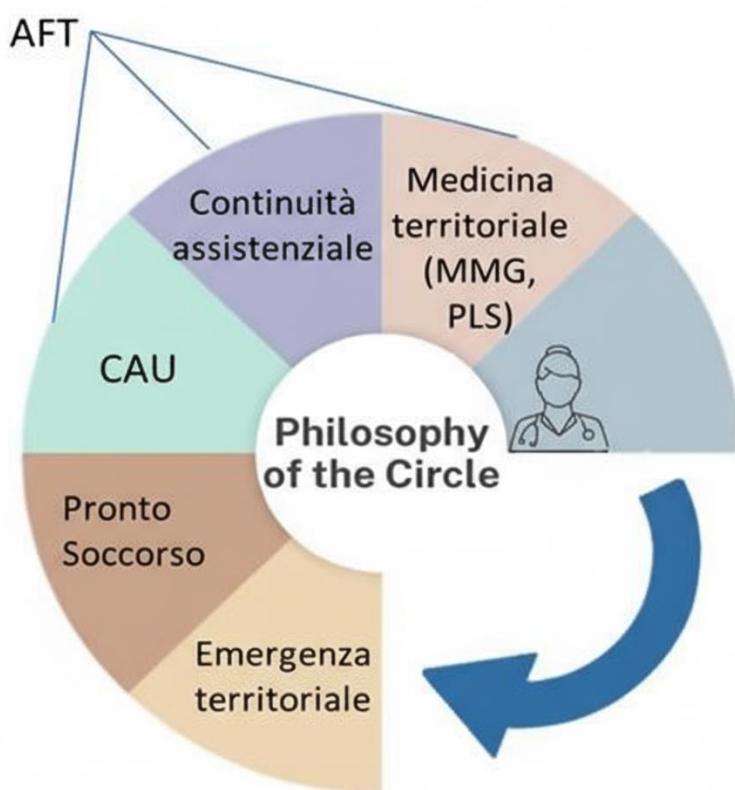


Figura 1 - Philosophy of the Circle

Il modello operativo si fonda su sette direttive di intervento, già oggetto di condivisione all'interno della Cabina di Regia e validazione tecnico-operativa nei Distretti.

Ridistribuzione e ottimizzazione dei mezzi di soccorso (MSA/MSB)

L'analisi dei dati di attività e delle simulazioni isocrone ha evidenziato margini significativi di miglioramento nella dislocazione delle postazioni. A partire dal 2025 sarà avviato un processo di revisione operativa, finalizzato a:

- riallocare le risorse secondo criteri di efficienza territoriale e copertura reale della domanda;
- superare le postazioni a basso impatto salvaguardando le aree disagiate (<3 interventi/turno);
- differenziare l'uso di MSA e MSB in funzione dei profili di rischio clinico e della densità di popolazione;
- aumentare l'equità di risposta nei territori montani o decentrati.

Riconfigurazione dei MSB e coperture notturne

Per garantire una copertura efficace nei turni notturni e nei territori a domanda bassa ma critica, saranno valutate soluzioni flessibili come:

- equipaggi misti (es. OSS + autista soccorritore);
- impiego selettivo dei volontari su scenari non clinici;
- rimodulazione dei turni con collegamento funzionale ai CAU e agli ambulatori AFT.

Ogni proposta sarà oggetto di analisi tecnico-economica (“as is/to be”) e verificata tramite simulazioni logistiche e cliniche.

Percorso di risposta clinica avanzata

Il Percorso di risposta clinica avanzata prevede uno step evolutivo in grado di migliorare la risposta del sistema di emergenza, potenziando la funzione di consulenza specialistica medica, interconnessa e integrata con il Sistema 118 e la rete ospedaliera (ospedale polispecialistico link). Questo consentirà di fornire ai mezzi di soccorso avanzati presenti in primis sul territorio montano, un supporto specialistico esperto e qualificato nella gestione delle emergenze ad alta complessità, sia attraverso il contatto telefonico che con l'utilizzo di strumenti di teleconsulto o trasmissione immagini. Questo permette di anticipare ulteriormente informazioni utili all'inquadramento del paziente alla fase ospedaliera e di migliorare la tempestività e appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali.

Accordi interprovinciali e copertura dei territori di confine

In aree di confine, saranno stipulati accordi operativi con le AUSL confinanti per:

- attivazioni incrociate di mezzi (es. MSA Bazzano – Distretto Vignola);
- razionalizzazione dei turni su bacini sovrapposti;
- gestione integrata della mobilità secondaria (trasporti interospedalieri o interdistrettuali).

Rete dei Defibrillatori Semiautomatici (DAE)

Attualmente la provincia di Modena dispone di 117 DAE pubblici dichiarati, distribuiti nei 47 comuni con una densità molto variabile: si va da 0,38 DAE/km² a Vignola a oltre 25 DAE/km² a Pievepelago. La media provinciale è di circa 2 DAE ogni 1.000 abitanti, con punte di 5,81 a Frassinoro e valori inferiori a 1 in comuni come Carpi e San Possidonio.

L'AUSL di Modena, insieme agli Enti del Terzo Settore, coordina la rete dei DAE mettendo al centro la salute e la sicurezza delle persone, con il supporto del SET118 e nel rispetto delle normative vigenti (Legge 116/2021 e DGR 2030/2023).

Entro il 2025 è previsto un incremento dei dispositivi, con l'obiettivo di garantire:

- una densità minima di 1 DAE ogni 2 km² nelle aree urbane;
- un tempo di accesso inferiore a 5 minuti.

A tal fine sono in programma nuovi protocolli di intesa con comuni, forze dell'ordine e Organizzazioni di Volontariato per potenziare installazioni e manutenzione.

Tra i traguardi prioritari vi è inoltre quello di dotare oltre il 50% delle scuole di DAE funzionanti e di formare almeno 10.000 cittadini entro il 2026.

Superamento delle cooperative sui Pronto Soccorso

L'attività dei Pronto Soccorso provinciali è stata negli ultimi anni sostenuta, in modo crescente, dal ricorso a personale medico proveniente da cooperative, in risposta alla carenza strutturale di professionisti dedicati. Questa modalità, seppur necessaria nella fase emergenziale, comporta elementi di disomogeneità organizzativa, maggiori costi e limitata continuità clinico-assistenziale.

Nel 2025 è stato avviato un percorso di progressiva riduzione di tale modalità, che vedrà il suo completamento il 30 Ottobre 2025 attraverso:

- il potenziamento dei concorsi aziendali e scorimento graduatorie di specialità equipollenti;
- il consolidamento dei supporti intra- ed extra-dipartimentali;
- l'attivazione di modelli integrati con CAU, Ambulatori per la gestione della Bassa Complessità, AFT e Continuità Assistenziale, per drenare i codici a bassa complessità;
- il monitoraggio periodico delle coperture, con obiettivo di riduzione progressiva dei turni affidati a cooperative fino alla completa dismissione.

Orientamento della domanda

L'obiettivo è garantire che ogni chiamata riceva la risposta più adeguata, coordinando la Centrale Operativa 118 e il futuro numero 116117 con:

- la Centrale Telefonica della Continuità Assistenziale;
- le COT distrettuali;
- le AFT, i CAU, gli Ambulatori di Bassa Complessità e le Case della Comunità;
- la Rete Sociosanitaria;
- le Associazioni di volontariato.

La classificazione e l'indirizzamento delle richieste saranno supportati da criteri clinici condivisi e strumenti digitali di triage e tracciabilità, in coerenza con i percorsi formali (PPDTA) delle reti cliniche.

Connessione con nuovi modelli organizzativi per l'assistenza territoriale e l'integrazione con l'ospedale

La rete dell'emergenza-urgenza si interfaccia con diversi servizi all'interno dei percorsi territorio-ospedale. La connessione si rende necessaria con:

- le reti cliniche provinciali (es. scompenso, BPCO, diabete), per garantire follow-up tempestivo, accesso programmato e monitoraggio degli esiti;
- gli Ospedali di Comunità, gli Hospice e la rete sociosanitaria, come strutture e servizi intermedi per bisogni non acuti, cure palliative e percorsi di dimissione protetta/continuità assistenziale;
- le Case della Comunità, le AFT e i Team di prossimità, per la presa in carico della bassa complessità, dei pazienti fragili e la transizione verso la domiciliarità;
- i Pronto Soccorso, in coerenza con le prospettive di ottimizzazione provinciale, per l'appropriatezza degli accessi e l'armonizzazione dei percorsi specialistici in emergenza-urgenza, riducendo le duplicazioni.

B) Sviluppo dei modelli assistenziali per la gestione territoriale della bassa complessità

Il modello operativo si fonda su 5 direttive di intervento, già oggetto di condivisione all'interno della Cabina di Regia e validazione tecnico-operativa nei Distretti.

Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

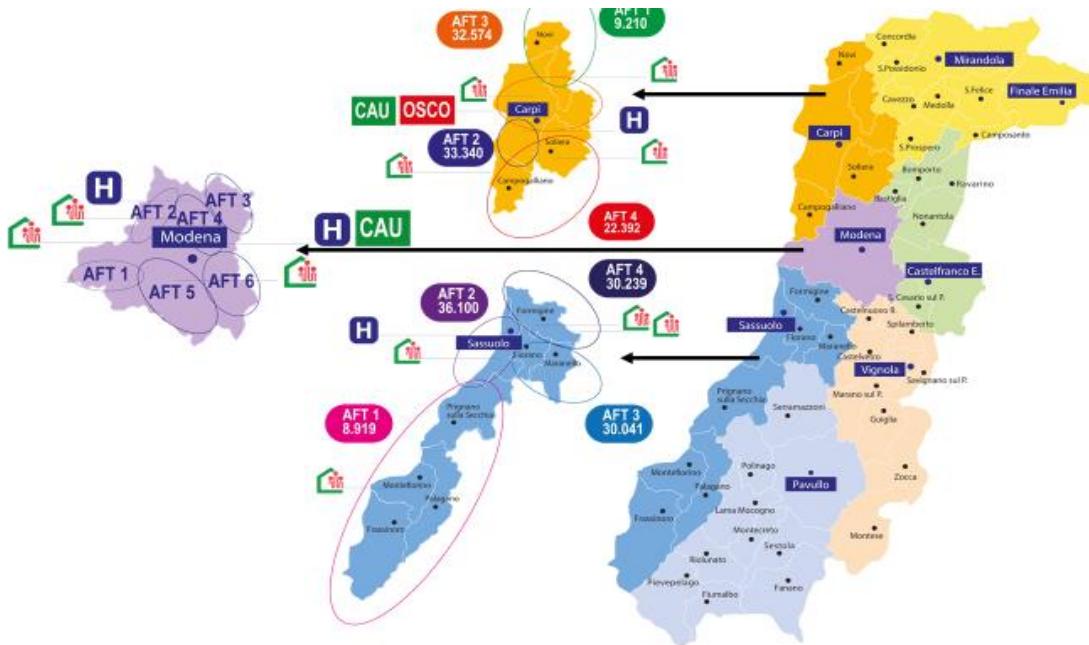
Nel corso del 2025 si procederà alla istituzione e avvio delle attività delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), come identificate nell'atto di programmazione definito dalle Regioni ai sensi della normativa vigente. L'atto di programmazione definisce inoltre i medici coinvolti nelle AFT e le modalità di partecipazione dei medici stessi alle forme organizzative multiprofessionali. Lo sviluppo delle AFT si integra con quanto previsto nel DM77, in coerenza con le indicazioni, secondo la programmazione Regionale ed Aziendale, in particolare sinergia e partecipazione con le attività sviluppate all'interno delle Case della Comunità a cui le AFT stesse afferiscono.

In coerenza con l'atto programmatico regionale, nella provincia di Modena è stato condiviso con la rappresentanza della medicina generale il disegno relativo alla suddivisione delle AFT in tutti i sette distretti, con riferimento alla dimensione demografica, alla distribuzione territoriale, alla presenza nei territori di Case della Comunità, alla definizione delle sedi delle AFT stesse. Le sedi di AFT saranno collocate prioritariamente all'interno delle CDC già attive o in spazi funzionalmente integrati, costituendo l'ossatura organizzativa della prossimità territoriale.

Il percorso verso l'attivazione delle AFT è già in corso. Allo sviluppo delle AFT è strettamente collegata la definizione di nuovi modelli organizzativi di assistenza primaria per la presa in carico delle urgenze a bassa complessità e la implementazione dei percorsi ad essi associati, in una dinamica di sistema a vasi comunicanti di risposta. Tale sviluppo comporta l'implementazione degli Ambulatori a Bassa Complessità ed il contestuale riordino della Continuità Assistenziale, privilegiando le future sedi delle AFT e le Case della Comunità. Il Dipartimento di Cure Primarie è coinvolto attivamente nella progettazione e nella sperimentazione dei nuovi modelli, in raccordo con i Direttori di Distretto, i Dipartimenti di Emergenza-Urgenza e con il supporto delle Amministrazioni Locali e del volontariato.

Figura

2 AFT



Distretti di Carpi, Modena e Sassuolo

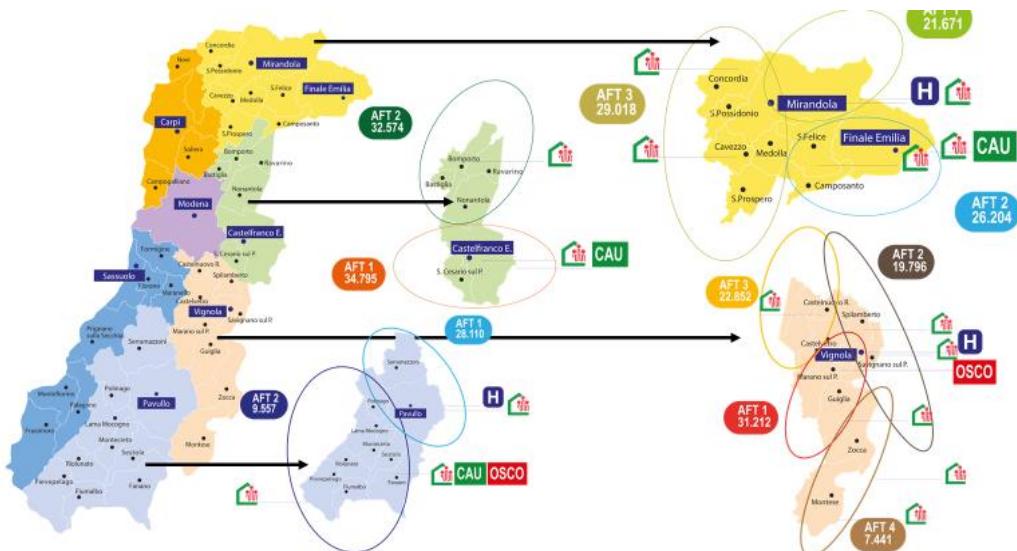


Figura 3 AFT Distretti di Mirandola, Castelfranco, Vignola e Pavullo

Continuità Assistenziale

Nell'ambito della Continuità assistenziale la riforma ha preso avvio già dal 2023 con la Centralizzazione su Numero Unico Provinciale 800032032 di tutte le chiamate in ingresso ai servizi di Continuità Assistenziale e con l'introduzione di elementi di innovazione digitale. L'obiettivo del riordino permette un'armonizzazione della presa in cura e una maggiore equità di risposta. Inoltre si prevede:

- omogeneizzazione della risposta a livello provinciale;
- armonizzazione del ruolo del medico di continuità assistenziale con i nuovi modelli organizzativi introdotti
- aumento dell'efficienza e della sicurezza del sistema di Continuità Assistenziale;
- ottimizzazione delle risorse attraverso la rimodulazione di funzionalità delle sedi e degli orari;
- introduzione di innovazioni ed elementi di digitalizzazione del processo di presa in Cura;
- miglioramento degli standard attraverso una formazione continua dei medici di Continuità Assistenziale.

