

Prot. n. 3/2026

Modena, 26 Febbraio 2026

DELIBERAZIONE

L'anno duemilaventisei, il giorno ventisei del mese di Febbraio (26.02.2026) alle ore 10.30 si è riunita la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria della Provincia di Modena in modalità di videoconferenza e in presenza presso la sala del Consiglio dell'Amministrazione Provinciale (Viale Martiri della Libertà, 34 – Modena), come da regolare convocazione.

L'elenco presenze è depositato agli atti con protocollo della CTSS n. 2/2026 in allegato alla relativa convocazione.

Il Presidente Massimo Mezzetti, constatata la validità della seduta, pone in trattazione il seguente argomento all'ordine del giorno:

- Prime riflessioni sulle linee strategiche e d'indirizzo della Struttura Offerta provinciale

LA CONFERENZA TERRITORIALE SOCIALE E SANITARIA

Visto il D.M. 77 del 23 Maggio 2022 che definisce modelli organizzativi e standard qualitativi, strutturali e tecnologici per le strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

Richiamata la D.G.R. n. 2221 del 12 Dicembre 2022 riguardante il primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 sopramenzionato, con la quale la Regione si impegna a sviluppare ulteriormente la rete di strutture territoriali ampliandone la visione, i format dei servizi e i processi di interazione multiprofessionale;

A livello provinciale, in coerenza con il D.M. 77/2022, la necessità di stabilire linee di intervento idonee a garantire un'offerta del sistema sanitario pubblico efficiente e in grado di rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, attraverso interventi di razionalizzazione del sistema, è stata riconosciuta dall'Ufficio di Presidenza C.T.S.S. del 3 Febbraio 2026 con il conferimento del mandato alle Direzioni Generali dell'Azienda U.S.L. di Modena, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. di procedere nell'avvio del percorso di riorganizzazione, sviluppo e potenziamento dell'offerta sanitaria attraverso l'elaborazione di un Piano specifico;

Udite le illustrazioni dei Direttori delle Aziende sanitarie in ordine al percorso del progetto di riforma della sanità territoriale di cui si riportano principalmente le sei traiettorie strategiche, maggiormente dettagliate nelle slide "Prime riflessioni Struttura Offerta provinciale" allegate, parte integrante del presente atto, percorso fondato sui principi di rispondere ai vincoli normativi, ai bisogni di salute della comunità, all'aumento della cronicità, e per esigenze di sostenibilità territoriale, principi che orientano la visione strategica, la progettazione e l'attuazione;

1. **Riordino della Rete dell'Offerta** : prevedere la concentrazione di alcune attività e una disseminazione di altri tipi di attività, quelle a più bassa complessità, privilegiando la prossimità, preservando l'omogeneità dei percorsi di cura e approfondendo l'utilizzo delle nuove tecnologie;
2. **Riorganizzazione Sistema Emergenza Urgenza** in tutte le sue componenti: Emergenza territoriale, Pronto soccorso, Ambulatori a bassa complessità, organizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (A.F.T.), ecc.
3. **Riorganizzazione ambito Chirurgico**: prevedere una centralizzazione e sviluppo dell'alta complessità con contemporanea definizione delle vocazioni degli ospedali, attraverso la precisazione di soglie e lo sviluppo della chirurgia robotica, utilizzando gli esiti dell'analisi degli schieramenti con efficientamento dell'utilizzo del personale in sala operatoria, unitamente allo sviluppo della rete ortopedica provinciale;
4. **Riordino Territoriale** : potenziamento e sviluppo dell'offerta territoriale. In questo ambito le principali direttrici d'azione fanno riferimento allo sviluppo delle Reti Cliniche con conseguente garanzia dell'omogeneità di approccio al paziente e della proposta clinico-assistenziale sull'intero territorio provinciale;
5. **Appropriatezza prescrittiva M.M.G. e Specialisti** : il tema dell'appropriatezza rappresenta una sfida importante, in quanto finalizzata al raggiungimento dell'efficacia sia dal punto di vista prescrittivo (consumo di prestazioni e di farmaci da parte degli utenti) sia dal punto di vista organizzativo, per rendere più equo e sostenibile il servizio sanitario;
6. **Carichi di Lavoro e Schieramenti** : rivedere le modalità organizzative adottate per schierare il personale in reparto, attraverso l'analisi dei carichi di lavoro, al fine di perseguire una migliore efficienza ma anche una maggiore equità organizzativa;

A voti unanimi

DELIBERA

di approvare le linee strategiche e d'indirizzo della "Struttura Offerta provinciale" come da documento in allegato, parte integrante del presente atto.

