Documento di aggiornamento

della programmazione della sanità modenese

CTSS 29 gennaio 2013

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

Negli ultimi 12 mesi lo scenario della società italiana e anche di quella modenese ha subito dei cambiamenti tali da rendere necessaria un aggiornamento di alcuni elementi strategici prima della scadenza della programmazione prevista per fine 2013. Fra tutti l’acuirsi della crisi economica e le diverse manovre economiche del governo nazionale che porteranno ad una progressiva diminuzione delle risorse messe a disposizione del sistema sanitario e sociale pubblico. Tali elementi rendono quindi necessaria una ridefinizione di alcune linee strategiche, pena la sopravvivenza del sistema pubblico stesso.

Come sarà possibile esaminare nel corso del presente documento, le innovazioni organizzative proposte rientrano nel solco della programmazione già tracciata dal PAL 2011-2013. E quindi possono essere lette come un adeguamento in tempi più rapidi ai principi e agli obiettivi già previsti.

I principi generali rimangono infatti gli stessi già previsti nella precedente programmazione: la sicurezza dei pazienti e degli operatori, l’appropriatezza, l’equità, l’efficienza e la sostenibilità economica.

1. La Rete delle Cure Primarie

Obiettivo strategico dell’assistenza territoriale è quello della apertura delle Case della Salute che dovrà in prima luogo farsi carico del problema delle cronicità e della presa in carico proattiva della persona. Le patologie croniche vedono infatti il loro punto critico proprio nel fattore tempo: accompagnano il paziente per tutto il corso della vita, e nel tempo possono subire riacutizzazioni con conseguente deterioramento delle condizioni di salute ed incremento delle risorse necessarie per la piena presa in carico clinico-assistenziale. E’ quindi fondamentale puntare allo sviluppo di un progetto personalizzato di salute e di una medicina d’iniziativa, vero punto nodale del progetto della Casa della Salute, che deve vedere il concretizzarsi di una prevenzione primaria, secondaria e terziaria all’interno di progetti regionali disegnati per i pazienti con patologie croniche.

Sarà implementato, a partire dalle esperienze già in essere come quella della gestione integrata del diabete, il Chronic Care Model. Esso prevede un approccio proattivo alle cronicità allo scopo di prevenire l’insorgere di complicanze e/o riacutizzazioni della malattia. In specifico questo modello si basa su alcuni elementi che prevedono l’integrazione interprofessionale tra medico di medicina generale, specialista e infermieri. Il paziente è parte attiva del processo assistenziale sostenuto dagli operatori attraverso interventi di educazione terapeutica e di supporto. Da qui la creazione di percorsi ad hoc per patologie croniche a maggiore diffusione quali, oltre al diabete mellito, le patologie cardiovascolari e la BPCO.

Permane il ruolo strategico legato alla diffusione delle medicine di gruppo e lo sviluppo dei Nuclei di Cure Primarie.

Viene così confermato per il 2012 e il 2013 il piano strategico per le **Case della Salute** approvato nell’ottobre del 2011, che prevede l’attivazione di Case della salute piccole, medie e grandi, sulla base dei servizi presenti in un territorio e del bacino di popolazione di riferimento:

* la Casa della salute “piccola” garantisce assistenza di medicina generale per 12 ore al giorno, assistenza infermieristica, attività di Consultorio di primo livello con la presenza dell’ostetrica; comprende inoltre l’ufficio coordinamento cure domiciliari, l’assistente sociale, il Cup per la prenotazione di viste ed esami;
* la Casa della salute “media” garantisce anche medici specialisti ambulatoriali, continuità assistenziale, ambulatorio pediatrico, ambulatori di sanità pubblica per attività di vaccinazione e screening; eventuale presenza di palestra per esercizio fisico;
* la Casa della salute “grande” garantisce tutte le attività assistenziali relative alle cure primarie, alla sanità pubblica e alla salute mentale. Assicura risposte ai bisogni sanitari e socio-sanitari che non richiedono ricovero ospedaliero.