Ambulatori per gestione delle Urgenze a Bassa Complessità (Adulti e Pediatrici) e CAU

Sono previste nel secondo semestre del 2025 l'attivazione dei primi Ambulatori per la gestione delle Urgenze a Bassa Complessità sul distretto di Mirandola, Vignola, Sassuolo, Pavullo.

L'attuazione del modello è accompagnata da un piano di lavoro che prevede:

- definizione condivisa dei criteri clinico-organizzativi per l'attivazione;
- identificazione delle sedi e degli orari in base alla domanda e alla densità territoriale;
- stima dei fabbisogni tecnologici e professionali;
- predisposizione dei sistemi informativi di supporto e connessione con il FSE;
- intesa operativa con la medicina generale per il coinvolgimento delle AFT e la copertura dei turni.

Al fine di garantire la continuità dell'assistenza e della domiciliarità verranno rimodulate le attività della CA tenendo conto della collocazione degli ambulatori a bassa complessità e delle sedi di AFT.

Gli Ambulatori per la Bassa Complessità rappresentano dunque un modello flessibile, integrato e a basso impatto strutturale, in grado di rispondere con tempestività e appropriatezza a bisogni clinici diffusi, rafforzando la capacità del sistema territoriale di farsi carico delle urgenze minori e contribuendo, in modo misurabile, alla sostenibilità complessiva della rete dell'emergenza-urgenza.

L'attività erogata oggi dai CAU, sarà garantita grazie alla integrazione con le AFT e l'assistenza primaria e integrata con gli ambulatori a bassa complessità.

Particolare attenzione è rivolta anche agli accessi in Pronto Soccorso in età pediatrica e alla gestione delle urgenze minori che coinvolgono bambini e adolescenti. A tal fine, è in corso di definizione un modello organizzativo che prevede l'attivazione, in tre punti della rete provinciale, di ambulatori dedicati, gestiti da medici specialisti in pediatria (PLS e/o pediatri della Pediatria di Comunità), con attività ambulatoriale a copertura oraria nei giorni prefestivi.

È inoltre in valutazione l'ipotesi di prevedere la presenza di pediatri anche all'interno della Centrale di Continuità Assistenziale, al fine di migliorare la qualità della risposta telefonica ai bisogni di salute in ambito pediatrico. Un ulteriore elemento strategico riguarda il potenziamento della comunicazione verso le famiglie, per rafforzare la capacità dei genitori di riconoscere e gestire correttamente le urgenze minori, evitando così accessi inappropriate al Pronto Soccorso.

Rete delle Case della Comunità (CdC)

In provincia di Modena sono programmate 27 Case della Comunità, 19 sono già attive. Gli obiettivi delle Case della Comunità sono:

- un luogo unico, ben identificabile e vicino a dove vivono i cittadini, nel quale trovare tutte le risposte ai bisogni di salute;
- integrazione con l'ospedale, soprattutto in relazione alle "dimissioni protette";
- promozione di una medicina "di iniziativa", basata sull'offerta attiva di servizi a particolari categorie di cittadini e sulla partecipazione dell'utente alle scelte di cura e assistenza.

In tutti i distretti sono stati avviati e saranno ulteriormente sviluppati i percorsi partecipati per la promozione della rete della Case della Comunità al fine di condividere con i cittadini la nuova organizzazione dei servizi e raccogliere i bisogni delle persone.

Gli obiettivi specifici di questo percorso sono improntati a:

- sviluppo del lavoro di rete e comunità;
- supporto allo sviluppo organizzativo nel passaggio da Casa della Salute a Casa della Comunità;
- formazione di governance miste attivatrici di reti e processi locali;
- messa in campo di processi di programmazione partecipata (condivisione e messa in pratica di progetti ed interventi).

Nel percorso organizzativo per la definizione e costituzione delle AFT, le case della comunità giocano un ruolo importante. Le AFT infatti dispongono di una sede riconoscibile che può essere anche nelle Case della Comunità Hub & Spoke. Nelle sedi identificate le AFT garantiscono l'attività ambulatoriale continuativa rivolta a tutta la popolazione di riferimento della AFT e qualora tale sede sia una CdC l'attività ambulatoriale di cui sopra sarà accessibile a chiunque ne abbia necessità e concorrerà alla garanzia della presenza medica di cui

al DM 77/2022

Interfacce e modelli organizzativi a supporto del riordino

Il riordino della rete territoriale richiede la messa a sistema di modelli organizzativi, strutture intermedie e strumenti di integrazione capaci di collegare in modo funzionale ospedale e territorio.

L'obiettivo non è soltanto potenziare singoli servizi, ma costruire un'infrastruttura organizzativa trasversale che garantisca continuità assistenziale, metta a sistema le strutture intermedie e rafforzi la coerenza e l'integrazione dei percorsi lungo tutto l'arco dell'assistenza.

Questo impianto si colloca nel solco delle indicazioni già contenute nella DGR 287/2023, nel Piano regionale della cronicità, nel PNRR e nel DM 77/2022, che forniscono cornici e standard di riferimento per lo sviluppo della sanità di prossimità.

Ospedali di Comunità (OdC) e Hospice

Gli OdC rappresentano un livello intermedio tra ospedale e domicilio e accolgono pazienti non affetti da patologie acute, ma con bisogni assistenziali che non possono essere gestiti a casa o che richiedono controlli periodici e terapie specifiche, in attesa di un progetto definitivo. L'assistenza è garantita da équipe multiprofessionali con l'obiettivo di favorire il recupero dell'autonomia e la continuità delle cure. Attualmente sono attivi gli OdC di Fanano, Castelfranco Emilia e Carpi, mentre sono in programmazione sedi a Medolla (Mirandola), Finale Emilia, Vignola, Sassuolo e Modena, così da garantire una copertura più uniforme a livello provinciale.

Gli Hospice si inseriscono invece nella rete locale delle cure palliative, offrendo un'assistenza dedicata a persone con bisogni complessi in fase avanzata di malattia. Oggi è operativo l'Hospice di Castelfranco Emilia e in programmazione ulteriori due strutture, una per ciascuna area provinciale, al fine di assicurare equità di accesso e prossimità territoriale.

Centrale Operativa Territoriale (COT)

La COT continuerà ad assumere un ruolo centrale nella gestione dei passaggi tra ospedale e territorio e nella valutazione del setting assistenziale più appropriato.

Nel 2025 si procederà a:

- definire modelli organizzativi standard su base distrettuale;
- formalizzare e consolidare i percorsi operativi tra COT e servizi territoriali ed ospedalieri;
- consolidare il monitoraggio delle attività attraverso i sistemi informativi aziendali;
- creare progressivamente collegamenti funzionali tra COT e CAU/Ambulatori a bassa complessità in risposta ai bisogni urgenti non gravi;
- rafforzare i collegamenti funzionali tra Pronto Soccorso e COT, in particolare nei processi di segnalazione e valutazione, al fine di migliorare la risposta sociosanitaria ed evitare ricoveri impropri conseguenti all'accesso in PS.

116117 e accesso assistito

Nel corso del 2026 sarà attivato, a livello provinciale, il numero unico 116117 per le prestazioni sanitarie non urgenti. Il sistema sarà gestito a livello regionale e integrato con:

- la Centrale Telefonica per la CA;
- la rete delle Case della Comunità;
- i sistemi CUP e i cruscotti informativi aziendali.

L'obiettivo è facilitare l'orientamento dei cittadini e rendere tracciabili le richieste, riducendo gli accessi impropri.

Domiciliarità e Unità di Prossimità

Si tratta di una delle leve principali per garantire prossimità, continuità e tempestività, soprattutto nei contesti ad alta vulnerabilità sociale e sanitaria.

Ogni team sarà composto, in forma stabile o modulare, da:

- Infermiere di Famiglia e Comunità o infermiere dell’assistenza domiciliare;
- Medico del ruolo Unico di Assistenza Primaria/Medico Specialista.

Le Unità opereranno con le seguenti finalità:

- intercettare precoce mente i bisogni complessi non differibili;
- attivare tempestivamente la presa in carico integrata;
- accompagnare il paziente nei passaggi critici (dalla dimissione ospedaliera alla domiciliarità, dai servizi sociali all’assistenza sanitaria e viceversa);
- supportare le attività delle Case Residenza Anziani e disabili;
- garantire continuità e monitoraggio, anche in assenza di un unico luogo fisico di erogazione.

Le attività verranno coordinate sulla base di una mappa territoriale delle aree prioritarie, costruita a livello distrettuale.

Il funzionamento sarà sostenuto da strumenti digitali per la gestione clinica del caso (elettrocardiografo, ecografo portatile, spirometri portatili, ecc) la programmazione, la tracciabilità e la valutazione dei percorsi, in connessione con la COT, con i servizi domiciliari e con le UVM.

Nel primo semestre 2026 saranno attivate le prime sperimentazioni distrettuali, partendo da contesti dove già esistono relazioni professionali consolidate. Il modello verrà adattato alle condizioni locali e sarà esteso progressivamente, compatibilmente con la disponibilità delle risorse e con i livelli di integrazione già presenti nei territori.

Telemedicina e modello sperimentale “Ospedale Virtuale”

L’utilizzo della telemedicina sarà progressivamente esteso alle principali reti cliniche territoriali, con l’obiettivo di rafforzare la presa in carico proattiva dei pazienti cronici e fragili e migliorare l’integrazione tra i diversi livelli assistenziali. Le azioni previste includono:

- il consolidamento del teleconsulto tra MMG/PLS e specialisti territoriali, anche attraverso la figura dello specialista “on call”;
- consolidamento del telecontrollo domiciliare per pazienti cronici e fragili;
- l’integrazione dei dati clinici con la Cartella Clinica Elettronica e il Fascicolo Sanitario Elettronico.

La priorità sarà data ai distretti già coinvolti nei progetti del PNRR e con esperienze attive in ambito diabetologico, cardiologico e geriatrico.

In questo contesto si colloca anche l’attivazione, nel corso del 2026, di una sperimentazione denominata “Ospedale Virtuale”, rivolta in particolare ai distretti montani della provincia di Modena (con priorità per Pavullo e l’Alto Frignano). Il modello prevede una presa in carico domiciliare avanzata mediante l’impiego di strumenti digitali, destinata a pazienti cronici instabili o fragili post-acuti, con l’obiettivo di potenziare la risposta territoriale in contesti a bassa densità abitativa, dove l’accesso ai servizi risulta più critico.

La sperimentazione si articolerà attraverso:

- l’impiego di kit di telecontrollo per il monitoraggio domiciliare dei principali parametri clinici (pressione arteriosa, saturazione, peso, glicemia);
- il coordinamento da parte della COT distrettuale, in raccordo con medici di medicina generale, infermieri di comunità, specialisti e servizi domiciliari;
- la condivisione delle informazioni cliniche tramite la cartella informatizzata aziendale, con tracciabilità dei piani assistenziali e degli interventi effettuati;
- rafforzamento della rete delle Case della Comunità.

La presa in carico non sarà centralizzata, ma costruita attorno alle risorse professionali già presenti nei territori, con una regia distrettuale e piena integrazione nei PPDTA attivi (es. scompenso cardiaco, BPCO, diabete). Il modello sarà oggetto di monitoraggio tramite indicatori clinici (eventi acuti evitati, accessi in PS), organizzativi (tempi di risposta, attivazioni COT) e delle risorse (giornate inappropriate risparmiate).

Reti Cliniche e Percorsi Preventivi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PPDTA)

Negli ultimi due anni, in attuazione della DGR 287/2023 e della programmazione aziendale, è stato avviato un processo di aggiornamento e ricomposizione delle principali reti cliniche territoriali con l'obiettivo di:

- superare la frammentazione tra ospedale e territorio,
- garantire coerenza tra i setting assistenziali coinvolti,
- orientare in modo condiviso la presa in carico, la continuità, l'accesso e il follow-up.

Nel biennio 2025–2026, il ruolo delle reti cliniche si svilupperà su tre assi:

1. rendere le reti cliniche direttive funzionali trasversali ai diversi setting territoriali (MMG, CDC, CAU, domiciliare) con ruoli esplicativi, regole di accesso condivise, indicatori e strumenti comuni tra professionisti;
2. strutturare la relazione tra specialistica, cure primarie e servizi sociali attraverso i PPDTA interaziendali;
3. utilizzare le reti come strumento di governo della domanda e delle liste d'attesa.

Le reti cliniche rappresentano la struttura di governo della presa in carico. Ogni azione prevista nel riordino territoriale – attivazione AFT, apertura CAU, revisione ambulatori MMG, pianificazione domiciliare – dovrà esplicitare il collegamento con i percorsi formali di riferimento, anche ai fini della misurazione degli esiti e dell'appropriatezza.

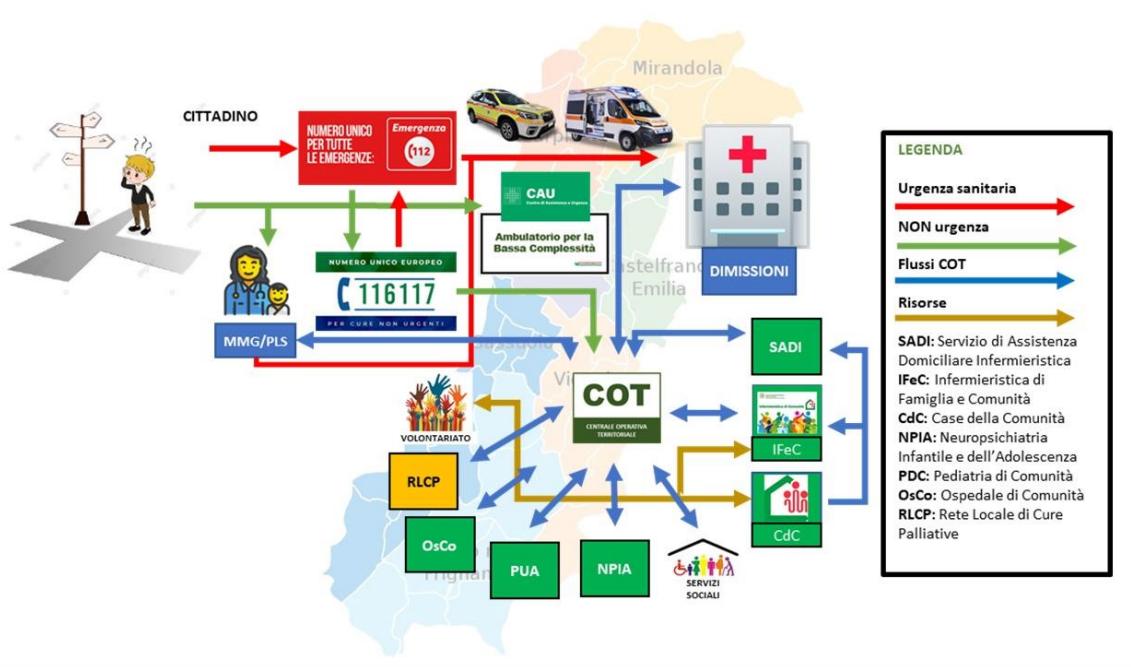
Rete Sociosanitaria

A completamento della riforma, è previsto il consolidamento degli accordi sociosanitari già sottoscritti in riferimento ai Punti Unici di Accesso (PUA) tra i Distretti dell'Azienda USL di Modena e gli Enti Locali, con l'obiettivo di:

- garantire la piena operatività delle COT e dei PUA operanti grazie al lavoro congiunto di professionisti sanitari della AUSL e sociali degli enti locali;
- rafforzare l'appropriatezza e la fruibilità dei percorsi di dimissione protetta e di continuità assistenziale;
- valorizzare, attraverso il governo della COT, il ruolo degli Ospedali di Comunità, dei servizi residenziali sociosanitari e dei percorsi di assistenza presso i servizi ospedalieri di lungodegenza, pubblica o privata.