Letto, approvato e sottoscritto

Il segretario verbalizzante
Monica Benassi

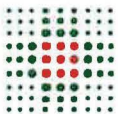


Il Presidente
Massimo Mezzetti

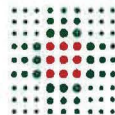


PRIME RIFLESSIONI STRUTTURA OFFERTA PROVINCIALE

26 febbraio 2026



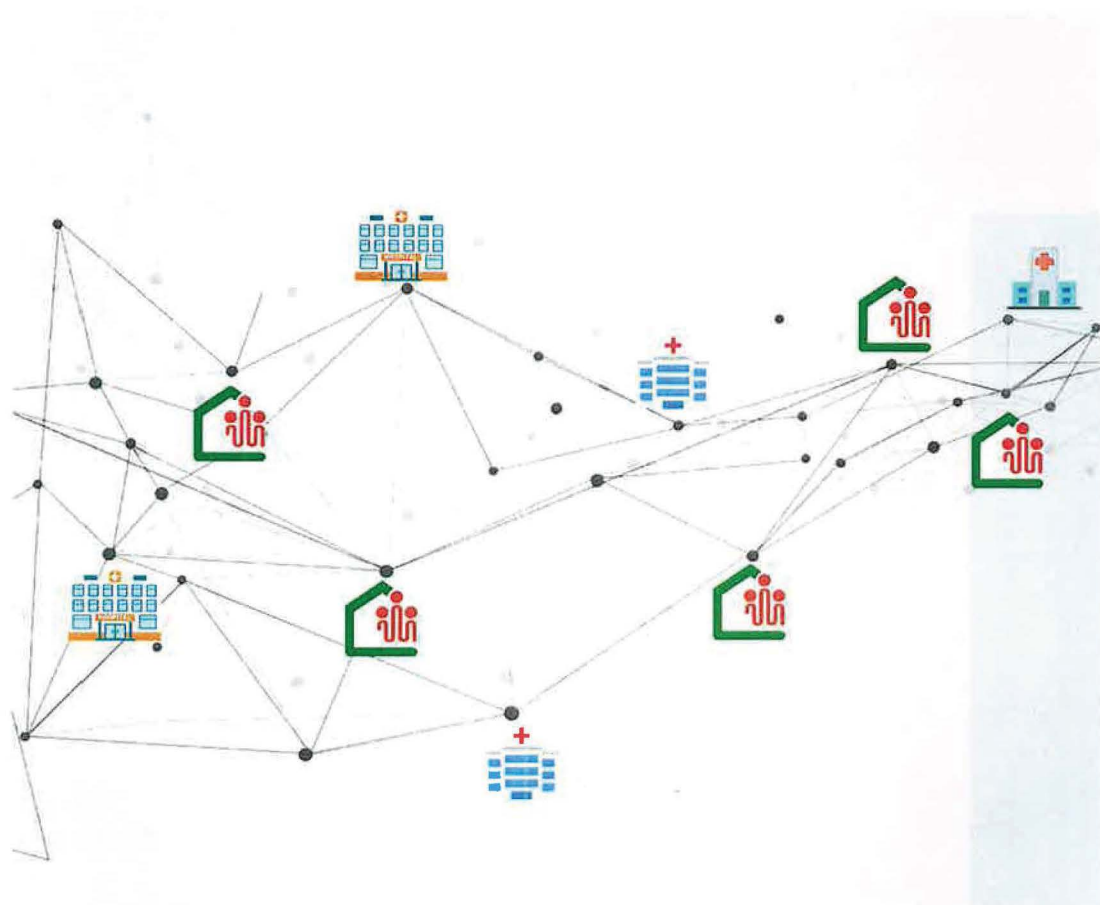
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

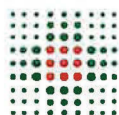
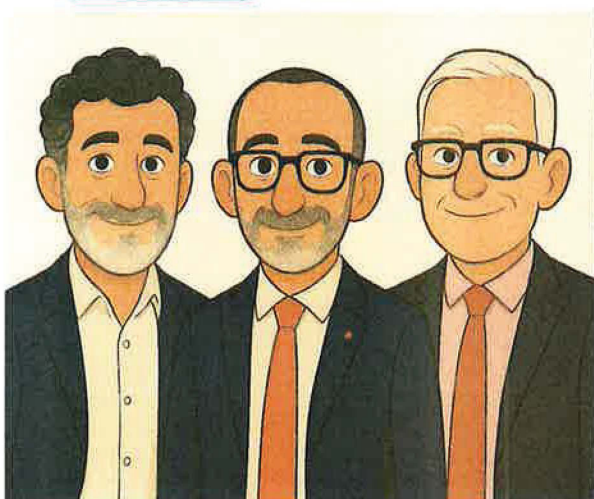


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena

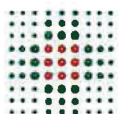


Ospedale
di Sassuolo S.p.A





**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Modena



**Ospedale
di Sassuolo S.p.A**

RIORDINO DELLA RETE DELL'OFFERTA

- Concentrazione,
- disseminazione,
- omogeneità di cura nei percorsi
- Virtual Hospital

CARICHI DI LAVORO E SCHIERAMENTI

- Mappatura schieramenti,
- analisi differenti assetti,
- ottimizzazione carichi di lavoro,
- misurazione indicatori di performance, di esito

APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA MMG E SPECIALISTI

- Cruscotto stratificazione personale e monitoraggio indici di consumo

RIORGANIZZAZIONE SISTEMA EMERGENZA URGENZA

- Emergenza territoriale
- Pronto soccorso
- ABC, AFT
- Bassa complessità pediatrica
- Medicolink

RIORGANIZZAZIONE CHIRURGIE

- Vocazioni ospedali
- Centralizzazione alta complessità
- Soglie
- Chirurgia Robotica
- Schieramenti sala e Degenza
- Rete ortopedia provinciale

RIORDINO TERRITORIALE

- Reti Cliniche
- PPDTA
- Mappatura servizi e ottimizzazione percorsi
- Sviluppo CDC, OsCo, Hospice



