

PIANO DI RIORDINO DELLA STRUTTURA DELL'OFFERTA SANITARIA PROVINCIALE

Provincia di Modena

Documento metodologico: tempi e obiettivi

Riordino ospedaliero e territoriale

AOU – AUSL - Ospedale di Sassuolo S.p.A.

Maggio 2026



INDICE

Il mandato.....	3
PARTE A — Perché cambiare.....	4
1. Il contesto e le ragioni del cambiamento	4
2. La cornice normativa	5
3. I principi guida del riordino	5
4. La visione: dove vogliamo arrivare.....	7
5. Cosa cambierà per i cittadini	8
PARTE B — Come lo facciamo	9
6. Il percorso: governance, metodo e organizzazione dei lavori.....	9
6.1 Fase I – Livello strategico.....	10
6.2 Fase II – Livello progettuale.....	11
6.3 Fase III – Livello operativo	19
6.4 Fase IV – Livello di monitoraggio.....	20
ALLEGATO - Schede gruppi progettuali.....	21
Linea Ospedaliera	21
Linea Territoriale	28
Progettualità trasversali	35

Il mandato

Il presente Piano di riordino dell'offerta sanitaria della Provincia di Modena nasce dall'impegno condiviso delle Direzioni Generali dell'AUSL di Modena, dell'AOU di Modena e dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A., con il mandato della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria del 26 febbraio 2026, di realizzare un percorso progettuale strutturato interprofessionale, multidisciplinare e partecipato.

Il mandato individua le seguenti direttrici di lavoro, che costituiscono il perimetro entro cui si muove il riordino:

- a) *definizione delle vocazioni dei presidi con concentrazione delle casistiche chirurgiche, suddivisione tra attività in urgenza e attività programmate e realizzazione delle liste uniche;*
- b) *sviluppo e valorizzazione dell'innovazione tecnologica, con particolare riferimento alla piattaforma robotica provinciale e a programmi di implementazione di telemedicina;*
- c) *riordino dei servizi territoriali, finalizzato alla risposta ai bisogni legati alla cronicità e al miglioramento della presa in carico e dei percorsi di integrazione ospedale-territorio, per promuovere la prossimità;*
- d) *sviluppo di strumenti e modelli di collaborazione con la Medicina convenzionata (Medici di assistenza primaria, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali Interni), con particolare attenzione all'implementazione del nuovo Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale;*
- e) *valutazione dei modelli organizzativi di gestione dei posti letto intermedi, con analisi della struttura dell'area medica, dei posti letto territoriali e sviluppo di percorsi di continuità dell'assistenza;*
- f) *applicazione del piano di riforma della rete provinciale Emergenza Urgenza;*
- g) *realizzazione degli Stati Generali della Salute Mentale, in un'ottica di valorizzazione del contributo comunitario a supporto della salute delle persone fragili; aggiornamento dei percorsi di cura, finalizzato a garantire una risposta equa e universale;*
- h) *valorizzazione delle Risorse Umane, con analisi e armonizzazione degli schieramenti e percorsi di sviluppo professionale e delle competenze che tengano conto anche delle caratteristiche demografiche e di genere.*

Obiettivo del documento è quello di illustrare in modo puntuale la fase II (linea progettuale), nella quale le direttrici di lavoro, già discusse e approvate in sede di CTSS, vengono tradotte in proposte progettuali di innovazione e riordino, da realizzarsi nei tempi definiti.

In questa fase le direttrici di lavoro vengono declinate all'interno di specifici gruppi progettuali tematici, con l'obiettivo di definire modelli organizzativi, percorsi e interventi coerenti con le linee di mandato.

Al fine di garantire un approccio orientato ai bisogni della comunità, i gruppi progettuali sono stati costituiti con la partecipazione di professionisti delle Aziende, dei medici di medicina generale, di rappresentanti del Comitato Consultivo Interaziendale (CCI), di pazienti "partner", degli Enti Locali (nominati dalla CTSS) e dell'Università (nominati dalla Rettrice).

Le progettualità così sviluppate costituiranno la base per una successiva restituzione e condivisione in sede di CTSS, finalizzata alla loro validazione e al progressivo avvio della fase attuativa. Inoltre si procede a periodica condivisione e confronto con le parti sociali.

Il presente percorso di riordino si integra con le reti cliniche e specialistiche esistenti e i Dipartimenti, senza sovrapporsi ad esse, configurandosi come un focus temporaneo e funzionale. L'obiettivo è assicurare una rappresentazione complessiva e coordinata delle attività assistenziali e cliniche provinciali. In tale ambito è prevista una relazione dinamica e bidirezionale tra reti e gruppi progettuali,

per cui le reti possono collaborare e partecipare ai lavori dei gruppi e, ove opportuno, gli esiti di specifici gruppi progettuali potrebbero evolvere in assetti organizzativi stabili riconducibili alle reti.