Lo sviluppo dei servizi territoriali sarà guidato dalla programmazione triennale distrettuale, che – su indicazione regionale (DGR 1045/2025) – individua come priorità:

- l'aumento dei posti accreditati e contrattualizzati nelle strutture per anziani non autosufficienti (CRA), con un trend di crescita nel triennio 2025–2027 verso il parametro del 3% della popolazione ≥ 75 anni, come previsto dalla DGR 509/2007, promuovendo una maggiore omogeneità tra distretti;
- l'ampliamento dell'erogazione di assistenza domiciliare accreditata per le persone non autosufficienti, con particolare attenzione ai programmi integrati di dimissione protetta al domicilio;
- lo sviluppo dei servizi per la disabilità, sulla base delle esigenze e delle priorità rilevate a livello distrettuale.



Ricadute organizzative ed economiche

L'obiettivo di revisione e di consolidamento della rete dei trasporti in emergenza attraverso l'armonizzazione degli approcci organizzativi e l'implementazione di migliori soluzioni in termini di efficacia ed efficienza, si fonda sulla valorizzazione delle risorse nell'ambito del Dipartimento Interaziendale Emergenza-Urgenza (DIEU) con l'obiettivo di garantire il potenziamento dei servizi ospedalieri e territoriali. La riforma è orientata a perfezionare le sinergie, le interdipendenze fra i diversi ambiti e a garantire la sostenibilità complessiva del sistema.

I modelli organizzativi delineati e le proposte derivanti dalle valutazioni di tipo tecnico sono stati quantificati anche sotto il profilo economico. Tali valutazioni sono finalizzate a valutare la sostenibilità del progetto, a fornire una visione della prospettiva economica e una misurazione dell'impatto sulle risorse. Il dimensionamento delle ricadute economiche del progetto di riforma tiene conto dei seguenti elementi:

- 0) analisi fatte relativamente all'ottimizzazione della rete dei mezzi di soccorso e delle postazioni, con revisione del posizionamento sul territorio;
- 1) potenziamento dei mezzi di soccorso di base (MSB) con l'aumento dei relativi equipaggi e della dotazione tecnologica;
- 2) ottimizzazione del personale sanitario (medici e infermieri) rispetto ai fabbisogni specifici di ciascun territorio;
- 3) sinergie con i partner presenti (organizzazioni di volontariato) nella definizione di modelli organizzativi integrati.

Metodologia di valutazione

Le valutazioni sono strutturate con la metodologia dell'analisi differenziale degli effetti economici derivanti dai processi di riforma, attraverso la valutazione di costi emergenti e di risorse recuperate secondo gli scenari individuati nell'ambito del piano attuativo (to be), rispetto all'assetto ante riforma attivo nel 2024 (as is).

Nella valutazione delle ricadute economiche del progetto sono stati valorizzati i principali fattori coinvolti:

- risorse umane: numero teste equivalenti di personale medico, infermieristico e autisti soccorritori/oss valorizzati sulla base costo aziendale medio per profilo professionale del personale afferente al DIEU;
- rimborsi dei costi alle associazioni di volontariato: quantificati sulla base delle convenzioni attive. Per la valutazione degli scenari prospettici in cui è prevista la partecipazione delle associazioni alla

riforma con la possibile arruolamento di autisti soccorritori, è stato ipotizzato un rimborso aggiuntivo pari alle unità equivalenti da acquisire;

- mezzi di soccorso: valutazione sulla base dei costi standard di funzionamento (carburante, manutenzione, ammortamento, assicurazione e di allestimento) e costi per dotazione tecnologica e beni di consumo, differenziati a seconda della tipologia di mezzo. Le automediche e ambulanze non sono stati considerati costi cessanti in caso di riconversione, poiché resteranno a disposizione del parco mezzi aziendale. Per la valorizzazione dei costi per le postazioni dei mezzi si è fatto riferimento agli attuali costi delle sedi con oneri per affitto spazi.

Con riferimento al dimensionamento degli effetti delle sinergie derivanti dalla collaborazione con le organizzazioni di volontariato sono stati simulati tre diversi scenari che tengono conto:

- 1) di una rimodulazione completamente realizzata dall'Ausl: l'assetto dei mezzi e dei relativi equipaggi viene realizzata con risorse umane e tecnologiche completamente dell'Ausl;
- 2) il riassetto viene realizzato in completa integrazione con le associazioni di volontariato in cui personale coinvolto nella rimodulazione è delle ODV, con il rimborso dei costi da parte dell'Ausl;
- 3) la riforma è in parziale integrazione con le ODV: il personale per rimodulazione è in parte (50%) delle associazioni di volontariato (ODV) con rimborso da parte dell'Ausl (50%).

Sintesi provinciale degli effetti attesi

Si riporta a seguire la sintesi delle dimensioni organizzative ed economiche della riforma sviluppati nei tre scenari sopra descritti:

- in tutti gli scenari, l'assetto prospettico “to be” risulta più sostenibile dell'attuale, grazie a: (a) miglior uso del personale infermieristico derivante dal potenziamento dei MSB, (b) ottimizzazione della componente medica sull'emergenza territoriale, (c) razionalizzazione delle postazioni e minori oneri ricorrenti di beni/consumi. Lo scenario con maggiore integrazione ODV evidenzia il beneficio economico potenzialmente più elevato; lo scenario “misto” mantiene benefici, pur inferiori, a fronte di maggiore flessibilità operativa.
- la dotazione di mezzi equivalenti a livello provinciale resta invariata, ma con potenziamento MSB e riarticolazione della componente MSA-M tra aree, in coerenza con i fabbisogni territoriali.

Scenario	Pro	Contro / Rischi–attenzioni
AUSL (gestione diretta) 	Massimo controllo organizzativo, semplificazione delle responsabilità, rapidità decisionale interna.	Maggior onere diretto su alcune voci (equipaggi tecnici e sedi), necessità di coperture h24 aziendali in aree critiche.
ODV (integrazione piena) 	Beneficio economico potenzialmente più elevato; forte capillarità territoriale; presidio su attività non cliniche; flessibilità.	Rimborsi da definire con criteri trasparenti; necessità di standard omogenei e piani di copertura notturna; attenzione alla tenuta del ricambio generazionale nel volontariato.
Misto (50%) 	Equilibrio tra controllo diretto e flessibilità; migliore resilienza su turni e stagionalità.	Beneficio economico minore rispetto all'integrazione piena; governance operativa più complessa.

Ricadute sulla bassa complessità (CAU, AFT, 116117, rete territoriale)

La riforma dei mezzi è pensata insieme allo sviluppo dei modelli di gestione della bassa complessità (AFT, CAU, ambulatori per la gestione delle urgenze a bassa complessità), con l'obiettivo di:

- intercettare i bisogni non critici fuori dal PS;
- ridurre l'uso di MSA su codici a bassa gravità quando non clinicamente necessario;
- diminuire l'autopresentazione in PS e i tempi di attesa, aumentando la coerenza tra bisogno e luogo di cura.

In questa logica si configura un orientamento della domanda di accesso: il 116117 opera come filtro iniziale, indirizzando le urgenze minori verso CAU/ambulatori e i casi appropriati verso 118/PS; AFT e Case della Comunità assicurano la presa in carico territoriale. I percorsi di “valutazione e trattamento in sede” e di “valutazione e invio al setting appropriato” vengono formalizzati e i percorsi tra PS, CAU/Ambulatori e territorio standardizzati.

Ne derivano ricadute organizzative ed economiche:

- riduzione degli accessi impropri al PS (meno autopresentazioni e minor afflusso di bianchi/verdi);
- gestione della casistica a bassa complessità nei setting territoriali, con costi gestionali generalmente inferiori rispetto al PS per bisogni equivalenti; minore ricorso a straordinari, a reclutamento in appalto e riduzione delle tensioni di turnistica;
- minori trasporti non necessari e minori consumi/dotazioni tipici dei mezzi avanzati associati a urgenze minori;
- reinvestimenti mirati delle risorse recuperate (formazione congiunta, aggiornamento dei protocolli, informazione ai cittadini);
- ricollocamento dei professionisti recuperati: destinazione prioritaria alle aree a maggior fabbisogno.

La simulazione economica potrà essere attualizzata in modo più puntuale in esito ai confronti con le ODV rispetto ai livelli e alle modalità di partecipazione alla riforma realizzabile singoli territori.

FASE III

ATTUAZIONE E

MONITORAGGIO

FASE III ATTUAZIONE E MONITORAGGIO

Gli step attuativi individuati per il biennio 2025–2026 definiscono una traiettoria progressiva e realistica di implementazione, articolata per step. Ogni step corrisponde a un diverso livello di maturità operativa, con l’obiettivo di trasformare le azioni strategiche in cambiamenti effettivi e misurabili nei contesti territoriali.

Per la partenza dello STEP 1 nel mese di luglio sono stati definiti due gruppi di lavoro specifici per rispondere alle due direttive operative come riportato nel capitolo “Piano Strategico e Step Attuativi”:

1. La riforma dell’emergenza-urgenza territoriale e ospedaliera
2. Lo sviluppo dei modelli assistenziali per la bassa complessità (AFT, CAU, CDC)

Per agevolare il raggiungimento degli obiettivi concordati per ogni gruppo di lavoro, è stata definita un Gantt (Allegato 3).

STEP 1 – Avvio gruppi di lavoro operativi

La fase di avvio ha preso forma a partire dal **Gruppo Tematico Emergenza-Urgenza**, che ha rappresentato il primo laboratorio operativo di confronto.

In particolare, nel mese di settembre 2025 sono stati svolti i primi incontri tematici con le Organizzazioni di Volontariato (ODV). Gli obiettivi degli incontri prevedono la definizione delle condizioni di fattibilità per la rimodulazione dei mezzi di soccorso e il potenziamento della copertura territoriale.

Il metodo di lavoro adottato si basa sul principio del time boxing:

- domande guida strutturate per aree tematiche (dimensionamento delle risorse, competenze professionali, tempistiche di attivazione, disponibilità di sedi operative);
- tempi certi per la discussione e la sintesi;
- produzione di esiti concreti a ogni incontro (raccolta disponibilità, individuazione dei gap, prime ipotesi di soluzione).

L’obiettivo dello STEP 1 non è solo esplorativo, ma operativo: costruire, a partire dal dialogo con gli attori chiave (ODV, AUSL, professionisti del sistema 118), le basi conoscitive e organizzative necessarie alla redazione delle proposte attuative che saranno sviluppate negli step successivi.

Per garantire ordine e tracciabilità delle attività è stato predisposto un cronoprogramma di lavoro che definisce per ciascuna area provinciale le azioni da svolgere, le responsabilità, le milestone e le scadenze di completamento. Il primo incontro si è svolto il 27/08 u.s. presso la Centrale 118 Modena Soccorso. È stato definito un calendario di incontri tra settembre e ottobre p.v., con conclusione dei lavori preliminari entro novembre 2025.

STEP 2 – Stesura documenti di implementazione

Le decisioni prese nell’ambito dei gruppi di lavoro saranno condivise e ratificate con documenti che devono andare a descrivere il nuovo modello organizzativo, le varie fasi di implementazione e monitoraggio delle attività sia dal punto di vista dei processi che degli esiti

STEP 3 – Monitoraggio e revisione dei modelli

La fase di monitoraggio e revisione dei modelli introdotti consiste in un processo sistematico di valutazione continua delle pratiche adottate, finalizzato a garantire l’efficacia, l’efficienza e l’appropriatezza dei servizi erogati, nonché a promuovere l’adozione di eventuali interventi correttivi o migliorativi basati sull’evidenza e sull’evoluzione dei bisogni assistenziali

CONCLUSIONI

Il presente piano di riforma dell'emergenza urgenza della Provincia di Modena, che si articola attraverso l'integrazione dei servizi territoriali e ospedalieri, l'ottimizzazione delle risorse professionali e la creazione di nuove forme organizzative (AFT, ambulatori di bassa complessità, Case della Comunità), mira a costruire un sistema di emergenza-urgenza più equo, efficiente e sostenibile. Esso punta a ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso, rafforzare la risposta nei territori decentrati e garantire una presa in carico tempestiva e appropriata, in stretta collaborazione con i professionisti sanitari, le amministrazioni locali e il volontariato.

Nello specifico:

- Per quanto riguarda la **sicurezza dell'impiego dei mezzi di soccorso** sul territorio modenese, l'analisi condotta conferma che lo spostamento anche di pochi chilometri di alcuni MSA può produrre un significativo incremento della copertura potenziale della popolazione. Ciò è valido nelle aree Nord (Distretti di Carpi e Mirandola) e sud 1 (Distretti Vignola e Sassuolo) mentre per Pavullo si mantiene l'attuale configurazione in ragione di un decremento della popolazione raggiungibile. Parallelamente dal punto di vista dell'**appropriatezza**, emerge la necessità di riequilibrare l'impiego dei mezzi, con un maggior ricorso ai MSB, al fine di ridurre il sovra-utilizzo dei mezzi avanzati nelle situazioni a bassa criticità.
- Rispetto alla rete del **Pronto Soccorso**, le azioni già intraprese hanno consentito il reclutamento di una parte dei professionisti necessari. Si prevede di recuperare ulteriori professionisti medici dalla procedura concorsuale che sarà espletata il 30 Settembre. La nuova distribuzione delle risorse professionali che deriva dalla riforma del sistema emergenza urgenza resterà a vantaggio del Distretto di appartenenza per garantire una risposta più adeguata e sostenibile ai bisogni assistenziali della popolazione.
- Per il rafforzamento dell'assistenza territoriale l'attivazione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali** e degli **Ambulatori per la gestione delle urgenze a bassa complessità** costituisce un passaggio strategico. Questi interventi, in piena coerenza con la programmazione regionale e aziendale, permetteranno di migliorare l'accessibilità e la tempestività delle cure, garantendo una risposta appropriata ai bisogni della popolazione e una gestione più sostenibile dei flussi verso i Pronto Soccorso
- Nell'ottica di rafforzare la risposta sulle aree montane si sta lavorando con le Amministrazioni Locali di quel territorio a una proposta di **Progetto "Salute della montagna modenese"** presentato lo scorso 5 settembre ai 18 Sindaci della montagna modenese. Tale progetto potrebbe diventare, in sinergia con l'Assessorato alla Montagna regionale, un modello emiliano-romagnolo con l'intento di ridurre le disomogeneità di servizio nell'intera area montana. La montagna modenese può così diventare il laboratorio di riferimento regionale per i progetti di sviluppo e di tutela dei territori delle aree interne montane. In questo contesto acquisiscono particolare valore progetti come le **Unità di Prossimità**, l'estensione della **telemedicina** e la sperimentazione **dell'Ospedale Virtuale** che insieme consentono di rafforzare la capacità del sistema di intercettare precocemente i bisogni, garantire continuità e tempestività delle cure, integrare i diversi livelli assistenziali e valorizzare le risorse già presenti in quei territori.

Il percorso delineato rappresenta una riforma organica e strategica del sistema sanitario territoriale, orientata a rafforzare prossimità, integrazione e sostenibilità.

La riforma proposta si configura come una leva determinante per ridurre le disuguaglianze, ottimizzare l'impiego delle risorse professionali e migliorare la qualità della presa in carico, garantendo una risposta più equa, tempestiva e appropriata ai bisogni di salute, in particolare nei territori decentrati e a maggiore fragilità sociale. La collaborazione con i professionisti sanitari, le amministrazioni locali e il volontariato rappresenta un elemento imprescindibile per il successo del modello, che si propone di rafforzare la rete dell'emergenza-urgenza, ridurre gli accessi impropri ai Pronto Soccorso e consolidare la capacità del sistema di rispondere in modo efficace e resiliente alle sfide attuali e future.