Le Case della Salute grandi possono quindi essere identificate come punti che garantiscono:

* la continuità di servizio d’urgenza di primo intervento medico, anche attraverso l’utilizzo del personale della continuità assistenziale, ed infermieristico, integrato funzionalmente con i i dipartimenti di emergenza e urgenza;
* assistenza ambulatoriale specialistica, medica, chirurgica, diagnostica e terapeutica;
* lungoassistenza a gestione infermieristica per persone fragili, con quadri clinici complessi stabili ma con alta componente di non autosufficienza.

Come già approvato dal PAL entro il 2013 saranno attivate le Case della Salute di Fanano, Montefiorino, Pievepelago, Finale Emilia e Bomporto.

Nell’ambito della riorganizzazione dei servizi sanitari conseguente al sisma, è allo studio, nell’area nord della provincia, la possibilità di realizzare Case della Salute presso Cavezzo, Concordia e Novi/Rovereto.

A tale rete si aggiunge la Casa della Salute di Castelfranco Emilia.

Quanto previsto per le Case della Salute per il 2014 (Modena e Formigine) e 2015 (Carpi, Mirandola ,Vignola, Sassuolo e Pavullo) sarà valutato alla luce delle risorse disponibili per gli investimenti necessari a realizzare le strutture.

**Assistenza specialistica**: al fine di dare una migliore risposta ai cittadini, l’assistenza specialistica sarà riorganizzata attraverso la **programmazione dell’offerta e la definizione di percorsi differenziati che riguardano l’accesso alle urgenze ed al follow-up delle patologie croniche**.

La principale finalità è la garanzia di prestazioni in tempi adeguati alla valutazione tempestiva dei problemi di salute, da perseguire attraverso:

* sistemi di valutazione dell'appropriatezza della domanda;
* il monitoraggio dell’equilibrio fra committenza e produzione;
* l’adozione di modalità di accesso alle prestazioni, che tengano conto dei principi di equità, di facilitazione dell’accesso e di priorità del bisogno

Gli ambiti di attività previsti dal progetto sono i seguenti:

* urgenze U: per alcune prestazioni definite sulla base di priorità cliniche, le Aziende Sanitarie si impegnano a garantire l’erogazione entro 24 ore dalla richiesta in accesso diretto presso le strutture ospedaliere nelle tre aree della provincia;
* urgenze B: viene definito un piano di revisione dell’offerta per prestazioni urgenti differibili, entro 7 giorni. Per la maggior parte delle prestazioni si prevede la messa a CUP delle disponibilità, associata ad un’eventuale revisione dell’offerta, al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dalla regione. Fanno eccezione alcune prestazioni per le quali è necessaria la gestione integrata MMG/specialista, tramite percorsi extra-CUP;
* follow-up: sono state individuate delle branche prioritarie per le quali devono essere attivati percorsi di presa in carico delle malattie croniche.

Per quanto riguarda l’attività programmata (priorità D: entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali), si conferma il mantenimento del Percorso Garanzia. Tale progetto, attivo da qualche anno, prevede che per determinate prestazioni (1° visita cardiologica + ecg, dermatologica, oculistica, neurologica, ecografia addome, RM encefalo) in caso di indisponibilità, venga offerto al cittadino un posto presso un centro privato accreditato che ha aderito al progetto, impegnandosi a garantire i tempi di attesa previsti dalla regione.

1. **La Rete Materno Infantile**

Si confermano i **punti nascita** esistenti, previa valutazione della sostenibilità e i criteri di sicurezza delle diverse strutture anche in funzione delle future indicazioni regionali e nazionali, delle eventuali sinergie sovra-aziendali e dell’oggettiva possibilità di garantire le èquipe ostetriche e pediatriche competenti anche attraverso forme di mobilità e interscambio fra presidi ospedalieri diversi.