**LA RIORGANIZZAZIONE NASCE
DALLA NECESSITÀ DI
RIPOSIZIONARE LE FUNZIONI
SANITARIE PROVINCIALI
DENTRO TRE VINCOLI:**

- **NORMATIVO,**
- **DI PERFORMANCE**
- **DI SOSTENIBILITÀ
TERRITORIALE**



AREE DI SVILUPPO e RILANCIO

PIANO



TERRITORIO

- SVILUPPO E APERTURE NUOVE CASE DELLA COMUNITÀ/ OSPEDALI DI COMUNITÀ/ HOSPICE
- Fornitura tecnologie per diagnosi ai MMG e alle CASE DELLA COMUNITÀ per GESTIONE BASSA COMPLESSITÀ
- ONCOLOGIA DI PROSSIMITÀ
- CHIRURGIA DI BASSA COMPLESSITÀ IN PROSSIMITÀ, ALL'INTERNO DELLE CASE DELLA COMUNITÀ



SALUTE MENTALE e NPIA

Domanda in forte crescita

Area sotto dimensionata da potenziare

RIORGANIZZAZIONE e POTENZIAMENTO NPIA e SALUTE MENTALE



PROGETTO MONTAGNA

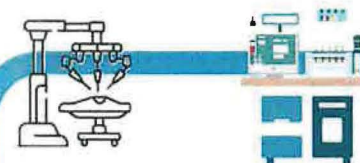
RAFFORZAMENTO RETE TERRITORIALE

TELEMEDICINA E RETE DIGITALE INTEGRATA

RETE EMERGENZA

ONE HEALTH E AMBIENTE

COINVOLGIMENTO COMUNITÀ



MEDICINA DEL FUTURO

PIANO ROBOTICA PROVINCIALE

NUOVE POSSIBILITÀ TERAPEUTICHE

MANTENIMENTO ECCELLENZA NEGLI OSPEDALI

PERCHE' SERVE UN PIANO DI SVILUPPO E POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA?

Una scelta necessaria, non difensiva



BISOGNO DI SALUTE

cronicità, fragilità, salute mentale



VINCOLI NORMATIVI

*DM 77, Value Based medicine
(volumi ed esiti)*



SOSTENIBILITA'

*organizzativa, gestionale ed
economica*



DUPLICAZIONI

*stesse prestazioni in più sedi, senza
valore aggiunto*



DISALLINEAMENTO FUNZIONI/BISOGNI

*offerta in parte non coerente con i
bisogni di salute reali*



RISORSE SPESE NON IN MODO OTTIMALE

Valorizzazione da migliorare

Restare fermi **NON E'**
UN'OPZIONE, AGIRE

una scelta
NECESSARIA per
GARANTIRE IL
FUTURO DEL
SISTEMA

LA STRUTTURA DELL'OFFERTA NON E' ABBASTANZA MODERNA

(in termini di sostenibilità e di capacità di risposta)

Occorre concentrarsi sulla revisione delle duplicazioni, sull'efficienza e sulle collaborazioni tra le strutture, lavorando meglio, in modo diverso e insieme: interaziendale, interdistrettuale e interdisciplinare.

È inoltre necessaria una concentrazione della casistica, l'identificazione delle vocazioni e la divisione dei percorsi.



RIALLOCAZIONE DELLE RISORSE



NO CASH

NO RISORSE AGGIUNTIVE



RISORSE DA LIBERARE
DENTRO IL SISTEMA



SCELTE CHIARE E
CONDIVISE



PRINCIPI DI FONDO

NESSUNA CHIUSURA DI OSPEDALI →
il totale resta invariato ma la
DISTRIBUZIONE INTERNA va
riorganizzata

SUPERAMENTO DELLA LOGICA "TUTTO
OVUNQUE"



AMBITO ORGANIZZATIVO

RIPENSAMENTO INTERNO DEI REGIMI
(SETTING, SPECIALITA')

MODELLI DI AREA (ORTOPEDIA,
CARDIOLOGIA, RIABILITAZIONE)

VALORIZZAZIONE E VOCAZIONE DI
TUTTE LE STRUTTURE



AMBITO ESPANSIVO

EFFICIENTAMENTO → LIBERARE
RISORSE

INVESTIMENTI (MUTUI, INNOVAZIONE)

AUMENTO QUALITA' E SERVIZI
SVILUPPO ECCELLENZE (CART
ROBOTICA)

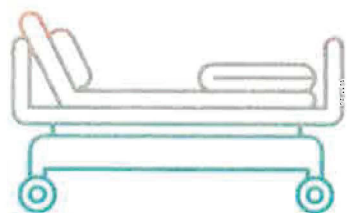
LO SVILUPPO SI FINANZIA CAMBIANDO IL MODO IN CUI USIAMO CIÒ CHE GIA' ABBIAMO

COERENZA CON DM 70/2015

Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera

Art. 1. Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera:

“... dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello **non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti**, comprensivi di **0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie...**”



AZIENDA	POSTI LETTO (PL)				PL X 1000 ABITANTI		
	DH	ORD	di cui POST ACUTO [056-060]	TOTALE	POPOLAZIONE	PL TOT [STD 3,7]	PL POST ACUTI [STD 0,7]
AUSL MODENA	28	599	105	627	710.797	3,56	0,64
SASSUOLO SPA	25	221	28	246			
AOU MODENA	48	1106	125	1154			
PRIVATO ACCREDITATO	15	486	195	435			
TOTALE	116	2412	453	2462			

MENO POSTI LETTO RISPETTO ALLO STANDARD
(3,5 vs 3,7 x 1000 abitanti)