ALLEGATI

ALLEGATO 1: Risultati fase I - Analisi descrittiva dell'esistente

L'analisi condotta a livello distrettuale e successivamente armonizzata per Area geografica ha consentito di coniugare la lettura quantitativa dei dati con l'interpretazione qualitativa delle dinamiche locali, restituendo un quadro articolato dei bisogni e delle criticità. A partire dalle evidenze emerse nei singoli incontri, sono stati individuati alcuni ambiti strategici comuni, su cui si è concentrato il lavoro di analisi e proposta. Questi ambiti costituiscono l'ossatura della visione di riordino condivisa e rappresentano le aree su cui verranno sviluppate le azioni del Piano attuativo.

L'analisi condotta ha evidenziato una serie di criticità comuni, riconducibili a fattori strutturali e organizzativi ricorrenti:

Modello attuale per l'Emergenza-Urgenza Territoriale ed Ospedaliera

Il sistema dispone attualmente di **42,3** unità a tempo pieno equivalenti (FTE)⁶, tra infermieri, medici e volontari, distribuite nei seguenti mezzi:

- **Ambulanze di soccorso avanzato (MSA)**, a leadership infermieristica o medica: **22,9 FTE**
- **Ambulanze di soccorso di base (MSB)**, garantite dalle Organizzazioni di Volontariato: **19,4 FTE**

Questa dotazione equivale a 1 mezzo avanzato ogni 29.701 abitanti, ossia più del doppio rispetto allo standard nazionale stabilito dal DM 70/2015 (1 ogni 60.000 abitanti o 1 ogni 350 km² di superficie).

Attualmente il sistema dispone complessivamente di **43,3 unità** a tempo pieno equivalenti (FTE), così distribuite:

- **Ambulanze di soccorso avanzato (MSA – 23,9 FTE)**
 - Di cui cinque a leadership medica:
 - Mirandola (12 ore al giorno)
 - Modena (24 ore su 24)
 - Maranello (12 ore al giorno)
 - Vignola (24 ore su 24)
- **Ambulanze di soccorso base (MSB – 19,4 FTE)** Garantite delle Organizzazioni di Volontariato.

La dotazione attuale corrisponde a 1 ambulanza avanzata ogni 29.665 abitanti, un valore più che doppio rispetto allo standard nazionale previsto dal DM 70/2015 (1 ogni 60.000 abitanti o 1 ogni 350 km² di superficie).

Sono state considerate tre dimensioni principali:

- descrittiva (dimensionamento e distribuzione territoriale e temporale del fenomeno)
- efficacia (appropriatezza e contenimento del rischio)
- efficienza (ottimizzazione risorse e contenimento del rischio)

Per il fine citato è necessario inoltre prendere in considerazione altre variabili specifiche come:

- Popolazione Provincia/area (flussi turistici⁷)
- Estensione in Km² Provincia/area
- Orografia e viabilità Provincia/area
- Presenza di strutture sanitarie/ospedaliere e relativa offerta sanitaria nelle 24 ore

⁶ L'FTE (Full Time Equivalent) è un indicatore che traduce il monte ore lavorativo in equivalenti di personale a tempo pieno (1 FTE corrisponde all'impegno annuale di una risorsa full-time; valori inferiori a 1 indicano impieghi parziali). Per le Organizzazioni di Volontariato il dato FTE ha valore puramente tecnico-comparativo, poiché l'attività è garantita da migliaia di volontari che si alternano nei turni.

⁷ Aumento della popolazione domiciliata con aumento potenziale delle richieste di intervento.

In relazione alle suddette variabili è stato assunto un modello algoritmico potenzialmente predittivo, detto delle **isocronie**, elaborato dalla CO118 RER, capace di stimare il numero di interventi di emergenza realizzabili da un mezzo di soccorso evidenziando l'area "isocrona" di 20 minuti, considerando anche alcuni degli aspetti citati in precedenza: orografia, rete stradale e storico degli interventi. Grazie all'utilizzo di tale modello è dunque possibile dimensionare la capacità di copertura territoriale del singolo mezzo, anche in relazione alla potenziale variazione del punto di partenza (riposizionamento del mezzo).

Dimensione descrittiva:

La dimensione descrittiva, basata sull'analisi del numero di interventi di emergenza, della loro distribuzione temporale e della percentuale di interventi effettuati con mezzi di soccorso afferenti al proprio territorio, consente da un lato di valutare la domanda della popolazione e di identificare eventuali picchi in specifici giorni o fasce orarie, e dall'altro di stimare il livello di autonomia organizzativa di risposta all'utenza nell'affrontare situazioni urgenti. Indicatori utilizzati:

- Numero di interventi suddiviso per giorno della settimana e fascia oraria
- Percentuale di interventi effettuati con mezzi afferenti a livello organizzativo alla Ausl di Modena sul totale di interventi effettuati nel territorio della provincia modenese (autosufficienza).

DISTRETTO DI INTERVENTO		CHIAMATE DI EMERGENZA	BIANCA	VERDE	GIALLA	ROSSA	% ROSSA
DISTRETTO DI CARPI		10.134	90	2.948	5.111	1.985	19.6%
DISTRETTO DI MIRANDOLA		7.554	63	1.988	3.887	1.616	21.4%
DISTRETTO DI MODENA		22.375	204	6.894	11.153	4.124	18.4%
DISTRETTO DI SASSUOLO		10.892	80	3.254	5.358	2.200	20.2%
DISTRETTO DI PAVULLO		5.020	80	1.352	2.539	1.049	20.9%
DISTRETTO DI VIGNOLA		8.305	71	2.296	4.236	1.702	20.5%
DISTRETTO DI CASTELFRANCO		7.141	57	1.993	3.565	1.526	21.4%
PROVINCIA DI MODENA		71.421	645	20.726	35.850	14.202	19.9%

Figura 4 – Chiamate 118 - Anno 2024 - Chiamate per criticità assegnata al momento del contatto telefonico

DISTRETTO DI INTERVENTO		Chiamate di emergenza	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica	di cui effettuate
DISTRETTO DI CARPI	N	10.134	1.546	1.488	1.395	1.392	1.444	1.453	1.416	
	%	100.0%	15.3%	14.7%	13.8%	13.7%	14.2%	14.3%	14.0%	
DISTRETTO DI MIRANDOLA	N	7.554	1.215	1.097	1.040	1.043	1.120	1.056	983	
	%	100.0%	16.1%	14.5%	13.8%	13.8%	14.8%	14.0%	13.0%	
DISTRETTO DI MODENA	N	22.375	3.419	3.246	3.104	3.194	3.263	3.194	2.955	
	%	100.0%	15.3%	14.5%	13.9%	14.3%	14.6%	14.3%	13.2%	
DISTRETTO DI SASSUOLO	N	10.892	1.677	1.588	1.624	1.500	1.500	1.554	1.449	
	%	100.0%	15.4%	14.6%	14.9%	13.8%	13.8%	14.3%	13.3%	
DISTRETTO DI PAVULLO	N	5.020	729	727	681	680	733	746	724	
	%	100.0%	14.5%	14.5%	13.6%	13.5%	14.6%	14.9%	14.4%	
DISTRETTO DI VIGNOLA	N	8.305	1.268	1.186	1.153	1.214	1.227	1.139	1.118	
	%	100.0%	15.3%	14.3%	13.9%	14.6%	14.8%	13.7%	13.5%	
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	N	7.141	1.062	1.046	1.012	1.029	1.072	957	963	
	%	100.0%	14.9%	14.6%	14.2%	14.4%	15.0%	13.4%	13.5%	
PROVINCIA DI MODENA	N	71.421	10.916	10.378	10.009	10.052	10.359	10.099	9.608	
	%	100.0%	15.3%	14.5%	14.0%	14.1%	14.5%	14.1%	13.5%	

Figura 5 - Chiamate 118 - Anno 2024 - giorno della settimana

DISTRETTO DI INTERVENTO		Chiamate di emergenza	di cui tra le 8:00 e le 19:59	di cui tra le 20:00 e le 7:59	da Lunedì a Venerdì			da Sabato a Domenica		
					Chiamate di emergenza	di cui tra le 8:00 e le 19:59	di cui tra le 20:00 e le 7:59	Chiamate di emergenza	di cui tra le 8:00 e le 19:59	di cui tra le 20:00 e le 7:59
DISTRETTO DI CARPI	N	10.134	6.507	3.627	7.265	4.723	2.542	2.869	1.784	1.085
	%	100.0%	64,2%	35,8%	100.0%	65,0%	35,0%	100.0%	62,2%	37,8%
DISTRETTO DI MIRANDOLA	N	7.554	5.018	2.536	5.515	3.733	1.782	2.039	1.285	754
	%	100.0%	66,4%	33,6%	100.0%	67,7%	32,3%	100.0%	63,0%	37,0%
DISTRETTO DI MODENA	N	22.375	14.455	7.920	16.226	10.710	5.516	6.149	3.745	2.404
	%	100.0%	64,6%	35,4%	100.0%	66,0%	34,0%	100.0%	60,9%	39,1%
DISTRETTO DI SASSUOLO	N	10.892	7.307	3.585	7.889	5.336	2.553	3.003	1.971	1.032
	%	100.0%	67,1%	32,9%	100.0%	67,6%	32,4%	100.0%	65,6%	34,4%
DISTRETTO DI PAVULLO	N	5.020	3.591	1.429	3.550	2.561	989	1.470	1.030	440
	%	100.0%	71,5%	28,5%	100.0%	72,1%	27,9%	100.0%	70,1%	29,9%
DISTRETTO DI VIGNOLA	N	8.305	5.432	2.873	6.048	3.949	2.099	2.257	1.483	774
	%	100.0%	65,4%	34,6%	100.0%	65,3%	34,7%	100.0%	65,7%	34,3%
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	N	7.141	4.676	2.465	5.221	3.430	1.791	1.920	1.246	674
	%	100.0%	65,5%	34,5%	100.0%	65,7%	34,3%	100.0%	64,9%	35,1%
PROVINCIA DI MODENA	N	71.421	46.986	24.435	51.714	34.442	17.272	19.707	12.544	7.163
	%	100.0%	65,8%	34,2%	100.0%	66,6%	33,4%	100.0%	63,7%	36,3%

Figura 6 - Chiamate 118 - Anno 2024 - fascia oraria

L'analisi dei dati relativi al numero di interventi evidenzia una percentuale di codici rossi, in provincia, pari al 19,9% (14.202 su oltre 71.000 interventi). Le specifiche relative al giorno della settimana e fascia oraria, evidenziano una distribuzione omogenea degli accessi, senza significative concentrazioni critiche in specifici giorni o orari (il 65,8% degli interventi vengono effettuati nella fascia oraria 8.00-20.00).

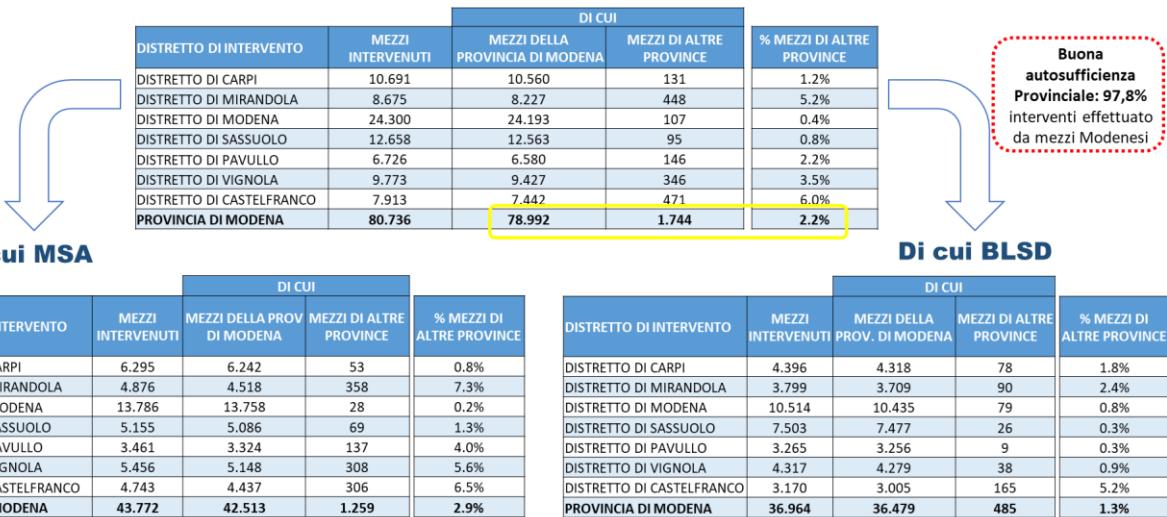


Figura 7 – Anno 2024 - Mezzi intervenuti⁸

Parallelamente, la percentuale di interventi effettuati con mezzi afferenti all'organizzazione di riferimento del territorio modenese - MSA e Mezzi di Soccorso Base (MSB) provinciali - rispetto al totale degli interventi (97,8%), risulta elevata. Ciò conferma un forte presidio locale, con un'organizzazione capillare ed efficiente che garantisce un'ampia copertura territoriale attraverso risorse interne, limitando il ricorso a mezzi esterni, che potrebbero però concorrere ad una maggiore copertura della nostra area provinciale, in un'ottica di migliore interoperabilità con i mezzi messi a disposizione dalle aree di confine.

⁸ Fonte: Banca dati 118

Criteri: Stato chiamata EM o RE + mezzi arrivati sul luogo di intervento

DISTRETTO POSTAZIONE MEZZO	Numero di interventi FUORI PROVINCIA	Bologna	Reggio Emilia	Ferrara	Mantova	Pistoia
DISTRETTO DI CARPI	22	0	22	0	0	0
DISTRETTO DI MIRANDOLA	583	111	0	470	2	0
DISTRETTO DI MODENA	24	0	24	0	0	0
DISTRETTO DI SASSUOLO	19	0	19	0	0	0
DISTRETTO DI PAVULLO	5	3	0	0	0	2
DISTRETTO DI VIGNOLA	568	568	0	0	0	0
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	300	300	0	0	0	0
TOTALE	1.521	982	65	470	2	2

Figura 8 - Anno 2024 - Numero di interventi dei mezzi della provincia di Modena effettuati nei territori fuori provincia

Nel complesso, i due indicatori testimoniano buone performance del sistema di emergenza 118, sia sotto il profilo dell'equilibrio della domanda, sia sotto quello della capacità di risposta autonoma e organizzativamente integrata, con un margine di ulteriore consolidamento della rete, anche in ragione delle aree di confine (area bolognese e ferrarese).

Dimensione appropriatezza:

L'analisi dell'appropriatezza degli interventi, intesa come congruenza tra la gravità del codice e il livello del mezzo impiegato, è fondamentale per valutare l'efficacia del sistema. Correlando tali dati ad altri indicatori come l'utilizzo di mezzi avanzati nel soccorso a soggetti con patologie tempo dipendenti (FHQ) ed il loro tempo di centralizzazione presso l'ospedale HUB, è possibile verificare se l'allocazione dei mezzi garantisce una risposta tempestiva e proporzionata ai bisogni clinici, contribuendo così a migliorare gli esiti per i pazienti.