**Per il percorso nascita** l’obiettivo è di garantire percorsi assistenziali appropriati e differenziati sulla base del rischio per la gravidanza, per il parto e per il puerperio. Tale percorso deve prevedere una integrazione ospedale territorio, sia sanitaria che socio sanitaria. Obiettivi specifici sono:

* affidare all’ostetrica la gestione della fisiologia;
* garantire scelte informate sul parto, compreso il controllo del dolore;
* garantire la presa in carico del medico per le gravidanze e i parti a rischio;
* organizzare i percorsi clinici nell’ottica della continuità assistenziale con riferimento alle attività consultoriali e ospedaliere, come ad esempio nel caso del percorso della diagnosi prenatale;
* garantire la centralizzazione dell’assistenza alla gravidanza e al parto al livello appropriato con percorsi integrati ospedale-territorio e ospedale-ospedale;
* garantire l’applicazione dei percorsi di miglioramento individuati dalla Commissione Nascita Regionale, in particolare sulla appropriatezza del taglio cesareo e delle procedure dell’induzione del parto.

**L’assistenza neonatale** si inquadra in coerenza ai livelli dei Punti Nascita e la sua organizzazione prevede:

* strutture di **assistenza diurna di base I livello** (Pavullo Mirandola) che garantiscono la pronta disponibilità del pediatra/neonatologo al parto complicato e l’assistenza al neonato fisiologico;
* strutture di assistenza neonatale **di base, subintensiva II livello** (Carpi, Sassuolo) che garantiscono la guardia attiva h24 con funzioni di assistenza di base e intermedia;
* struttura di assistenza neonatale **di base**, **sub intensiva e intensiva III livello** (Policlinico) che garantisce la guardia neonatologica h24 ed un servizio di pronta disponibilità con funzioni di II livello e di assistenza intensiva e isolamento e supporto all’assistenza al neonato patologico nei punti nascita periferici.

Tale organizzazione è in via di redifinizione a livello regionale sulla base del documento approvato dalla Conferenza Stato Regioni e dei risultati dell’audit perinatale regionale. Tale ridefinizione sarà orientata come previsto nel documento nazionale all’individuazione di due livelli di assistenza.

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

• Policlinico: Accettazione Pediatrica;

• Carpi: Guardia pediatrica attiva;

• Sassuolo: Guardia pediatrica attiva.

Mirandola e Pavullo saranno dotati di strutture di Pediatria, con attività specialistica esclusivamente h12, mentre verrà garantito il supporto al punto nascita attraverso una reperibilità notturna.

La **rete dell'urgenza pediatrica** vedrà, oltre alla già citata Accettazione Pediatrica attiva H24 del Policlinico, un supporto al pronto soccorso h 24 negli ospedali di Carpi e Sassuolo , un accesso diretto ambulatoriale h 12 a Pavullo e Mirandola.

I **Consultori** saranno riorganizzati all’interno del Dipartimento Aziendale di Cure Primarie attraverso una organizzazione per area e ridefinendo le sedi consultoriali alla luce della realizzazione delle Case della Salute e dei nuclei strutturati di cure primarie, prevedendo anche, ove necessario, la costituzione di equipes integrate composte da specialisti ospedalieri e territoriali. I consultori hanno la responsabilità dell’organizzazione dei percorsi socio-assistenziali integrati di competenza dell’area consultoriale, come ad esempio il percorso nascita, l’applicazione della legge 194 e la violenza domestica e di genere. Anche in ambito oncologico i consultori intervengono, in stretta correlazione con l’ospedale, nei percorsi diagnostici ginecologici.

1. La Rete delle cure palliative e della terapia del dolore

La **rete delle cure palliative** sarà integrata secondo le ultime indicazioni nazionali e regionali erimarrà centrata sugli interventi domiciliari e territoriali, con tre livelli di competenze:

* di base e diffusa attraverso MMG e Infermieri dell’assistenza domiciliare;
* di II livello MMG e Infermieri interpares con funzione di consulenza per l’équipe di base;
* di III livello per funzioni elevata expertise e/o responsabilità organizzative.

La politica delle cure palliative si svilupperà prevalentemente nella direzione di soluzioni extra ospedaliere, ferma restando la necessità di sviluppare una cultura specifica anche a livello ospedaliero per garantire l’avvio tempestivo dei percorsi, con tre tipologie di setting di cura: domiciliare, residenziale e di hospice territoriali. In ciascuna area distrettuale sarà istituita una **Unità di Cure Palliative Territoriale**, individuando per le cure palliative domiciliari MMG ed Infermieri esperti in cure palliative.