NON TUTTO OVUNQUE
MA SU OGNI PRESIDIO QUALITA',
VOLUME E QUALIFICAZIONE
VOCAZIONALE

AREA CHIRURGICA

2 grandi vie nel solco dell'APPROPRIATEZZA CLINICA ED ORGANIZZATIVA:

SEPARAZIONE URGENZA PROGRAMMATO

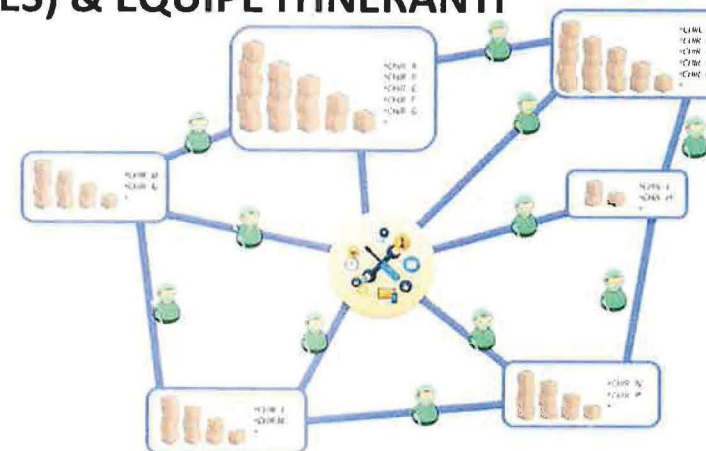


CONCENTRAZIONE CASISTICHE E
VOCAZIONI



1. CONCENTRAZIONE PRODUZIONE CHIRURGICA (FOCUSED FACTORIES) & EQUIPE ITINERANTI

- **Concentrazione** produzione chirurgica (*Focused Factories*)
- Possibilità di **Equipe Itineranti** (già in essere per alti volumi)



CONCENTRAZIONE CASISTICHE DA MIGLIORARE

Anno 2024

TIPO DI INTERVENTO	SOGLIE STANDARD PER LA CHIRURGIA ONCOLOGICA VOLUMI-ESITO	OSPEDALE 1	OSPEDALE 2	OSPEDALE 3	OSPEDALE 4	OSPEDALE 5	OSPEDALE 6	OSPEDALE 7
INTERVENTO PER K COLON	40-60 interventi all'anno	56		2	72	46	105	
INTERVENTO PER K RETTO	15-20 interventi all'anno	11			23	15	30	
INTERVENTO PER K MAMMELLA	150 interventi all'anno	190			2	672	3	
INTERVENTO PER K STOMACO	20 interventi all'anno	15			3	7	26	1
INTERVENTO PER K PANCREAS	15 interventi all'anno					39	2	
INTERVENTO PER K FEGATO	50 interventi all'anno	1				33	5	
INTERVENTO PER K RENE	30 interventi all'anno	51			56	8	71	40
INTERVENTO PER K VESCICA	20 interventi all'anno	20			13		11	24
INTERVENTO PER K PROSTATA	50 interventi all'anno	77			125		127	133
INTERVENTO PER K OVAIO		3			5	8		
INTERVENTO PER K UTERO		54	1		20	39		
INTERVENTO PER K POLMONE						1	112	1
INTERVENTO PER K TIROIDE		91			16	21	106	
INTERVENTO PER K VULVA		10						

FOCUS FACTORIES – 1. ERNIA INGUINALE



TEMPI DI
ATTESA
ATTUALI

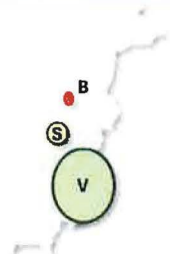
	PZ IN ATTESA	MEDIA TEMPO ATTESA (cod. C+D)	INTERVENTI FATTI PER ANNO	TEMPO MEDIO OCCUP. SALA OP.
Reparto 1	255	454	104	1:32
Reparto 2	173	314	292	1:34
Reparto 3	220	378	214	1:54
Reparto 4	260	381	195	2:40
Reparto 5	215	306	103	ND
Reparto 6	27	316	105	1:28
Reparto 7	104	369	140	1:29
	1254	335	1151	

*manca ambulatoriale

IPOTESI 1



IPOTESI DI
LAVORO



SEDE	TIPO CASISTICA	PREVALENZA	N. INTERVENTI	SEDUTE SALA OP./SETT.	POSTI LETTI	
VIGNOLA	outpatient basso rischio	75%	863	5	0*	tutto outpatient, solo letti/poltrone
SASSUOLO	medio rischio, no ambulatoriale	24%	276	2	2	one day surgery, alcuni 2/3 giorni
BAGGIOVARA	eccezioni (solo ordinario)	1%	12			

IPOTESI 2



SEDE	TIPO CASISTICA	PREVALENZA	N. INTERVENTI	SEDUTE SALA OP./SETT.	POSTI LETTI	
MIRANDOLA	outpatient basso rischio	38%	432	3	0*	tutto outpatient, solo letti/poltrone (vedi n. interventi per seduta)
VIGNOLA	outpatient basso rischio	38%	432	3	0*	tutto outpatient, solo letti/poltrone (vedi n. interventi per seduta)
SASSUOLO	medio rischio, no ambulatoriale	24%	276	2	2	one day surgery, alcuni 2/3 giorni
BAGGIOVARA	eccezioni (solo ordinario)	1%	12			