Indicatori utilizzati:

- Percentuale di interventi effettuati da MSA/MSB in base alla criticità valutata⁹ sul luogo (cod. 0-1-2/3-4)
- Percentuale di interventi per patologie tempo dipendenti in cui è stato coinvolto almeno un mezzo avanzato (indicatore First Hour Quintet – FHQ)
- Tempo di centralizzazione (accesso PS AOU Policlinico od OCB Baggiovara) delle patologie tempo dipendenti (FHQ)

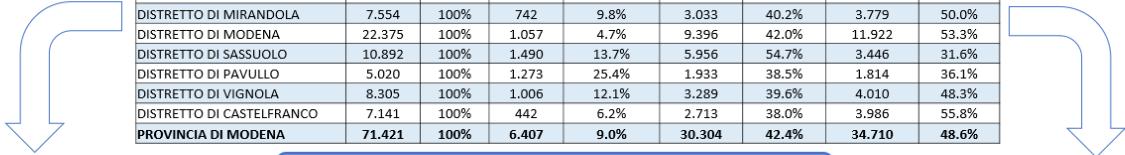
⁹ Cod. 0 paziente non trasportato (es. non necessita, rifiuta trattamento sul posto))

Cod. 1 paziente bassa criticità con nessuna funziona vitale compromessa

Cod. 2 paziente con almeno una delle funzioni vitali alterate

Cod. 3 paziente con grave alterazione o assenza di una o più funzioni vitali.

Cod. 4 paziente deceduto



DISTRETTO DI INTERVENTO	CHIAMATE DI EMERGENZA	MEZZI INTERVENUTI					
		Sia MSA che BLSD		Solo BLSD		Solo MSA	
DISTRETTO DI CARPI	10.134	100%	397	3,9%	3.984	39.3%	5.753 56.8%
DISTRETTO DI MIRANDOLA	7.554	100%	742	9.8%	3.033	40.2%	3.779 50.0%
DISTRETTO DI MODENA	22.375	100%	1.057	4.7%	9.396	42.0%	11.922 53.3%
DISTRETTO DI SASSUOLO	10.892	100%	1.490	13.7%	5.956	54.7%	3.446 31.6%
DISTRETTO DI PAVULLO	5.020	100%	1.273	25.4%	1.933	38.5%	1.814 36.1%
DISTRETTO DI VIGNOLA	8.305	100%	1.006	12.1%	3.289	39.6%	4.010 48.3%
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	7.141	100%	442	6.2%	2.713	38.0%	3.986 55.8%
PROVINCIA DI MODENA	71.421	100%	6.407	9.0%	30.304	42.4%	34.710 48.6%

Di cui con criticità valutata sul luogo 0-1-2

Quota significativa di codici a bassa criticità (0-1-2) gestita da MSA (48,1%): Carpi, Castelfranco e Modena i distretti più rappresentati.

Di cui con criticità valutata sul luogo 3-4

DISTRETTO DI INTERVENTO	CHIAMATE DI EMERGENZA	MEZZI INTERVENUTI		
		Sia MSA che BLSD	Solo BLSD	Solo MSA
DIST DI CARPI	9.869	100%	357 3,6%	3.980 40.3% 5.532 56.1%
DIST DI MIRANDOLA	7.343	100%	682 9,3%	3.025 41.2% 3.636 49.5%
DIST DI MODENA	21.876	100%	932 4,3%	9.388 42.9% 11.556 52.8%
DIST DI SASSUOLO	10.606	100%	1.350 12.7%	5.949 56.1% 3.307 31.2%
DIST DI PAVULLO	4.842	100%	1.197 24.7%	1.932 39.9% 1.713 35.4%
DIST DI VIGNOLA	8.042	100%	920 11.4%	3.284 40.8% 3.838 47.7%
DIST DI CASTELFRANCO	6.956	100%	395 5,7%	2.713 39.0% 3.848 55.3%
PROVA DI MODENA	69.534	100%	5.833 8,4%	30.271 43.5% 33.430 48.1%

DISTRETTO DI INTERVENTO	CHIAMATE DI EMERGENZA	MEZZI INTERVENUTI		
		Sia MSA che BLSD	Solo BLSD	Solo MSA
DIST DI CARPI	265	100%	40 15.1%	4 1.5% 221 83.4%
DIST DI MIRANDOLA	211	100%	60 28.4%	8 3.8% 143 67.8%
DIST DI MODENA	499	100%	125 25.1%	8 1.6% 366 73.3%
DIST DI SASSUOLO	286	100%	140 49.0%	7 2.4% 139 48.6%
DIST DI PAVULLO	178	100%	76 42.7%	1 0.6% 101 56.7%
DIST DI VIGNOLA	263	100%	86 32.7%	5 1.9% 172 65.4%
DIST DI CASTELFRANCO	185	100%	47 25.4%	0 0.0% 138 74.6%
PROV DI MODENA	1.887	100%	574 30.4%	33 1.7% 1.280 67.8%

Figura 9 - Anno 2024 - Appropriatezza Interventi¹⁰

L'analisi degli indicatori di appropriatezza ha evidenziato buone performance in relazione all'utilizzo dei mezzi avanzati nei quadri di criticità maggiore: nel 98,3% degli interventi con codice 3 e 4 è intervenuto un MSA. Elemento da attenzionare è invece l'ingaggio massiccio di MSA (48,1% solo MSA + 8,4% sia MSA che MSB) nell'ambito di interventi a bassa criticità (codici 0-1-2), che stimola una riflessione rispetto alla composizione della rete dell'emergenza ed all'appropriatezza nell'utilizzo di mezzi e risorse professionali.

First Hour Quintet (FHQ)¹¹ - % di interventi con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie tempo dipendente

DISTRETTO DI INTERVENTO	% interventi con MSA
DISTRETTO DI CARPI	94.5%
DISTRETTO DI MIRANDOLA	95.8%
DISTRETTO DI MODENA	94.2%
DISTRETTO DI SASSUOLO	84.8%
DISTRETTO DI PAVULLO	99.3%
DISTRETTO DI VIGNOLA	95.2%
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	94.5%
PROVINCIA DI MODENA	93.6%

AREA DI INTERVENTO	% interventi con MSA
AREA NORD	95.0%
AREA CENTRO	94.3%
AREA SUD	88.0%
AREA PAVULLO (Frignano)	99.3%
PROVINCIA DI MODENA	93.6%

Target 95%

Figura 10 - Anno 2024 - First Hour Quintet (FHQ)

AREA DI INTERVENTO	Tempo di Centralizzazione Per area
AREA NORD	1 ora e 19 minuti
AREA CENTRO	54 minuti
AREA SUD	1 ora e 4 minuti
AREA PAVULLO (Frignano)	1 ora e 40 minuti
PROVINCIA DI MODENA	58 minuti

Figura 11 - Anno 2024 - Tempo di centralizzazione per First Hour Quintet

La percentuale di interventi per patologie tempo-dipendenti in cui è stato coinvolto almeno un mezzo avanzato (93,6%) mostra un indicatore provinciale prossimo al target previsto (95%; target aumentato di recente rispetto al valore precedente del 90%), con un'altissima percentuale di casi trattati in modo adeguato rispetto alla gravità della patologia. La valutazione di insieme suggerisce dunque una buona risposta da parte del sistema di emergenza, che ha dimostrato di attivare tempestivamente mezzi avanzati in casi di necessità,

¹⁰ Fonte: Banca dati 118 - Criteri: Stato chiamata EM o RE + mezzi arrivati sul luogo di interventi

¹¹ Patologie tempo dipendenti (Arresto cardiaco, Infarto, Ictus, Insufficienza Respiratoria Acuta, Trauma Maggiore)

contribuendo così a ridurre il rischio di esiti negativi per i pazienti, con particolare riferimento alle patologie tempo-dipendenti.

Anche in relazione ai tempi di centralizzazione della patologia tempo dipendente (FHQ), in tutta la provincia si garantisce una performance in linea con le buone prassi clinico-assistenziali di queste patologie (58 minuti in media), con tempistiche superiori ma fisiologicamente incomprimibili (es. Area 4), dettate dalle caratteristiche orografiche e di viabilità.

In sintesi, gli indicatori di appropriatezza analizzati pur confermando una risposta efficace del sistema, suggeriscono una revisione dell'assetto mezzi che renda maggiormente coerente l'utilizzo delle risorse nei diversi scenari di intervento, con particolare attenzione rispetto agli interventi con codice 0-1-2.

Dimensione di efficienza:

L'analisi dell'efficienza, attraverso il monitoraggio dei tempi di intervento per i codici rossi e del numero di interventi giornalieri effettuati dai mezzi avanzati, consente di valutare la capacità operativa del sistema di emergenza nel rispondere tempestivamente ai casi più critici e nell'ottimizzare l'utilizzo delle risorse ad alta intensità, evidenziando eventuali sovraccarichi o margini di efficientamento nell'organizzazione dei servizi.

Indicatori utilizzati:

- Tempo di intervento per codici rossi (Allarme target¹²)
- Numero interventi/die mezzi di soccorso avanzati (MSA)
- Rapporto tra copertura oraria MSA/MSB (tempo totale turni) ed impegno reale del mezzo (somma tempi di intervento)

In relazione ai suddetti indicatori, così come il già citato FHQ, si specifica che il corretto dimensionamento territoriale e di popolazione perché il dato risulti affidabile è Regionale o di area di competenza delle COO118.

Tempo di percorrenza per codice di priorità¹³ “ROSSO”

Tempo (in minuti) corrispondente al 75° percentile dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata alla Centrale Operativa 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento, per gli interventi classificati con codice di priorità “ROSSO”.

Target

Ottimale ≤ 18 minuti

Sufficiente ≤ 21 minuti

DISTRETTO DI INTERVENTO	Tempo di intervento
DISTRETTO DI CARPI	15 minuti
DISTRETTO DI MIRANDOLA	16 minuti
DISTRETTO DI MODENA	12 minuti
DISTRETTO DI SASSUOLO	13 minuti
DISTRETTO DI PAVULLO	17 minuti
DISTRETTO DI VIGNOLA	15 minuti
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	16 minuti
PROVINCIA DI MODENA	15 minuti

Figura 12 - Tempo (in minuti) corrispondente al 75° percentile dei tempi che intercorrono tra l'inizio della chiamata alla Centrale Operativa 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul luogo dell'evento, per gli interventi classificati con codice di priorità “ROSSO”

L'analisi degli indicatori di efficienza del sistema di emergenza 118 ha evidenziato risultati positivi, a conferma della capacità operativa ed organizzativa del servizio.

¹² Tempo che intercorre tra la chiamata al 118 e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto per i soli codici rossi

¹³ Codici colore (bianco, verde, giallo, rosso) Assegnato dalla centrale sulla base della gravità rilevata

In particolare, il tempo di intervento per i codici rossi si è mantenuto entro soglie ottimali (<18 minuti) in tutti i distretti della provincia, dimostrando una risposta tempestiva ai casi a più alta criticità. Questo dato riflette una buona distribuzione dei mezzi sul territorio e un'adeguata prontezza operativa, elementi fondamentali per garantire la tempestività in situazioni potenzialmente “salvavita”.

Numero di interventi per mezzo MSA

DISTRETTO POSTAZIONE MEZZO	SIGLA MEZZO	Ore/die	Numero interventi nell'anno	Numero medio di interventi per giorno	Numero medio di interventi per settimana	Interventi/ora	Normalizzato a 24h
CARPI	CARPIO5	24h	3406	9.3	65.5	0.39	9.3
CARPI	CARPIO4	24h	2422	6.6	46.6	0.28	6.6
MIRANDOLA	MIRANDOLA52	24h	2617	7.2	50.3	0.30	7.2
MIRANDOLA	FINALE53	24h	1601	4.4	30.8	0.18	4.4
MIRANDOLA	MIRANDOLA102	12h	760	2.1	14.6	0.17	4.2
MODENA	MODENA01	24h	4784	13.1	92	0.55	13.1
MODENA	MODENA02	24h	4548	12.5	87.5	0.52	12.5
MODENA	MODENA72	24h	2865	7.8	55.1	0.33	7.8
MODENA	MODENA101	24h	2518	6.9	48.4	0.29	6.9
SASSUOLO	SASSUOLO71	24h	2406	6.6	46.3	0.27	6.6
SASSUOLO	MARANELLO107	12h	1205	3.3	23.2	0.28	6.6
SASSUOLO	MONTEFIORINO73	24h	445	1.2	8.6	0.05	1.2
SASSUOLO	PALAGANO57	24h	331	0.9	6.4	0.04	0.9
PAVULLO	PAVULLO82	24h	1069	2.9	20.6	0.12	2.9
PAVULLO	PAVULLO108	24h	717	2	13.8	0.08	2
PAVULLO	FANANO81	24h	533	1.5	10.3	0.06	1.5
PAVULLO	ALTOFRIGNANO02	12h	268	0.7	5.2	0.06	1.4
PAVULLO	APPENNINO01	12h	246	0.7	4.7	0.06	1.4
PAVULLO	ALTOFRIGNANO01	12h	139	0.4	2.7	0.03	0.8
PAVULLO	MB PPI FANANO	24h	112	0.3	2.2	0.01	0.3
PAVULLO	POLINAGO78	6h	51	0.1	1	0.02	0.4
VIGNOLA	VIGNOLA09	24h	2417	6.6	46.5	0.28	6.6
VIGNOLA	VIGNOLA103	24h	1259	3.4	24.2	0.14	3.4
VIGNOLA	ZOCCA39	6h	724	2	13.9	0.33	8
VIGNOLA	MONTES59	24h	647	1.8	12.4	0.07	1.8
VIGNOLA	ROCCA29	6h	184	0.5	3.5	0.08	2
CASTELFRANCO	CASTELFRANCO03	24h	2394	6.6	46	0.27	6.6
CASTELFRANCO	NONANTOLA12	24h	2025	5.5	38.9	0.23	5.5

Figura 13 - Anno 2024 - Numero di interventi per mezzo MSA

DISTRETTO DI INTERVENTO	IMPIEGO MASSIMO TEORICO TPE di MEZZI*	IMPIEGO REALE TPE di MEZZI**	% IMPIEGO REALE DEI MEZZI SUL TEMPO TEORICO
DISTRETTO DI CARPI	3.6	1.1	31%
DISTRETTO DI MIRANDOLA	4.6	1.1	24%
DISTRETTO DI MODENA	5.6	2.5	45%
DISTRETTO DI SASSUOLO	7.6	1.4	18%
DISTRETTO DI PAVULLO	12.7	0.9	7%
DISTRETTO DI VIGNOLA	6.1	1.1	18%
DISTRETTO DI CASTELFRANCO	3.1	1.0	32%
PROVINCIA DI MODENA	43.2	9.0	21%

Di cui MSA

Di cui BLSD

DISTRETTO DI INTERVENTO	IMPIEGO MASSIMO TEORICO TPE di MEZZI*	IMPIEGO REALE TPE di MEZZI**	% IMPIEGO REALE DEI MEZZI SUL TEMPO TEORICO
DIST DI CARPI	2.0	0.6	30%
DIST DI MIRANDOLA	2.5	0.6	24%
DIST DI MODENA	4.0	1.4	35%
DIST DI SASSUOLO	3.5	0.6	17%
DIST DI PAVULLO	5.7	0.4	7%
DIST DI VIGNOLA	4.2	0.6	14%
DIST DI CASTELFRANCO	2.0	0.6	30%
PROVINCI DI MODENA	23.9	4.8	20%

DISTRETTO DI INTERVENTO	IMPIEGO MASSIMO TEORICO TPE di MEZZI*	IMPIEGO REALE TPE di MEZZI**	% IMPIEGO REALE DEI MEZZI SUL TEMPO TEORICO
DIST DI CARPI	1.6	0.5	32%
DIST DI MIRANDOLA	2.1	0.5	24%
DIST DI MODENA	1.6	1.1	71%
DIST DI SASSUOLO	4.1	0.8	19%
DIST DI PAVULLO	7.0	0.5	7%
DIST DI VIGNOLA	1.9	0.5	27%
DIST DI CASTELFRANCO	1.1	0.4	35%
PROV DI MODENA	19.3	4.2	22%

Figura 14 - Tempo di impiego dei mezzi

In relazione invece al numero giornaliero di interventi MSA e l'impegno “reale” del mezzo di MSA e MSB sebbene indichino nell'insieme una discreta distribuzione dei carichi, lasciano emergere alcune situazioni di potenziale sottoutilizzo. In particolare, si osservano aree territoriali in cui il numero giornaliero di interventi è contenuto (< 3 interventi/die), così come risulta limitato il tempo di impiego mezzo (media provinciale 21%), suggerendo l'opportunità di una potenziale revisione nella distribuzione delle risorse e dei turni per valorizzare appieno la disponibilità dei mezzi avanzati (MSA), massimizzare l'utilizzo dei mezzi base (MSB) ed aumentare l'efficienza complessiva del sistema.