Componente indispensabile della rete delle Cure Palliative sono gli Hospice: si ravvisa la necessità **di integrare la rete provinciale delle Cure Palliative prevedendo la realizzazione di un hospice per ciascuna area territoriale** (Nord, Centro e Sud) con la funzione di accogliere malati sia di tipo oncologico, che affetti da patologie cronico degenerative.

La rete delle cure palliative garantirà inoltre la presenza di:

* una funzione di cure palliative all’interno di ogni struttura ospedaliera della provincia;
* una funzione di cure palliative e di terapia del dolore a livello pediatrico.

La rete della **Terapia del dolore** provinciale sarà articolata su tre livelli di competenza per rispondere ai diversi gradi di complessità diagnostico-terapeutica dei pazienti affetti da dolore cronico:

* un primo livello a valenza territoriale, attualmente già identificabile con gli ambulatori dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e relative forme di aggregazione funzionale,in grado di formulare un primo orientamento diagnostico e impostare il trattamento terapeutico anche con il supporto di esperti interpares. Eventi formativi diretti all’acquisizione di competenze specifiche in merito alla valutazione, diagnosi e trattamento del dolore cronico sono stati già attuati e saranno ulteriormente estesi nei prossimi mesi.
* un secondo livello a valenza ospedaliera, sarà rappresentato da tre centri Spoke, ubicati per aree di competenza territoriale, Nord, Centro e Sud. Ogni centro Spoke, dotato di ambulatorio chirurgico per l’esecuzione di metodiche invasive semplici,risulterà funzionalmente costituito dalla cooperazione degli ambulatori di Terapia del dolore attualmente operanti nei singoli ospedali ed afferenti alle Unità Operative di Anestesia. Questo livello specialistico si farà carico prevalentemente di pazienti più complessi inviati dai medici di medicina generale oltre che delle consulenze antalgiche per i reparti ospedalieri e garantirà come da normativa la copertura di almeno 18 ore settimanali.
* un terzo livello a valenza Ospedaliera e inter-ospedaliera, svolge la funzione di centro Hub provinciale per assicurare prevalentemente le prestazioni specialistiche di alto livello per pazienti complessi inviati sia dai centri spoke che dagli specialisti ospedalieri e territoriali o dai medici di medicina generale. Il ricorso a tecniche invasive di chirurgia antalgica maggiore richiede, infatti, la disponibilità della Sala Operatoria con diagnostica radiologica,di posti letto per il ricovero ordinario e di day hospital, e ovviamente di ambulatori chirurgici. Come previsto dalla normativa sarà garantita una copertura di almeno 36 ore settimanali.

1. La Rete dell’Emergenza Urgenza

**Emergenza territoriale**

**Obiettivo generale dell’emergenza territoriale è quello di consolidare un sistema a 3 livelli che consenta un’adeguata gestione in sicurezza dei pazienti a criticità medio-elevata.** La rete dell’emergenza territoriale sarà costituita da:

* equipe base con soccorritori volontari;
* ambulanze con infermiere;
* auto-infermieristiche, auto-mediche, ed elisoccorso dislocati in modo strategico sul territorio.

E’ previsto un sistema “avanzato” con auto mediche o infermieristiche che interverranno insieme ad altri mezzi (base o ambulanza con infermiere), potendo decidere il trattamento del paziente e il suo successivo accompagnamento in ospedale o il suo affidamento per il trasporto all’altro mezzo intervenuto. L’obiettivo principale è quello di intercettare il prima possibile i casi gravi, garantendo loro una gestione avanzata.

**La rete base è costituita dalle Associazioni di Volontariato accreditate per l’attività di emergenza e urgenza. Obiettivo generale è quello di una riorganizzazione della rete in grado di garantire un posizionamento delle postazioni di ambulanza in pronta partenza tali da assicurare una omogenea copertura del territorio aziendale nell’intero arco orario giornaliero, compresi i giorni festivi**. In tal senso obiettivi specifici sono:

* definire aree operative, da intendersi come aggregazioni di comuni contigui che, per caratteristiche geografiche, viabilità e tempi di intervento e mutua copertura, rendono possibile una pianificazione unitaria;
* rendere più omogenea e professionalmente qualificata la risposta del 118 sul territorio attraverso la riorganizzazione delle postazioni anche con la presenza di risorse esperte in emergenza-urgenza;
* identificare e stabilizzare alcune postazioni che diventano fulcro dell’area operativa di riferimento.