Spoke diventano HUB
PER LA BASSA
COMPLESSITÀ

FOCUS FACTORIES – 2. COLECISTECTOMIA



TEMPI DI
ATTESA
ATTUALI

	INTERVENTI FATTI PER ANNO	MEDIA TEMPO ATTESA (cod. C)
Reparto 1	88	427
Reparto 2	146	315
Reparto 3	272	348
Reparto 4	191	327
Reparto 5	162	290
Reparto 6	121	191
Reparto 7	124	223
	1103	291



IPOTESI DI
LAVORO

Spoke diventano HUB
PER LA BASSA
COMPLESSITÀ

IPOTESI 1

SEDE	TIPO CASISTICA	PREVALENZA	N. INTERVENTI	SEDUTE SALA OP./SETT.	POSTI LETTO	
?	programmato	75%	827	5	5	
?	urgente	25%	276	2	6	verificare esecuzione ERCP (bonifica) pre intervento e variabilità

IPOTESI 2

SEDE	TIPO CASISTICA	PREVALENZA	N. INTERVENTI	SEDUTE SALA OP./SETT.	POSTI LETTO	
?	programmato	38%	414	2	3	
?	programmato	38%	414	3	3	
?	urgente	13%	138	1	3	verificare esecuzione ERCP (bonifica) pre intervento e variabilità
?	urgente	13%	138	1	3	verificare esecuzione ERCP (bonifica) pre intervento e variabilità

FOCUS FACTORIES – 3. CHIRURGIA DERMATOLOGICA



VOLUMI DI ATTIVITA' ATTUALI

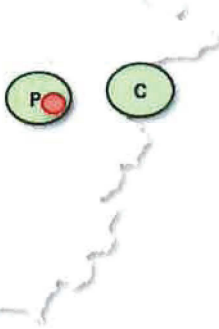
	INTERVENTI ANNO
Reparto 1	583
Reparto 2	524
Reparto 3	4327
Reparto 4	2903
Reparto 5	137
Reparto 6	259
Reparto 7	434
tot	9167

 **Potenziamento chirurgia in PROSSIMITA' presso gli ambulatori chirurgici delle Case della Comunità HUB**

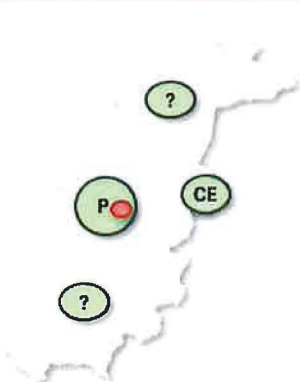


IPOTESI DI LAVORO

IPOTESI 1				
SEDE	TIPO CASISTICA	PREVALENZA	N. INTERVENTI	SEDUTE SALA OP./SETT.
CASTELFRANCO	ambulatoriale	40%	3434	6
POLICLINICO	ambulatoriale	40%	3434	7
POLICLINICO	day surgery	20%	1717	3



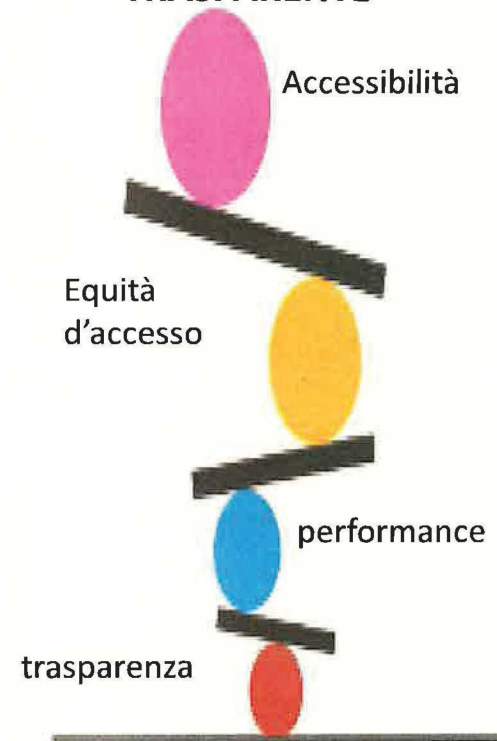
IPOTESI 2				
SEDE	TIPO CASISTICA	PREVALENZA	N. INTERVENTI	SEDUTE SALA OP./SETT.
CASTELFRANCO	ambulatoriale	20%	1717	4
SALE AMBULATORIALI ANCHE IN CASE DELLA COMUNITA'	ambulatoriale	20%	1717	3
	ambulatoriale	20%	1717	3
	ambulatoriale	20%	1717	4
	ambulatoriale	20%	1717	4
POLICLINICO	day surgery	20%	1717	3



1. CONCENTRAZIONE DELLA DOMANDA DISPONIBILITA' ALTRE SEDI & LISTE DI ATTESA UNICHE



**STESSE REGOLE PER TUTTI
SCELTE DIVERSE, IN MODO
TRASPARENTE**



TRADE OFF

2. PERCORSI URGENTI E PROGRAMMATI TENDERE ALLA SEPARAZIONE DEI FLUSSI

- 01. SICUREZZA ED ESPERIENZA DEL PAZIENTE**
Meno ritardi, errori, complicazioni, meno stress e meno attese/rinvii
- 02. EFFICIENZA OPERATIVA**
Miglior uso sale, turnover prevedibile, riduzione sprechi e costi
- 03. QUALITA' DELL'ASSISTENZA**
Migliori outcome e continuità
- 04. CONTROLLO INFEZIONI**
protocolli specifici e flussi separati/ambienti dedicati
- 05. GESTIONE DEL PERSONALE**
turni ottimizzabili/ottimizzati