Isocroni

L'analisi delle isocronie¹⁴ è stata condotta mediante l'elaborazione di dati geospaziali su base GIS. I dati di partenza includono:

- lo storico delle emergenze 118 relative all'anno 2024, comprensivo delle coordinate geografiche degli eventi;
- la geolocalizzazione dei punti di partenza degli MSA-M;
- algoritmi di calcolo del percorso ottimo, in termini di tempo, utilizzati per la generazione delle isocronie con un raggio temporale di 20 minuti di percorrenza basato sullo storico delle velocità medie degli interventi 118 MSA-M di Mirandola e Vignola.

Attraverso funzioni di analisi spaziale, è stato possibile determinare quante emergenze ricadono all'interno di ciascun poligono «Isocrona 20'».

Ogni emergenza è caratterizzata da un insieme di attributi, tra cui sono stati selezionati per l'analisi:

- Il codice di invio, che rappresenta la criticità presunta rilevata durante l'intervista telefonica;
- Il codice di rientro, che riflette la valutazione sanitaria rilevata sul posto.

Un ulteriore parametro rilevante per l'analisi è la densità abitativa. Grazie alla disponibilità dei dati sulla popolazione per chilometro quadrato, è stato possibile stimare la popolazione servita da ciascuna «Isocrona 20'», sempre mediante strumenti di interazione cartografica.

Sulla base di questi dati è stato realizzato il confronto tra gli interventi anno 2024 e ciò che sarebbe accaduto nello stesso anno se ogni MSA-M oggetto dello studio fosse stato collocato in un punto più conveniente in termini di copertura territoriale.

L'algoritmo è stato applicato a 3 MSA-M, area nord (Carpi e Mirandola) area sud1 (Sassuolo e Vignola) e area sud 2 Altofrignano. L'effetto di un potenziale spostamento dei due mezzi in direzione più baricentrica tra i Distretti oggetto di analisi, ha portato, nella simulazione, ad un aumento sensibile della potenziale copertura con % comprese tra + 90,7% (MSA Mirandola) e +146,9% (MSA Vignola), mentre per l'MSA di Pavullo ha mostrato un decremento della copertura della popolazione di riferimento come da grafiche successive.

Copertura territoriale emergenze 118: effetti della variazione del punto di partenza automedica Mirandola

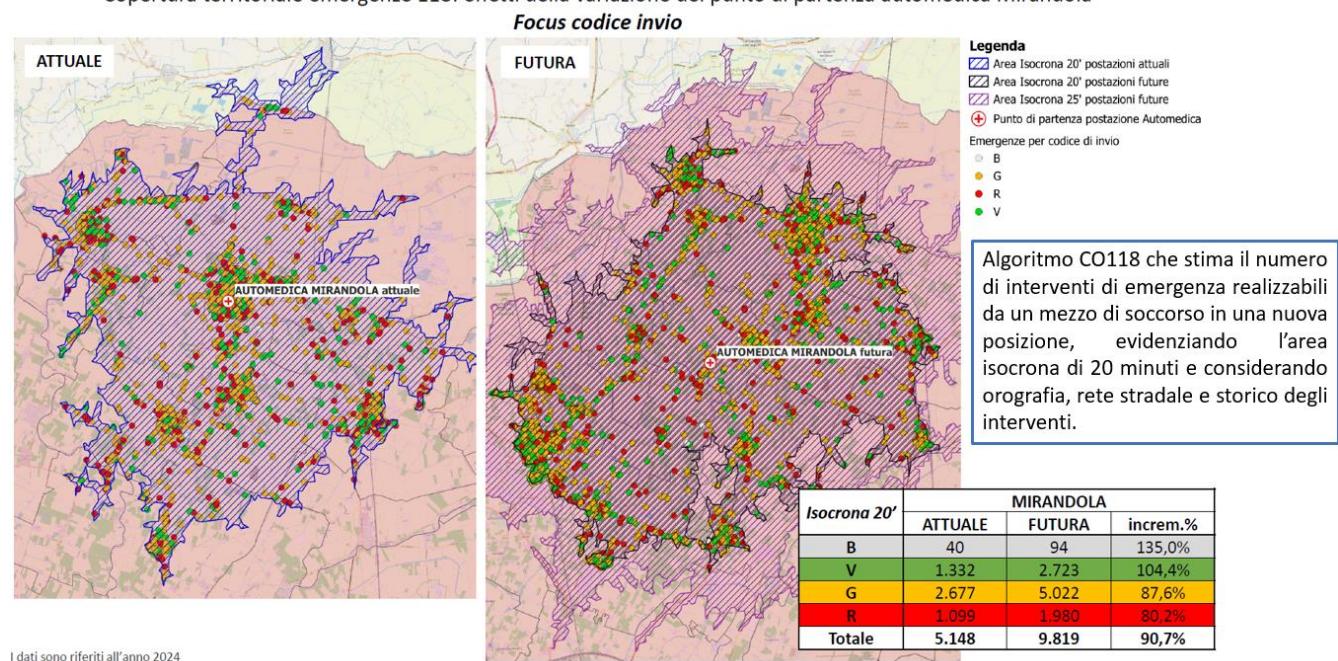


Figura 15 - Simulazione -Isocronie Mirandola "invio"

¹⁴ Rappresentazione cartografica che individua le aree raggiungibili da un punto di partenza (una postazione di emergenza) entro un determinato tempo di percorrenza, tenendo conto della rete varia e delle condizioni di accessibilità. Utilizzata per valutare la copertura territoriale dei mezzi di soccorso.

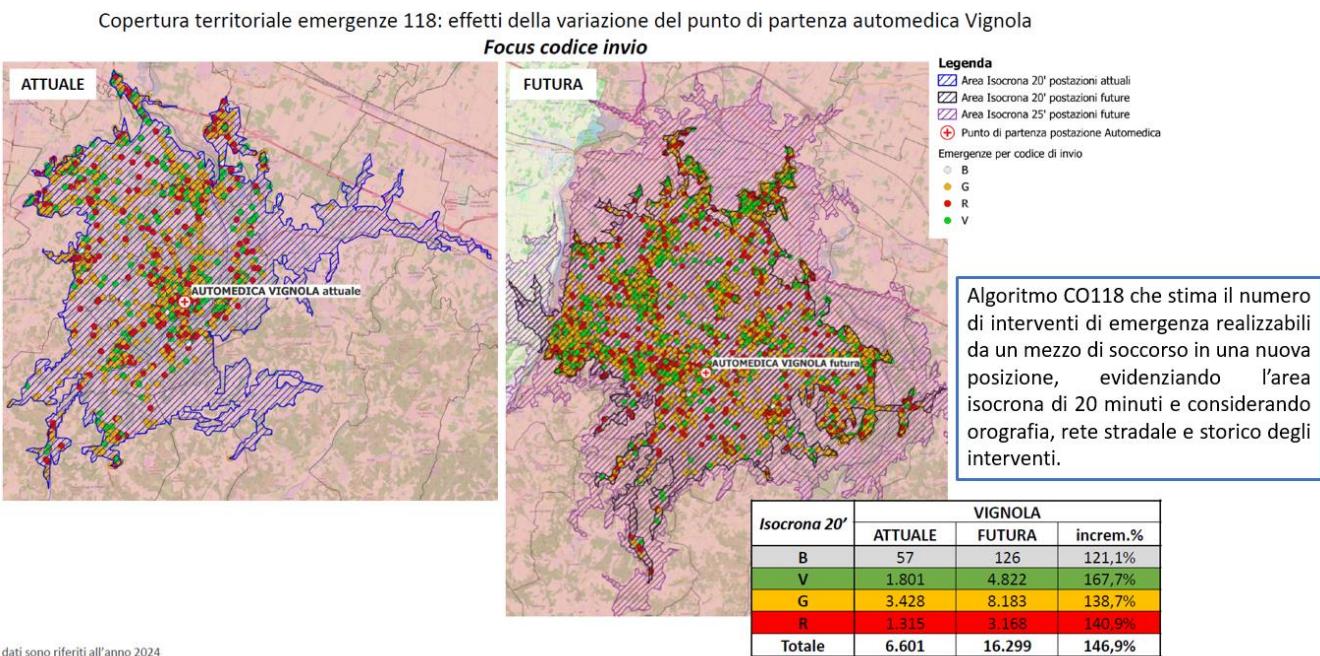


Figura 16 - Simulazione Isocrona Vignola "invio"

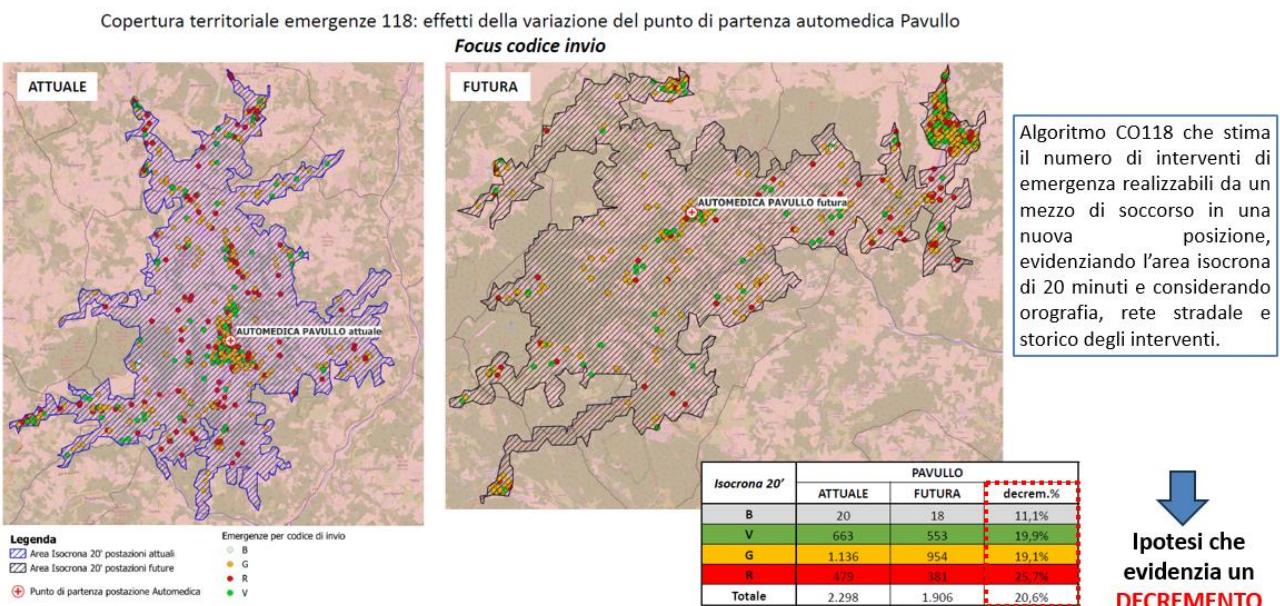


Figura 17 - Simulazione isocrona Pavullo "invio"

Alla luce di tutte gli indicatori presi in esame, i risultati confermano un sistema capace di garantire tempi di risposta adeguati e una gestione operativa sostenibile, offrendo una risposta efficace e tempestiva ai bisogni della popolazione in emergenza pur a fronte di alcune situazioni che meritano un'attività di efficientamento nell'ambito della rete.

Modello attuale per l'assistenza territoriale

Il percorso di riforma della rete dell'Emergenza-Urgenza nella provincia di Modena, avviato nella primavera 2023, ha prodotto nei due anni successivi un insieme articolato di azioni, modelli sperimentali e riconfigurazioni organizzative, che oggi costituiscono la base concreta del cambiamento in atto.

A partire dall'analisi condivisa dei bisogni territoriali e dall'attivazione della Cabina di Regia interaziendale, il lavoro ha coinvolto in modo sistematico tutti i principali snodi della rete ospedaliera e territoriale: punti di accesso, risposte intermedie, funzioni domiciliari, connessioni tra ospedale e territorio, infrastrutture digitali e nuove strutture previste dal DM 77/2022. A questi si è affiancato il potenziamento degli strumenti di Continuità Assistenziale e del coordinamento della "transitional care"¹⁵ (COT), in un'ottica non solo funzionale, ma anche di costruzione di un linguaggio condiviso tra professionisti, servizi e cittadini.

Il presente paragrafo restituisce il quadro della rete provinciale così come configurata a luglio 2025, mettendo in evidenza le principali trasformazioni già realizzate: una rete articolata che comprende Case della Comunità, CAU, ambulatori MMG/PLS, Continuità Assistenziale, OsCo, COT, rete domiciliare, 118 e strumenti di telemedicina. Pur con assetti ancora eterogenei, queste componenti rappresentano oggi la base operativa per un'evoluzione verso una maggiore integrazione funzionale e organizzativa.

Continuità Assistenziale (CA)

Nel 2023 la rete CA della provincia contava 23 sedi attive, con ampia variabilità tra distretti in termini di turni, accessibilità, modalità operative e integrazione con gli altri servizi territoriali. Il modello prevalente era ancora quello "tradizionale": sedi fisicamente autonome, spesso isolate dalle Case della Salute/Comunità, con presidio medico notturno e nei prefestivi e festivi.

A partire da luglio 2023 è stata avviata una rilettura complessiva della funzione CA, che ha portato a tre trasformazioni principali:

1. Attivazione della Centrale Telefonica Unica Provinciale come primo punto di accesso e orientamento, che ha svincolato il sistema dalla dipendenza esclusiva dalle sedi fisiche;
2. Razionalizzazione delle sedi, con la progressiva ottimizzazione della attività sulla base dei dati rilevati nelle diverse sedi;
3. Revisione del modello esistente di integrazione con ambulatori di Medicina Generale gestiti da accordi locali nei prefestivi/festivi (Mirandola, Modena, Carpi, Castelfranco).

Al momento attuale la funzione principale della CA è svolta dalla Centrale Telefonica Unica Provinciale che valuta e processa direttamente dando risposte che consentono la risoluzione del problema ad oltre la metà delle chiamate. La CTUP è in contatto costante con la rete degli ambulatori dislocati su tutto il territorio provinciale, con i CAU attivi e con i medici che svolgono le visite domiciliari. È inoltre in grado di attivare direttamente il 118.