**Pronto Soccorso-DEA**

Fermo restando l’assetto dei due DEA modenesi, si ribadisce la funzione di DEA di I livello per Carpi e Sassuolo.

Sono sedi di Pronto Soccorso gli ospedali di Mirandola, Vignola e Pavullo. In questi presidi la continuità dei servizi di supporto (laboratorio, radiologia ) è garantita dalla rete provinciale.

A Castelfranco, Finale Emilia e Fanano l’accesso H24 alle prestazioni delle cure sarà garantito attraverso l’organizzazione della Casa della Salute e dell’Ambulatorio di Continuità Assistenziale con il supporto dei medici di continuità assistenziale e dei medici di medicina generale.

La rete integrata delle strutture continua ad essere il modello di riferimento. In aggiunta a Baggiovara, centro hub dei **percorsi legati allo stroke, ai politraumi e all’IMA/SCA**, i nodi della rete territoriale dell’emergenza h24 sono costituiti dai Pronto Soccorso degli ospedali di Carpi, Mirandola, Policlinico di Modena, Sassuolo, Pavullo e Vignola.

Negli ospedali di Baggiovara, Policlinico e Sassuolo sono già state attivate delle **Osservazione Breve Intensiva (OBI)** al fine di ridurre i ricoveri evitabili e dimettere i pazienti in maggiore sicurezza. Visti i positivi risultati di tali esperienze dal punto di vista clinico e organizzativo, saranno attivate tali modalità organizzative anche in tutte le altre strutture ospedaliere provinciali, con un numero di letti quantificato in rapporto al numero degli accessi.

1. La Rete Ospedaliera

Nel disegno strategico della rete ospedaliera si continuerà ad applicare il modello già approvato che vede l’afferenza della casistica alle strutture in funzione della complessità del caso e del paziente assistito e della frequenza che tali interventi presentano.



**Al fine di rispondere in modo tempestivo a criteri di sicurezza, efficacia ed efficienza,** **tutte le strutture ospedaliere saranno organizzate per intensità di cura e assistenziale e attraverso aree omogenee plurispecialistiche. I posti letto e gli spazi non saranno pertanto suddivisi e organizzati per specialità, ma suddivisi in base ai bisogni assistenziali espressi dai pazienti e utilizzati di volta in volta dalle diverse specialità in funzione delle necessità legate all’urgenza e alla programmazione dell’attività in elezione**. Potranno altresì trovare separazione fisica, di risorse e dell’organizzazione i percorsi volti a garantire l’attività di elezione rispetto a quelli urgenti.

Al fine di garantire la massima sicurezza dei pazienti la rete assistenziale chirurgica sarà disegnata, fermo restando quanto previsto dal PAL relativamente alle urgenze chirurgiche, attraverso una concentrazione dei casi ad alta complessità e bassa incidenza e una diffusione del trattamento dei casi a bassa complessità e alta incidenza. Il ridisegno della rete assistenziale seguirà le specifiche indicazioni regionali in materia.

Al fine di garantire i principi generali previsti dalla programmazione, la nuova organizzazione ospedaliera porterà anche ad una revisione della struttura organizzativa dei dipartimenti ospedalieri.

Il disegno della rete ospedaliera sarà in ogni caso adeguato alle indicazioni che la Regione Emilia Romagna emetterà su questo tema nel corso del 2013 e nel prossimo Piano Sociale e sanitario in via di definizione. Sin da ora è possibile prevedere per il futuro la creazione di strutture assistenziali intermedie per pazienti non acuti, quale risorse per facilitare il recupero dei livelli di autonomia dei pazienti ed il rientro al domicilio o l’ingresso nella rete delle strutture socio-sanitarie.