PIANO CHIRURGIA ROBOTICA Provinciale



**ROBOT
CHIRURGICO**



**ROBOT/NAVIGATORE
ORTOPEDICO**



CAPITALE UMANO E EFFICIENTAMENTO DOTAZIONI & ORGANIZZAZIONE

SCHIERAMENTI IN SALA OPERATORIA

LIVELLI DI COMPLESSITA' E SCHIERAMENTI CORRELATI

DESCRIZIONE COMPLESSITA'	LIVELLO DI COMPLESSITA'	DOTAZIONE MINIMA		
		INFERMIERI	CHIRURGHI	ANESTESISTI
MINIMA	1	1	1	NO
BASSA	2	2*	1/2	NO ma reperibile nella struttura
MEDIA A	3A	2*	2	SI
MEDIA B	3B	2* + 1 "a scavalco"	2	SI
ALTA	4	3	2	SI

* oppure 1 INF + 1 OSS

Il capitale umano non è una risorsa da gestire, ma la leva su cui costruire il futuro del SSN.

Attrarre, motivare e trattenere i professionisti è oggi una priorità strategica.

Dobbiamo ricostruire un sistema che **valorizzi competenze**, **promuova il benessere organizzativo** e **generi senso di appartenenza**.



WORK LIFE
BALANCE



BRAND IDENTITY



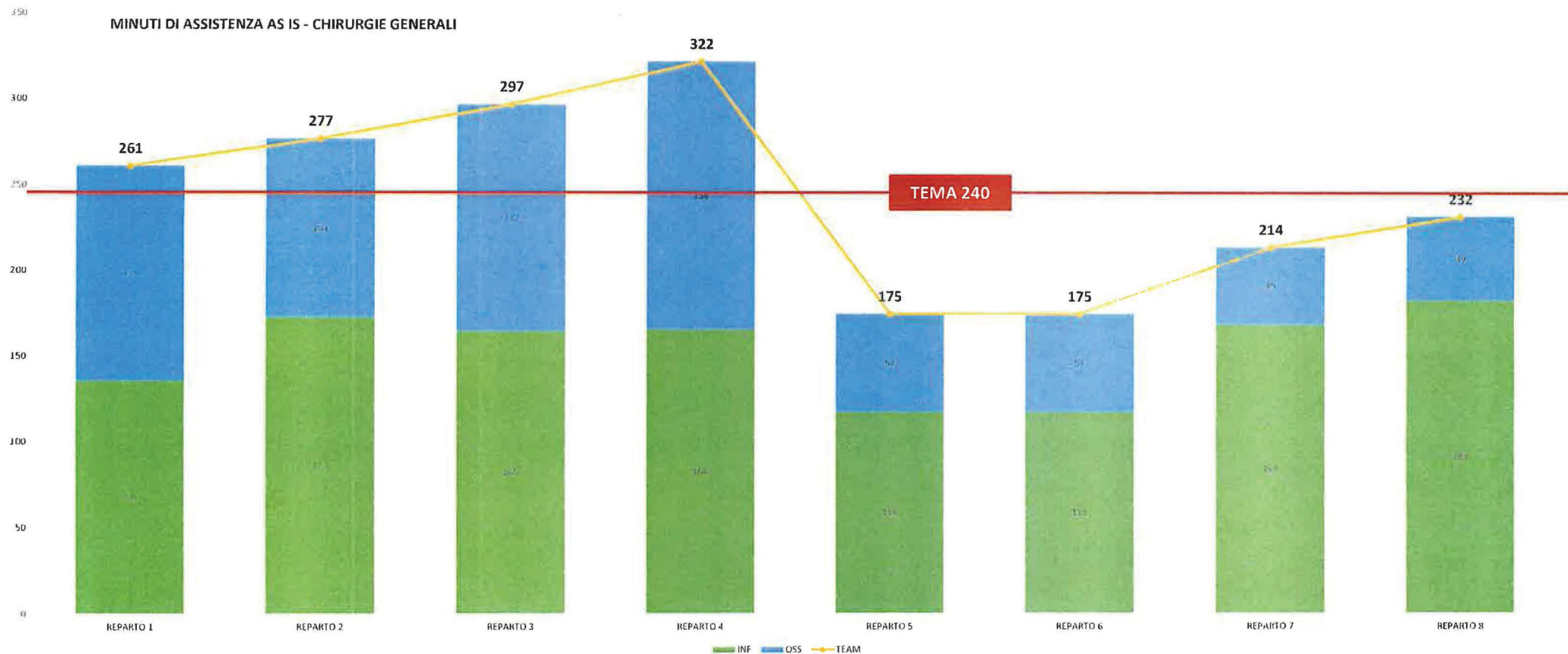
WELFARE
AZIENDALE



SVILUPPO PROFESSIONALE, CARICHI
DI LAVORO, OTTIMIZZAZIONE

TEMPI DI SOVRAPPOSIZIONE INFERMIERI IN SALA OPERATORIA (per "cambio turno")

SEDE A	45'
SEDE B	1h
SEDE C	1h 20'
SEDE D	1h 20'
SEDE E	1h 20'
SEDE F	1h 20'
SEDE G	1h 45'
SEDE H	1h 45'
SEDE I	2h 30'
SEDE L	2h 50'