Distretto	Anno 2023	Anno 2024	Variazione 2024 vs 2023	
			Absoluta	Percentuale
Carpi	8.026	2.752	-5.274	-65.7%
Mirandola	5.977	6.996	+1.019	+17.0%
Modena	24.885	12.965	-11.920	-47.9%
Sassuolo	27.752	18.617	-9.135	-32.9%
Pavullo nel Frignano	13.558	8.638	-4.920	-36.3%
Vignola	19.139	13.621	-5.518	-28.8%
Castelfranco Emilia	8.537	7.312	-1.225	-14.3%
Centrale Telefonica Unica (attiva da luglio 2023)	44.744	83.220	+38.476	+86.0%
Provincia di Modena	152.618	154.121	+1.503	+1.0%

Figura 18 - Accessi al Servizio di Continuità Assistenziale dal 2023 al 2024

Centrale Telefonica Unica Provinciale (CT)

La CT, attivata il 3 luglio 2023, rappresenta una delle innovazioni più significative del sistema. La scelta di costituire un punto di accesso telefonico unico per tutta la provincia, dotato di personale medico e in grado

¹⁵ insieme di interventi finalizzati a garantire la continuità e la sicurezza dell'assistenza nei passaggi tra diversi setting di cura (es. dall'ospedale al domicilio)

di orientare in tempo reale il cittadino, ha segnato il passaggio da un modello reattivo a un modello proattivo di gestione della domanda. Consente inoltre di avere garanzia di risposta al cittadino, favorendo la continuità dell'assistenza durante tutto l'arco temporale di attività della CA; di assicurare omogeneità sul territorio favorendo, contemporaneamente la prossimità e vicinanza che si esplicita nella possibilità di visita ambulatoriale e domiciliare; garantisce infine la sicurezza dell'intero percorso, tramite la registrazione della chiamata, a tutela dell'utente e dello stesso medico.

Il funzionamento prevede:

- 8 medici nei turni diurni (prefestivi e festivi),
- 6 medici nei turni notturni, dalle 20 alle 24 e 3 medici dalle 24 alle 8;
- capacità di gestione telefonica diretta, invio presso ambulatori CA delle sedi periferiche, i CAU, attivazione del medico presente in periferia per eventuale visita domiciliare, contatto con il 118.



Figura 19 - Esito del Contatto con la Centrale Telefonica

Nel 2024 la CT ha gestito oltre 80.000 chiamate, con un tasso di risoluzione telefonica del 58% e territoriale del 41% mostrando una chiara capacità di decongestionare i Pronto Soccorso, riducendo al contempo la pressione su MMG e CA.

Rappresenta oggi un nodo stabile del sistema, su cui poggiano anche i futuri sviluppi di triage remoto (NU 116117) e interazione con la COT.

Centri di Assistenza e Urgenza (CAU)

I Centri di Assistenza e Urgenza (CAU) sono servizi territoriali dedicati alla gestione dei bisogni urgenti a bassa complessità clinica, accessibili con accesso diretto o su invio dalla Centrale Telefonica Unica Provinciale. Presidiati da personale medico e infermieristico, dispongono di diagnostica di base e possono attivare consulenze specialistiche, offrendo una risposta clinica non ospedaliera, appropriata e tempestiva.

In applicazione della D.G.R. 1206/2023 e della Delibera del Direttore Generale AUSL Modena n. 287/2023, sono stati attivati cinque CAU distrettuali tra dicembre 2023 e aprile 2024. A luglio 2025 risultano operativi:

- CAU di Finale Emilia – attivo dal 18 dicembre 2023, operativo 7 giorni su 7, H24;
- CAU di Castelfranco Emilia – attivo dall'11 dicembre 2023, operativo 7 giorni su 7, H16 (8.00–24.00);
- CAU di Fanano – attivo dal 29 gennaio 2024, operativo da lunedì a venerdì H12 (8.00–20.00);
- CAU di Modena – attivo dal 10 aprile 2024, collocato presso il Policlinico, operativo 7 giorni su 7, H16 (8.00–24.00);
- CAU di Carpi – attivo dal 10 aprile 2024, operativo 7 giorni su 7, H16 (8.00–24.00).

CAU DI ACCESSO	DATA APERTURA	ACCESSI ANNO 2024	ACCESSI MEDI GIORNALIERI
CAU DI CARPI	10-apr-24	14.232	54
CAU DI FINALE EMILIA	18-dic-23	7.953	22
CAU DI MODENA	10-apr-24	14.735	56
CAU DI FANANO	29-gen-24	3.071	9
CAU DI CASTELFRANCO	11-dic-23	13.435	37
TOTALE		53.426	177

Figura 20 - CAU accessi medi giornalieri

	CAU CARPI	CAU FINALE EMILIA	CAU MODENA	CAU FANANO	CAU CASTELFRANCO	PROVINCIA DI MODENA
ATTESA MEDIA PER VISITA DEL MEDICO	49 min	8 min	1h e 13 min	15 min	33 min	43 min
PERMANENZA MEDIA	1h e 15 min	27 min	1h e 35 min	30 min	1h e 3 min	1h e 7 min

Figura 21 - Attesa media per visita medica e permanenza media

L'analisi delle attività dei CAU a livello provinciale evidenzia una buona capacità di intercettare bisogni urgenti a bassa complessità, con tempi di attesa generalmente contenuti (media provinciale: 43 minuti) e una permanenza media di circa un'ora (67 min). I dati mostrano tuttavia una variabilità tra i distretti: si passa da una permanenza media di 27 minuti a Finale Emilia a oltre un'ora e mezza a Modena.

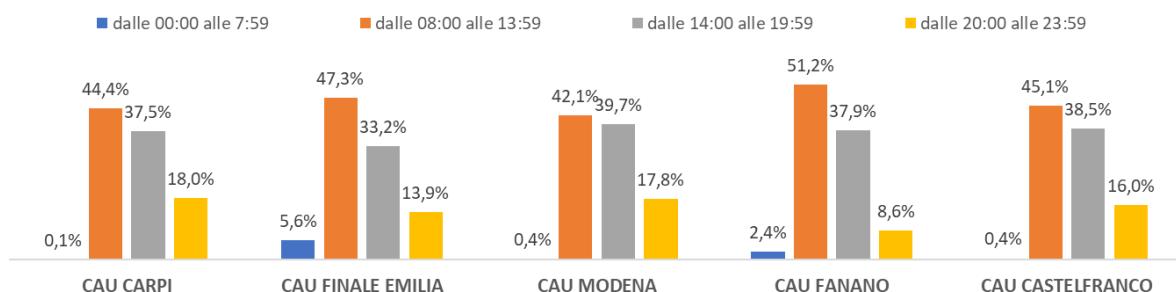


Figura 22 - Distribuzione per orario di accesso

CAU CARPI	CAU FINALE EMILIA	CAU MODENA	CAU FANANO	CAU CASTELFRANCO	PROVINCIA DI MODENA
DISTURBI GENERALI E PROBLEMI MINORI* 17%	DISTURBI GENERALI E PROBLEMI MINORI* 20%	DISTURBI GENERALI E PROBLEMI MINORI* 28%	DERMATOLOGICA 21%	DISTURBI GENERALI E PROBLEMI MINORI* 26%	DISTURBI GENERALI E PROBLEMI MINORI* 22%
ORTOPEDICA 17%	ORTOPEDICA 20%	ORTOPEDICA 15%	ORTOPEDICA 18%	TRAUMA MINORE 18%	ORTOPEDICA 15%

Figura 23 - Problematiche di accesso più frequenti

La distribuzione oraria degli accessi conferma l'utilizzo prevalentemente diurno (8:00–20:00). Le principali motivazioni di accesso sono riconducibili a problemi generali e disturbi minori, seguiti da problematiche ortopediche, a conferma del ruolo dei CAU nella gestione clinica non complessa e nel contenimento degli accessi impropri ai PS. Da segnalare che una quota rilevante di accessi per "disturbi minori" è correlata a richieste di prescrizione o prestazioni, con un range che varia dal 6% del CAU di Finale al 54% del CAU di Carpi.

Case della Comunità (CdC)

Nella CTSS di luglio 2021 con il Piano degli Investimenti per il potenziamento della rete ospedaliera e territoriale dell’Azienda USL di Modena è stata presentata l’iniziale programmazione delle Case della Comunità in cui si prevedeva la realizzazione di 13 CdC rispetto alle 14 CdC già attive.

A luglio 2025 risultano attive 19 delle 27 Case della Comunità previste nel territorio provinciale, in applicazione del modello regionale definito dalla DGR 1206/2023. Le configurazioni organizzative risultano tuttavia eterogenee, sia per dotazione professionale che per livelli di integrazione operativa.

Non tutte le strutture ospitano stabilmente MMG e/o PLS; in diverse sedi sono presenti servizi infermieristici, attività amministrative (CUP, SAUB, ecc), punti prelievi, prestazioni specialistiche a rotazione e servizi consultoriali. In alcuni casi sono collocati anche servizi per l’urgenza territoriale (come la CA o CAU).

Nel complesso, le CdC rappresentano oggi una rete fisica e istituzionale in fase di progressiva strutturazione. Costituiscono il presupposto infrastrutturale per lo sviluppo del modello di prossimità e dell’integrazione multiprofessionale e con la comunità di riferimento.

Distretto	Comune	Stato	Profilo
Carpi	Sedi di Novi e di Rovereto	Attiva	Spoke
	Carpi	Attiva	HUB
	Campogalliano	In programmazione	Spoke
	Soliera	Attiva	Spoke
Mirandola	Finale Emilia	Attiva	HUB
	Concordia sulla Secchia	Attiva	Spoke
	Cavezzo	Attiva	Spoke
	S. Felice sul Panaro	In programmazione	Spoke
	Mirandola	Attiva	HUB
Modena	Modena Nord "Vecchi" via Levi Montalcini	Attiva	HUB
	"Ghassan Daya" Estense	Attiva	HUB
	"G. Strada e T. Sarti" Charitas	In programmazione	HUB
Sassuolo	Formigine	Attiva	HUB
	Formigine Casinalbo	Attiva	spoke
	Sassuolo	Attiva	HUB
	Montefiorino	Attiva	HUB
Vignola	Spilamberto	Attiva	HUB
	Guiglia	Attiva	Spoke
	Castelnuovo Rangone	In programmazione	Spoke
	Vignola	In programmazione	HUB
	Montese	In programmazione	Spoke
	Zocca	In programmazione	Spoke
Pavullo	Pievepelago	Attiva	Spoke
		In programmazione	Spoke
	Fanano	Attiva	HUB
	Pavullo nel Frignano	In programmazione	HUB
Castelfranco	Bomporto	Attiva	Spoke
	Castelfranco Emilia	Attiva	HUB

Centrale Operativa Territoriale (COT)

Oltre ai presidi e ai servizi front-line, la trasformazione della rete territoriale ha richiesto l'attivazione e il consolidamento di strumenti trasversali, in grado di garantire connessioni operative reali tra le diverse componenti del sistema. Tra questi, le COT, oggi attive in tutti i Distretti della provincia, con un progressivo consolidamento del loro ruolo nell'area delle dimissioni complesse, dell'attivazione precoce dei servizi territoriali e della gestione della "Transitional Care".

Le COT rappresentano oggi un punto di connessione tra ospedale e territorio, tra professionisti diversi, e tra sistemi spesso ancora separati. La loro azione è visibile in particolare:

- nel coordinamento delle dimissioni protette, con attivazione dei servizi territoriali, telecontrollo o supporti sociali;
- nell'attivazione diretta di percorsi assistenziali;
- nel supporto e coordinamento dei professionisti, in particolare nei casi ad alta complessità socio-sanitaria, anche tramite l'attivazione dell'UVM.

Nel secondo semestre del 2024, tutte le sette COT attive nella provincia di Modena sono state oggetto di verifica da parte dell'Ingegnere Indipendente, figura prevista dal PNRR con funzione di controllo terzo, relativo al sub-investimento M6C1I1.2.2. L'attività ha confermato la piena funzionalità e la conformità delle strutture agli standard previsti.

Distretto	N	% col.
Carpi	1780	14,7%
Castelfranco	572	4,7%
Mirandola	1082	8,9%
Modena	5031	41,6%
Pavullo	827	6,8%
Sassuolo	1346	11,1%
Vignola	1470	12,1%
Totale complessivo	12108	100,0%

Segnalante	N	% col.
Casa di Cura	144	1,2%
Hospice.	8	0,1%
Inf ADI	51	0,4%
Medico di Medicina Generale	338	2,8%
Medico Specialista	905	7,5%
OSCO	18	0,1%
Ospedale	6231	51,5%
Paziente e/o Familiari	354	2,9%
Pronto Soccorso / 118	421	3,5%
Servizi Sociali	3520	29,1%
Strutture Residenziali non ospedaliere	118	1,0%
Totale complessivo	12108	100,0%

Classi di età	N	% col.
0–17	58	0,5%
18–44	227	1,9%
45–64	965	8,0%
65–74	1439	11,9%
75–84	3666	30,3%
85+	5753	47,5%
Totale complessivo	12108	100,0%

Figura 24 - Dati segnalazione COT anno 2024

L'analisi delle segnalazioni pervenute alle COT nel 2024 evidenzia una prevalenza di attivazioni da parte delle strutture ospedaliere, che rappresentano il 51,5% del totale provinciale. Oltre la metà di queste segnalazioni ha origine nel Distretto di Modena (51,9%). Le segnalazioni da parte dei Servizi Sociali costituiscono un ulteriore 29,1%. Dal punto di vista anagrafico, la popolazione segnalata è in larga misura anziana: il 77% ha più di 75 anni, con una quota pari al 47,5% rappresentata dagli over 85.

ALLEGATO 2 – Sintesi dei verbali FASE I

Area Nord (Sintesi incontro 30/05/2025)	
Considerazioni emerse	<p>L'analisi condotta nei distretti di Mirandola e Carpi ha messo in evidenza criticità ricorrenti, ma anche elementi di forza specifici. Entrambi i distretti si confrontano con un sistema dell'emergenza-urgenza sovraccarico, in particolare per l'elevata presenza di accessi inappropriati in Pronto Soccorso (codici bianchi e verdi) e un impiego subottimale dei mezzi di soccorso avanzato, utilizzati in modo rilevante anche su codici a bassa gravità.</p> <p>Nel distretto di Mirandola, il 48,1% degli interventi effettuati dai mezzi di soccorso avanzati (MSA) ha riguardato codici a bassa priorità (0-1-2). A Carpi il dato è ancora più elevato, raggiungendo il 56,1%. Questa condizione solleva interrogativi sulla sostenibilità del modello attuale, in cui i MSA risultano sotto pressione anche per eventi che potrebbero essere gestiti da mezzi di base o da altri setting territoriali.</p> <p>Va inoltre segnalato che nel distretto di Mirandola l'automedica "Mirandola 102" opera in modalità H12, rimanendo al di sotto del target regionale di 3 interventi/die (1095/anno). Anche questo elemento sollecita una valutazione sulla rimodulazione delle turnazioni e sull'effettiva allocazione delle risorse avanzate, specie in relazione al dato che il tempo di impiego attivo dei mezzi sul totale delle ore di disponibilità si attesta solo al 24%.</p> <p>Il Pronto Soccorso di Mirandola ha registrato un incremento degli accessi del 17,6% nel 2024, con una prevalenza del 60,6% di codici bianchi e verdi. Un dato coerente con quanto evidenziato anche a livello provinciale e che rimanda a un utilizzo improprio della struttura ospedaliera da parte di cittadini con bisogni non urgenti. A Carpi il fenomeno è analogo, e si conferma che una quota consistente degli accessi avviene in autopresentazione, superando la media regionale. Inoltre, sul PS di Carpi gravano anche gli accessi provenienti dai territori di confine con la provincia di Reggio Emilia.</p> <p>Sul versante pediatrico, a Mirandola il 17,4% degli accessi al PS riguarda pazienti minorenni, comprensivi di Fast Track, evidenziando una pressione significativa anche su questo segmento dell'utenza.</p> <p>Nel distretto di Mirandola è attivo un CAU h24 a Finale Emilia ex Punto di Primo Intervento, che nel 2024 ha registrato circa 8.000 accessi, con una media di 22 al giorno. I tempi di attesa risultano contenuti (8 minuti), così come la permanenza media (27 minuti). Le principali motivazioni di accesso sono rappresentate da disturbi minori e problematiche ortopediche. La presenza di un solo CAU per tutto il distretto appare tuttavia non pienamente adeguata a intercettare la domanda, anche in ragione della sua collocazione geografica, che ne limita l'accessibilità per una parte significativa della popolazione e ne determina un parziale sottoutilizzo.</p> <p>Come previsto dalla DGR n. 632/2025 a Mirandola è in programma la costituzione di 3 AFT e 4 AFT a Carpi, strutturate per aree geografiche omogenee. Pur riconoscendo il ruolo strategico delle AFT nella presa in carico della bassa complessità, i rappresentanti dei MMG hanno fatto emergere il tema critico del carico assistenziale, considerato nell'attuale organizzazione molto elevato dai medici.</p>
Proposte condivise	<p>Emergono tentativi di razionalizzazione attraverso lo sviluppo dei CAU e il rafforzamento della medicina territoriale, anche in vista della piena attuazione delle AFT.</p> <p>In questo contesto, lo sviluppo di ambulatori per la gestione della bassa complessità è stato indicato come una possibile risposta per ampliare la copertura territoriale e rafforzare la capacità del distretto di rispondere in modo appropriato e tempestivo ai bisogni clinici non urgenti.</p> <p>Il superamento del dualismo MMG e CA con l'introduzione del medico del ruolo unico (secondo le indicazioni del nuovo ACN 2024) e la distribuzione degli accessi dei pazienti per bisogni urgenti non gravi sugli ambulatori gestiti dalle AFT permetterà di ripartire il carico assistenziale. Si conferma la necessità di coinvolgere attivamente i MMG e i PLS nella riforma, anche attraverso nuove forme di collaborazione e la presenza di ambulatori pediatrici dedicati. I distretti di Carpi e Mirandola hanno in programma nei prossimi mesi il termine della collaborazione con le cooperative mediche per la copertura dei turni notturni in PS.</p>