La rete delle strutture

Accanto alle due strutture che fungono da hub provinciale per le funzioni di alta complessità - **Baggiovara e Policlinico**, sono previsti due ospedali di area - **Carpi e Sassuolo**,che oltre a garantire l’assistenza di base per il distretto di afferenza geografica, fungono a loro volta da riferimento hub per gli ospedali di prossimità presenti nell’area. La rete ospedaliera prevede infine ospedali di prossimità chiamati a garantire le necessità meno complesse e più diffuse dal punto di vista epidemiologico.

Il **NOCSAE di Baggiovara** è sede di attività non programmate e di elezione a prevalente orientamento chirurgico e del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di II livello. E’ l’hub dei percorsi relativi al politrauma, allo stroke e all’IMA, garantisce l’attività di emodinamica anche interventistica in urgenza, nonché le emergenze vascolari e di endoscopia digestiva. E’ inoltre sede unica della funzione di chirurgia vascolare in elezione. Sono anche previsti percorsi riabilitativi intensivi a completamento del processo assistenziale del politrauma e dei pazienti con patologie neurologiche e cardiologiche. Rappresenta il secondo polo provinciale di integrazione tra Servizio Sanitario Regionale e Università per la didattica e la ricerca scientifica, essendo presenti già al momento attuale sei unità operative a direzione universitaria, cinque dipartimenti integrati, di cui tre interaziendali. E’ inoltre sede di corsi universitari.

**L’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena** è sede di insegnamento per i corsi di laurea specialistica e per i corsi di laurea breve di area sanitaria. Si caratterizza per le attività elettive di II e III livello con particolare riferimento alla cura delle patologie oncologiche, alla chirurgia trapiantologica, e all’ambito materno-infantile, comprese le terapie intensive per la gravida, i neonati e i minori. Un importante ruolo viene svolto nello sviluppo della medicina rigenerativa, della genomica e della diagnostica e terapia delle malattie rare, nonché nello sviluppo di tecniche innovative.

Negli **ospedali di area** - **Carpi e Sassuolo** (oltre a Policlinico e Baggiovara per l’area centro) - oltre alle discipline di base saranno presenti le competenze specialistiche che per il loro particolare livello tecnico richiedono un adeguato supporto strutturale e organizzativo e assumono una valenza sovradistrettuale (anche in regime di urgenza e nelle 24 ore). Tali strutture opereranno in stretta collaborazione ed integrazione con gli ospedali di prossimità per garantire un adeguato livello di competenza clinica del sistema di area. Le competenze di cui sopra sono garantite anche attraverso l’integrazione delle equipe afferenti ad altre strutture della rete all’interno e all’esterno dell’area e alla mobilità dei professionisti.

Le **urgenze traumatologiche maggiori e quelle vascolari** seguono i percorsi di centralizzazione già definiti nella nostra provincia al fine di garantire i tempi minimi di intervento.

Gli **ospedali di prossimità** - Mirandola, Pavullo, Vignola e Castelfranco - assicurano le attività a più frequente incidenza epidemiologica, con una organizzazione, che sulla base dei bisogni della popolazione di riferimento, potrà essere così delineata:

Area internistica, con assistenza di medicina interna e ove previsto dalla programmazione di cardiologia e pneumologia, gastroenterologia. Nell’ambito dell’attività di day hospital internistico sarà garantita l’assistenza ai pazienti oncologici in stretta relazione con gli ospedali di area e gli hub provinciali;

Area chirurgica, in grado di assicurare l’assistenza chirurgica di bassa complessità, in regime ambulatoriale, di day surgery o di week surgery, prioritariamente rivolta ai cittadini del distretto di afferenza. In ambito ortopedico sarà garantita l’attività ortopedica protesica e quella traumatologica minore e mono-ossea;

* Area critica a maggiore intensità assistenziale e valenza plurispecialistica;
* Area di lungodegenza post-acuzie, riabilitativa e eventuale lungoassistenza;
* Area ambulatoriale con funzioni specialistiche di I e II livello.

Per quanto riguarda **l’attività riabilitativa,** a Baggiovara viene prevista tutta l’attività di riabilitazione intensiva neuromotoria e cardiologica in regime di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale. La rete riabilitativa prevede inoltre il contributo delle strutture private accreditate ove si prevede il mantenimento della degenza riabilitativa estensiva (Villa dei Tigli, Fogliani). Nel resto della rete degli ospedali pubblici (Carpi, Mirandola, Vignola, Pavullo e Sassuolo) è prevista una attività riabilitativa all’interno delle aree lungodegenziali.