 **INTENSITA' MEDIA**
Schieramento STANDARD

Ruolo	DIURNO	NOTTE
INFERMIERE	1/8- 1/10	1/12- 1/14
OSS	1/10-1/12	1/14-1/16



OBIETTIVO: riduzione della **VARIABILITÀ** e riallineamento verso il best performer (misurando esiti e volumi di attività)

VERSO STRUTTURE COERENTE CON LE FUNZIONI E VOCAZIONE

Baggiovara

Trauma Center →

- Gestione dell'urgenza
- Riunificazione testa collo

UFA PROVINCIALE (DGR rete oncologica)



- Materno infantile
- Ricerca fase I
- Poliambulatori
- CAU

Policlinico

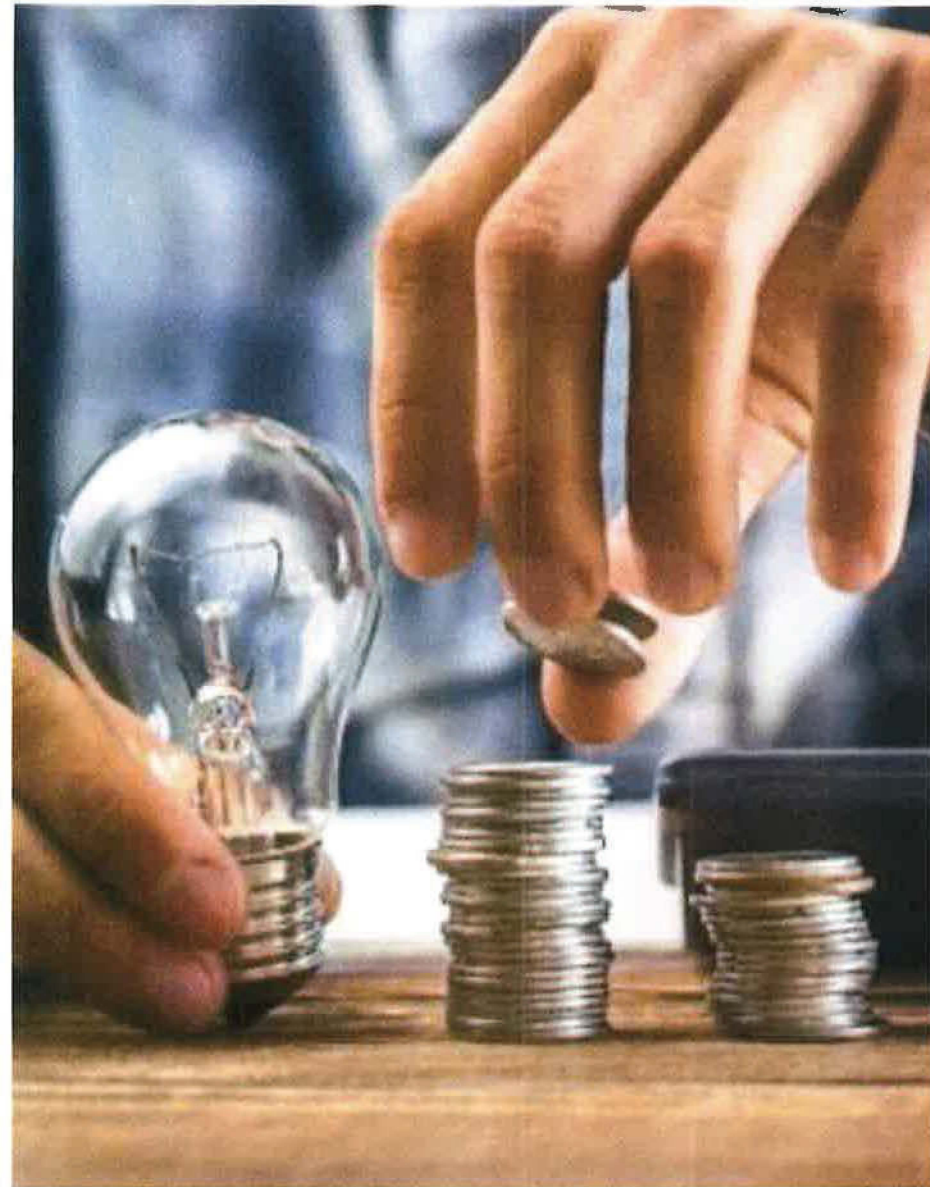
VERSO STRUTTURE COERENTE CON LE FUNZIONI E VOCAZIONE - ESEMPI

DOMANI

- Unica UO ODONTOIATRIA
- 2 UUOO GASTROENTEROLOGIA (rispetto alle 3 di oggi, 1 AUSL E 1 UNIVERSITARIA)
- 1 UNICA SEDE CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA
- UO OTORINO su OSPEDALE BAGGIOVARA PER RAFFORZO FUNZIONI TRAUMA CENTER
- 1 SEDE UNICA PER LA GESTIONE DELLE URGENZE CHIRURGICHE E SPECIALISTICHE
- DIAGNOSTICA ONCOLOGICA TAC/PET DIFFUSA
- REVISIONE DELLE UUOO DI ORTOPEDIA (per cui oggi abbiamo un numero superiore rispetto a DM70 e la NON AUTOSUFFICIENZA e il non pieno raggiungimento degli obiettivi di ESITI, quali fratture di femore)

FONTI DI FINANZIAMENTO

- **MUTUI (59 ml)**
- **EFFICIENTAMENTO DELLE
STRUTTURE E DELL'ORGANIZZAZIONE**
- **FUNDRAISING**
- **RICERCA COMPETITIVA E BANDI**