	<p>Entrambi i distretti hanno inoltre richiamato la necessità di garantire una gestione più ottimale a livello provinciale inherente alla rimodulazione dell'impiego dei MSA, e sarebbe opportuna una rivalutazione del riposizionamento dell'auto medica per ridurre gli squilibri tra territori e ampliare il bacino di utenza.</p> <p>Alla gestione dell'E/U si affianca la prospettiva di un rafforzamento delle attività di bassa complessità (legate alla cronicità e ai bisogni urgenti ma non gravi) a gestione territoriale, attraverso lo sviluppo e l'integrazione dei modelli organizzativi basati su AFT, Ambulatori a bassa complessità (sperimentazione nel distretto di Mirandola), Medicina Generale e Continuità Assistenziale anche attraverso modelli innovativi di telemedicina.</p>
Decisioni rinviate o da approfondire	È stato infine ribadito da più voci il bisogno di un investimento culturale sulla popolazione, per promuovere un uso più appropriato dei servizi sanitari, e di una maggiore integrazione tra ospedale e territorio, in particolare nella gestione della cronicità e nelle dimissioni protette.

Area centro (Sintesi incontro 26/05/2025)	
Considerazioni emerse	<p>L'analisi congiunta dei Distretti di Modena e Castelfranco Emilia evidenzia un sistema dell'emergenza-urgenza sottoposto a forte pressione, principalmente a causa dell'elevata quota di accessi inappropriati ai Pronto Soccorso: nei PS di Baggiovara e del Policlinico, rispettivamente, il 63,5% e il 29,3% degli accessi rientrano nei codici bianchi e verdi. A questo si aggiunge un utilizzo non sempre ottimale dei mezzi di soccorso avanzato, frequentemente attivati anche per situazioni a bassa complessità.</p> <p>L'inappropriatezza nell'attivazione dei MSA per interventi a bassa complessità (codici 0-1-2) raggiunge il 48,1% nel Distretto di Modena e il 55,3% in quello di Castelfranco Emilia.</p> <p>A livello provinciale, l'efficienza nell'impiego dei mezzi — misurata in termini di tempo attivo — è pari al 21%, con performance superiori a Modena (45%) e a Castelfranco Emilia (32%), dati che confermano ampi margini di miglioramento.</p> <p>È stato inoltre segnalato che una parte delle attivazioni di MSA per codici minori è riconducibile all'indisponibilità dei mezzi MSB, spesso già impegnati fuori area. In questo contesto, emergono criticità significative legate alla necessità di rivedere anche i meccanismi di attivazione della CO118 di Bologna e alla distribuzione delle risorse.</p> <p>Il tema della sostenibilità del sistema è stato sollevato anche dal volontariato, che denuncia un calo di adesioni e crescenti difficoltà organizzative, in particolare nella copertura dei turni notturni.</p> <p>L'elevata incidenza di accessi per condizioni a bassa complessità rappresenta un fattore di sovraccarico del sistema, con il rischio concreto di compromettere la qualità e la tempestività delle cure nei casi più gravi.</p> <p>Permangono criticità legate all'assenza di strumenti formali per il reindirizzamento dei pazienti dal triage del PS al CAU.</p>
Proposte condivise	<p>Ciononostante, entrambi i territori si distinguono per un impegno significativo nel rafforzamento delle reti territoriali, con una progressiva espansione dei CAU, l'avvio dell'organizzazione delle AFT nei due Distretti, e una crescente consapevolezza dell'esigenza di affrontare queste criticità in un'ottica sistematica e interdistrettuale.</p> <p>Nel corso del 2024, i Pronto Soccorso della provincia di Modena hanno registrato complessivamente 271.394 accessi di cui 152.520 tra Policlinico e Baggiovara, con un incremento dello 0,8% rispetto all'anno precedente. Il tasso di accesso è pari a 40 ogni 100 abitanti, con un tasso di autopresentazione dell'83%, sensibilmente superiore alla media regionale (76%). Importante sottolineare che i PS di riferimento per i cittadini di Castelfranco, non essendo presente il PS, sono quelli dell'area centro Baggiovara e Policlinico al quale contribuisce in termini anche di codici bianchi e verdi.</p> <p>Nel 2024, i due CAU distrettuali di Castelfranco Emilia e Modena hanno registrato rispettivamente 13.435 e 14.735 accessi. A Modena si è rilevato un significativo incremento a seguito dell'estensione dell'orario di apertura (da 12 a 16 ore) e della progressiva chiusura dell'ambulatorio di Continuità Assistenziale presso il Policlinico. La prossimità del CAU di Modena al PS ha favorito un parziale drenaggio dei codici bianchi e verdi, con una riduzione</p>

	<p>del 5% tra il 2023 e il 2024, in particolare per i casi di piccola traumatologia, grazie anche alla disponibilità della radiologia ospedaliera.</p> <p>Entrambi i CAU dell'Area Centro hanno ricevuto valutazioni estremamente positive da parte degli utenti. Essendo il PS del Policlinico il riferimento per i cittadini del Distretto di Castelfranco Emilia, anche il CAU di Castelfranco ha contribuito alla riduzione degli accessi in pronto soccorso legato al tema della prossimità, a tale proposito è stata espressa — anche da parte dei sindaci — la richiesta di estendere il servizio a copertura H24, in linea con quanto già attuato in altri Distretti (Finale, Fanano). Il CAU viene percepito come un nodo strategico per una risposta territoriale tempestiva ed efficace ai bisogni urgenti ma non gravi, soprattutto in un contesto privo di Pronto Soccorso.</p> <p>Nel Distretto di Modena è prevista l'attivazione di 6 AFT, organizzate in base alla distribuzione della popolazione e alla presenza dei Poli Sociali, ognuna delle quali serve un bacino di circa 60.000 abitanti. L'obiettivo è garantire la presa in carico H24 attraverso l'integrazione con i CAU, la Continuità Assistenziale e gli ambulatori dedicati alle condizioni di bassa complessità. Anche nel Distretto di Castelfranco Emilia, sono state definite e previste 2 AFT, che hanno a riferimento ciascuno una Casa della Comunità. Lo sviluppo delle AFT in entrambi i distretti si basa sulla integrazione dei diversi ruoli secondo quanto previsto dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale (ACN).</p>
Decisioni rinviate o da approfondire	Richiesta di estendere il servizio del CAU di Castelfranco a copertura H24, in linea con quanto già attuato in altri Distretti (Finale, Fanano).

Area sud (Sintesi incontro 26/05/2025)	
Considerazioni emerse	<p>L'analisi congiunta dei distretti di Sassuolo, Vignola e Pavullo evidenzia un sistema complesso e articolato, in cui la tenuta dei servizi di emergenza-urgenza si intreccia con le caratteristiche orografiche, demografiche e infrastrutturali dei territori. La riforma deve garantire l'assistenza e la dislocazione di mezzi oltre i confini distrettuali considerando tutta l'area.</p> <p>Le criticità principali riguardano l'inappropriatezza dell'attuale risposta di mezzi di soccorso in rapporto alla domanda reale (es. spesso vengono utilizzati MSA per codici di minor gravità) e la mancanza di un filtro efficace alla domanda nei PS per le urgenze a bassa complessità.</p> <p>In generale, i mezzi di soccorso risultano spesso impiegati per casistiche non urgenti. Anche a Vignola è stato evidenziato un impiego subottimale dei mezzi avanzati. Nel distretto di Sassuolo, la presenza del PS aziendale mitiga parzialmente le pressioni sulla rete del 118, ma si conferma la necessità di una revisione degli impieghi del MSA, anche in funzione dell'elevata richiesta di interventi non urgenti.</p> <p>Il distretto di Pavullo si caratterizza per una geografia complessa e una distribuzione della popolazione su territori a bassa densità.</p> <p>Nel distretto di Sassuolo, il Pronto Soccorso dell'Ospedale registra una quota significativa di accessi in autopresentazione, prevalentemente per codici bianchi e verdi. Analoga situazione si registra nel distretto di Pavullo.</p> <p>A Vignola, si rileva un invio consistente di utenti verso i presidi limitrofi (Baggiovara, Bazzano), con carichi disomogenei e viabilità critica. Si evidenzia un incremento di accessi in PS dei codici minori (bianchi e verdi) e un'elevata percentuale di autopresentazione.</p> <p>Nel distretto di Pavullo il CAU attivato a Fanano nel 2024 mostra un limitato utilizzo nei mesi non-estivi.</p> <p>Tutti i territori hanno sottolineato la difficoltà di coinvolgimento attivo dei MMG, sia per carichi assistenziali elevati sia per resistenze organizzative.</p>
Proposte condivise	<p>Emergono esperienze consolidate di collaborazione tra livelli di assistenza e un protagonismo crescente della medicina territoriale nella ridefinizione del modello di risposta all'urgenza.</p> <p>Il progetto sperimentale con i medici MET di Fanano, avviato nel maggio 2024, si è concluso il 30 giugno 2025 a seguito di una valutazione sugli esiti, le modalità operative e i tempi di intervento. Alla luce di tali considerazioni, il distretto ha proposto un maggiore impiego dei mezzi di base (MSB), con l'obiettivo di aumentare la flessibilità del sistema e garantire una copertura territoriale più capillare.</p> <p>Tra gli scenari analizzati non è possibile escludere anche lo sgancio del MSA dal PS di Vignola e la collocazione baricentrica presso la frazione di Pozza di Maranello e il potenziamento della</p>

	<p>collaborazione con i mezzi MSA di confine (AUSL di Bologna – Bazzano), all'interno di una cornice regionale.</p> <p>Il mezzo avanzato che attualmente trova sede a Maranello ed è H12 potrà essere ottimizzato e spostato nella frazione di Pozza di Maranello per avvicinarsi e coprire il distretto di Vignola con copertura H24.</p> <p>Il distretto ha segnalato l'opportunità di diversificare i percorsi in PS, ad esempio attraverso ambulatori di bassa complessità, e di rafforzare i legami funzionali con il territorio.</p> <p>Si pensa che l'attivazione di Ambulatori d'urgenza a bassa complessità possa drenare gli accessi inappropriati dal PS. La riforma sarà attuata in modo progressivo e integrato.</p> <p>Il distretto di Pavullo ha programmato la trasformazione del CAU di Fanano in Ambulatorio a Bassa Complessità contestualmente a due AFT definite nel territorio.</p> <p>A Vignola in autunno verrà attivato un Ambulatorio di Bassa Complessità nella sede attuale della Continuità Assistenziale con futura collocazione nella Casa della Comunità di Vignola, con rimodulazione della Continuità Assistenziale e integrazione con le AFT (in programmazione 4 per il territorio).</p> <p>Nel distretto di Sassuolo nei primi mesi autunnali verrà attivato un Ambulatorio Urgenza di Bassa Complessità all'interno della Casa della Comunità di Sassuolo. L'apertura sarà h16 e garantirà l'assistenza dei codici bianchi e verdi.</p> <p>La programmazione delle AFT nel distretto di Formigine prevede la possibilità di attivare un ambulatorio di bassa complessità all'interno di una Medicina di Gruppo della AFT entro dicembre 2025.</p> <p>A Pavullo si segnala l'avvio della riforma secondo il nuovo ACN e la necessità di favorire l'accesso agli ambulatori MMG nelle ore critiche.</p> <p>A Sassuolo è stata avviata la mappatura dei bisogni ricorrenti per strutturare percorsi proattivi per la cronicità e ridurre gli accessi impropri in PS.</p> <p>Disponibilità a sperimentare modelli di collaborazione innovativi, inclusi ambulatori condivisi e accessi programmati.</p>
Decisioni rinviate o da approfondire	<p>Dai tre distretti emergono alcune priorità strategiche comuni. In primo luogo, concorrere alla rimodulazione della flotta MSA e all'aumento dell'appropriatezza della risposta, anche in coerenza con la collocazione dei mezzi nelle zone di confine. È stata inoltre condivisa l'esigenza di investire nell'integrazione tra ospedale e territorio, con particolare attenzione alla cronicità e alle dimissioni protette. Un ulteriore punto riguarda il rafforzamento della risposta ai bisogni urgenti ma non gravi attraverso l'attivazione di Ambulatori per la gestione della bassa complessità, la cui sperimentazione è prevista nei distretti di Vignola, Sassuolo e Pavullo, con il potenziamento delle dotazioni tecnologiche e diagnostiche e la promozione di un uso più esteso della telemedicina, anche attraverso modelli innovativi come l'Ospedale Virtuale. Infine, è stata sottolineata la necessità di valorizzare le esperienze locali di collaborazione tra CA, MMG e volontariato, considerate una leva importante per la sostenibilità complessiva del sistema.</p> <p>Vista l'attuale mancanza di una cornice regionale sull'approccio delle aree di confine in ambito di emergenza urgenza e stante la necessità di definire i livelli di collaborazione e l'eventuale contributo dell'area bolognese (Bazzano su Modena) viene proposta il mantenimento di 1,5 FTE MSA-M con spostamento baricentrico H24 a Pozza.</p>

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- **Agenas** (2023). *Linee di indirizzo per l'implementazione della Value-Based Healthcare nel SSN.* Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali.
- **European Commission** (2019). *Defining Value in “Value-Based Healthcare”.* Brussels: European Commission, Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health.
- **Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali.** (2008, 17 dicembre). *Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza* (Decreto ministeriale). **Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**, Serie Generale, n. 9 (13 gennaio 2009). [Gazzetta Ufficiale](#)
- **Ministero della Salute.** (2019, 12 marzo). *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria* (Decreto ministeriale). **Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana**, Serie Generale, n. 138 (14 giugno 2019). [Gazzetta Ufficiale](#)
- **OECD** (2021). *Value-based health care: A framework for action in OECD countries.* OECD Health Policy Studies, Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5eea6a80-en>
- **Porter, M.E.** (2010). What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477–2481. <https://doi.org/10.1056/NEJMmp1011024>
- **World Health Organization** (2018). *Framework on integrated, people-centred health services.* Geneva: WHO.