Per quanto riguarda **l’area delle terapie intensive,** per la quale si registra un indice di posti letto superiore alla media regionale, si individua in particolare presso il NOCSAE la necessità di un settore destinato a letti semi-intensivi e post-intensivi.

**Processi di integrazione fra AUSL e AOSP**

**Dipartimenti interaziendali**: oltre al Dipartimento Interaziendale di Emergenza-Urgenza sono previsti quelli delle malattie cardiache e vascolari, medicina di laboratorio, diagnostica per immagini e farmaceutico. Obiettivo primario è quello di garantire percorsi clinici omogenei, continuità delle cure, standard di sicurezza, appropriatezza ed efficienza delle prestazioni erogate a livello provinciale. Le indicazioni gestionali alle strutture che compongono il Dipartimento rimarranno in capo alle direzioni aziendali delle aziende di appartenenza, previa condivisione delle direttrici e linee di governo da parte delle stesse. Gli obiettivi specifici dei vari dipartimenti sono:

* per il **Dipartimento interaziendale ad attività integrata della cura delle Malattie Cardiache e Vascolari** la garanzia dell’appropriatezza e sicurezza degli interventi attraverso percorsi clinici basati sulla medicina delle evidenze e percorsi di audit, la caratterizzazione delle diverse sedi e attività attraverso l’ottimizzazione dei percorsi di base per le patologie più frequenti e di quelli più complessi in specifiche strutture. Sono previsti inoltre la valorizzazione delle risorse umane e l’ottimizzazione e il pieno utilizzo delle risorse tecnologiche disponibili e infine il governo delle attività di innovazione e ricerca;
* per il **Dipartimento interaziendale ad attività integrata di Medicina di Laboratorio** lo sviluppo e implementazione di politiche volte alla appropriatezza prescrittiva di diagnostica di laboratorio, di compendio delle attività ospedaliera e territoriale, anche attraverso un unico sistema informativo dipartimentale. Altri obiettivi riguardano la garanzia dell’efficienza delle strutture operative provinciali, una comune politica provinciale di acquisizione delle forniture di diagnostici e tecnologie e lo sviluppo delle competenze professionali;
* per il **Dipartimento interaziendale ad attività integrata di Diagnostica per Immagini** l’appropriatezza delle prestazioni in particolare di quelle di imaging, anche in urgenza, la definizione di percorsi provinciali quali quello senologico e interventistico; l’ottimizzazione della gestione delle risorse umane e tecnologiche, nonché politiche comuni di formazione e governo della ricerca e innovazione;
* per il **Dipartimento Interaziendale Farmaceutico** favorire una maggiore appropriatezza e utilizzo efficiente dei farmaci e dispositivi a livello territoriale e ospedaliero attraverso la condivisione fra le due aziende delle politiche di valutazione, selezione e distribuzione delle risorse.

Come previsto dal PAL il percorso di **integrazione dei servizi di supporto** delle due aziende sanitarie è già stato avviato. Fra i prossimi elementi di unificazione che si ritiene qui sottolineare, tenuto conto della loro importanza strategica per la vita delle aziende sanitarie, vi sono quelli dei servizi e **Gestione e Sviluppo Risorse Umane e degli Acquisti e Logistica,** che in stretta relazione con le politiche di area vasta e regionali, intende giungere alla unificazione e standardizzazione della gestione giuridica ed economica del personale, delle procedure degli acquisti di beni e servizi e delle politiche del magazzino economale provinciale.

1. **La Rete della Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**

Obiettivo prioritario della salute mentale è quello di incrementare gli interventi svolti a domicilio del paziente e dei suoi familiari, nei luoghi di vita, favorendo l’inclusione sociale e la lotta allo stigma, e l’intensificazione delle strategie di intervento precoce.

I **Centri di Salute Mentale** che costituiscono la spina dorsale del circuito assistenziale, vanno arricchiti di funzioni assistenziali come Centri Diurni (in particolare nei distretti di Castelfranco e Vignola) e DH Territoriali.