MANDATO 2026

1. Analisi della struttura dell'offerta chirurgica

- Mappatura di tutti i punti erogativi della provincia
- Revisione delle casistiche chirurgiche per ogni ospedale
- Allineamento delle attività alla vocazione di ciascun presidio

2. Analisi della struttura dell'Area Medica

- Valutazione modelli organizzativi
- Flussi, posti letto, intensità di cura
- Integrazione fra ospedale e territorio

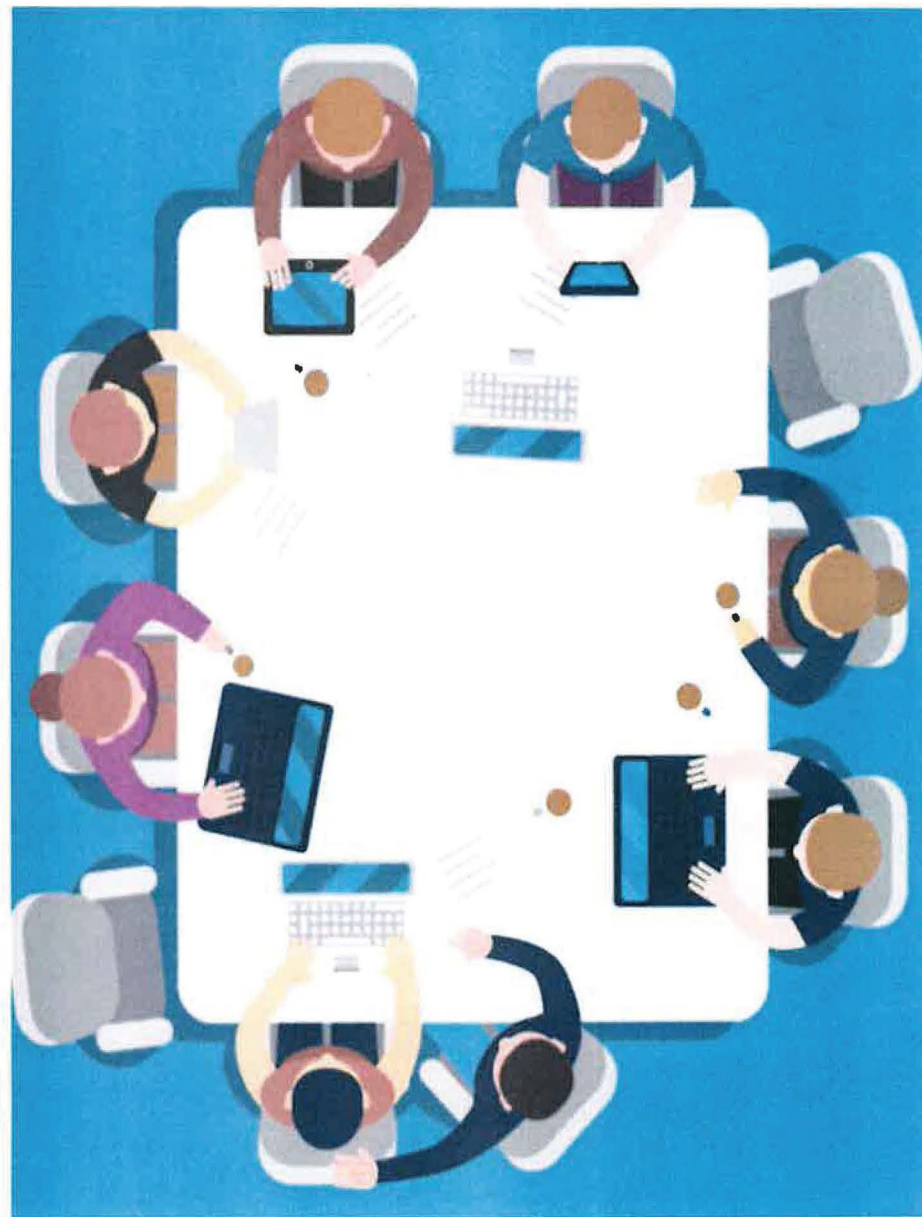


MANDATO 2026

GRUPPI PROFESSIONALI DI LAVORO

- **PROGETTO CHIRURGIE**
 - Vocazioni e concentrazione casistiche
 - Robotica
 - Schieramenti
 - Ortopedia
- **PROGETTO EMERGENZA URGENZA**
- **PROGETTO SCHIERAMENTI OSPEDALIERI**
- **PROGETTO RIORDINO TERRITORIALE**, in collaborazione con la Medicina Generale

R
E
T
I
C
L
I
N
I
C
H
E



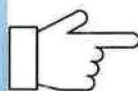


- UFFICIO DI PRESIDENZA
- CTSS



PROSSIMI PASSI

- COINVOLGIMENTO PROFESSIONISTI (Gruppi di lavoro, comunità di pratica, ...)
- COINVOLGIMENTO SINDACATI
- COMUNICAZIONE AI CCM
- COINVOLGIMENTO RETTRICE
- INIZIATIVE PUBBLICHE?
- Formazione congiunta



IDENTIFICAZIONE DI UNA SERIE DI GIORNATE DI LAVORO RENDICONTATIVE MONOTEMATICHE E DI COINVOLGIMENTO DI TUTTI GLI ATTORI :
Carichi di lavoro, Riordino territoriale, Aperture Case della comunità...