Le azioni previste nell’**area residenziale** mirano ad una più omogenea distribuzione dei posti letti a livello provinciale e includono:

a) la previsione di una maggiore flessibilità allocativa, necessaria per il riequilibrio dell’offerta nelle 3 aree geografiche, nel rispetto del principio della collocazione delle strutture residenziali nella comunità di appartenenza, in area abitativa ordinaria, nel contesto dei luoghi di vita;

b) la realizzazione di opzioni residenziali del segmento socio-sanitario, a minore intensità assistenziale (gruppi appartamento e comunità alloggio) e con tempi di permanenza a lungo termine.

c) l’applicazione di modalità organizzativo-gestionali sperimentali di sostegno ai progetti terapeutico-riabilitativi individuali (budget individuali di salute)

Infine al fine di ridurre l’eccesso di offerta nel settore ospedaliero psichiatrico per acuti, le azioni previste includono:

a) la centralizzazione delle funzioni a più elevata intensità (ricoveri per TSO in SPDC) nell’ottica dell’intensità di cura;

b) la dislocazione periferica delle funzioni a minore intensità (ricoveri volontari in SPOI) ai fini di un riequilibrio della distribuzione delle risorse ospedaliere in area Nord e area Sud;

c) la riduzione/riconversione di posti letto attualmente in day hospital.

Per quanto riguarda la **neuropsichiatria infantile** l’obiettivo generale è miglioramento dei percorsi di cura e riabilitazione dei bambini e degli adolescenti, il loro adeguamento agli standard di cura individuati dalla normativa regionale e una maggiore integrazione con l’area sociale.

Fra le principali azioni proposte vi è:

* Predisposizione di procedure in attuazione di percorsi diagnostici e di presa in carico, in particolare negli ambiti dei disturbi del linguaggio, apprendimento, ADHD, disabilità intellettiva, dei disturbi della sfera emozionale e della condotta;
* attività di parent training per i disturbi dello spettro autistico, le sindromi ipercinetiche (ADHD), i disturbi del comportamento alimentare, i disturbi di condotta;
* un accordo con l’associazione “Aut Aut” per il trattamento con tecniche ABA di bambini e adolescenti affetti da disturbi dello spettro autistico.
* Implementazione della procedura per la gestione delle emergenze/urgenze psicopatologiche dell’età evolutiva
* Implementazione della procedura che regola l’interfaccia con il reparto di Neonatologia del Policlinico

Per le **Dipendenze Patologiche** l'obiettivo generale è lo sviluppo di nuove attività di prevenzione, cura e riabilitazione a fronte dei cambiamenti dello scenario delle dipendenze, attraverso:

* il potenziamento della offerta ambulatoriale e dei programmi diurni e in day hospital per limitare il ricorso ai ricoveri;
* l'aumento delle possibilità di contatto tra il personale dei servizi e la vasta area del consumo occasionale ed iniziale di sostanze psicoattive, esplorando nuovi contesti di attività, al fine di mettere in atto interventi di prevenzione secondaria, problematizzazione di comportamenti a rischio non percepiti come tali e motivazione precoce al cambiamento dello stile di vita.

Le azioni proposte in questo ambito riguardano:

* la riorganizzazione del SerT di Modena, con ampliamento dell’orario di accesso per il pubblico;
* definizione ed avvio del progetto aziendale cocaina;
* inserimento della figura dell' infermiere nella equipe della Unità Mobile di Strada per interventi più efficaci di riduzione del danno e tutela della salute dei tossicodipendenti;
* avvio di progetti innovativi per la accoglienza rapida e per il reinserimento sociale di tossicodipendenti in condizioni di difficoltà abitativa (Fuori Rotta e Riabitiamo);
* sviluppo dei progetti di prevenzione alcologica di comunità Alcool e Lavoro e Alcool e Guida Sicura;
* avvio dei progetti innovativi di cura del tabagismo FRESCO (nei reparti ospedalieri di cardiologia) e Free Your Mind (riduzione del fumo di tabacco nei giovani adolescenti).