PARTE A — Perché cambiare

1. Il contesto e le ragioni del cambiamento

Il sistema sanitario pubblico della provincia di Modena dispone di un patrimonio importante: competenze professionali consolidate, una rete di strutture capillare, un rapporto di fiducia con la comunità costruito in decenni di servizio. Il modello attuale, sviluppatosi prevalentemente negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso, mostra oggi crescenti difficoltà nel sostenere le pressioni in atto. Non si configura come una situazione emergenziale, bensì come una traiettoria evolutiva che richiede un intervento tempestivo, strutturato e metodologicamente orientato. In assenza di azioni correttive nel breve periodo, vi è il rischio di dover intervenire in futuro in condizioni più critiche, con margini di manovra ridotti e maggiori resistenze al cambiamento. Le ragioni del cambiamento sono strutturali e tra loro interconnesse. L'invecchiamento della popolazione sta trasformando la natura stessa della domanda di salute. La provincia di Modena presenta indicatori demografici tra i più avanzati del Paese: la popolazione over 65 supera il 23%, con una proiezione al 30% entro il 2035; gli ultra-ottantacinquenni sono circa 30.000 e cresceranno del 40% nel decennio. Il dato più rilevante non è la longevità in sé, ma la frattura crescente tra anni di vita e anni di vita in buona salute: oltre il 60% degli over 65 convive con almeno due patologie croniche. Questo profilo di bisogno (cronico, complesso, continuativo) non è compatibile con un sistema disegnato prevalentemente per episodi acuti e discontinui.

A questa trasformazione della domanda si sovrappone un sottofinanziamento strutturale del sistema. Il Servizio Sanitario Nazionale destina alla spesa sanitaria pubblica circa il 6,2% del PIL, contro il 7,5-8% di Francia e Germania e una media OCSE del 7%. In termini pro-capite, il divario supera i 700-800 euro annui rispetto ai comparatori europei. L'Emilia-Romagna mantiene una relativa solidità grazie alla capacità di programmazione, ma i margini si sono ridotti sensibilmente e non vi sono segnali di inversione nel quadro della finanza pubblica. Le risorse per il cambiamento dovranno quindi essere trovate dentro il sistema: attraverso la riallocazione dall'inefficienza, la dismissione delle attività a basso valore clinico e organizzativo, la costruzione di modelli più efficienti.

Il sistema è inoltre in piena crisi di offerta di personale qualificato, in particolare infermieristico. L'Italia dispone di 6,2 infermieri per mille abitanti, contro i 13,2 della Germania e gli 11,0 della Francia. Le iscrizioni ai corsi di laurea sono in calo costante, oltre il 35% degli infermieri nel SSN ha più di 50 anni, e la retribuzione media è inferiore di circa 14.000 euro annui rispetto alla Germania. Per la provincia di Modena, la prossimità con la Lombardia e con strutture private che offrono condizioni economiche non replicabili dal SSN aggrava la competizione. Il rischio non è solo quantitativo: è la perdita di profili senior con competenze specialistiche non sostituibili nel breve periodo.

Sul piano dell'innovazione, la medicina del prossimo decennio offre opportunità straordinarie, quali terapie CAR-T, farmaci a bersaglio molecolare, terapie geniche, anticorpi monoclonali per le malattie neurodegenerative, con costi di ordini di grandezza superiori alle terapie tradizionali. La tensione è tra

due valori fondativi del SSN: garantire a tutti l'accesso alle cure migliori e mantenere la sostenibilità finanziaria. Questa tensione non si risolve con aggiustamenti marginali, richiede scelte esplicite su come allocare risorse scarse tra innovazioni ad alto impatto e tenuta dell'offerta di base.

Infine, l'architettura fisica e organizzativa del sistema è in larga parte obsoleta. La degenza media era di 8-12 giorni, oggi è di 2-3; oltre il 60% delle chirurgie avviene in regime ambulatoriale o di day hospital; la diagnostica è miniaturizzata e portatile; l'intelligenza artificiale sta trasformando la radiologia e il monitoraggio dei pazienti cronici. Oltre il 60% delle strutture ospedaliere provinciali ha più di trent'anni di costruzione. Un sistema che continua a operare con strutture pensate per la medicina di un'altra epoca paga un costo di inefficienza crescente.

Va peraltro sottolineato che il riordino non parte da una condizione di eccesso di offerta: la provincia di Modena dispone di 3,56 posti letto per mille abitanti (di cui 0,64 post-acuti), già al di sotto dello standard di 3,7 previsto dal DM 70/2015, su una popolazione di circa 711.000 residenti. La questione non è ridurre, ma ridistribuire e qualificare.

Queste tensioni non sono fenomeni indipendenti, ma si alimentano reciprocamente. La carenza di personale rende più costosa l'innovazione; il sottofinanziamento comprime la capacità di attrarre professionisti; l'invecchiamento della popolazione aumenta la domanda proprio mentre si riducono le risorse per rispondere. È questa complessità sistemica (non i singoli problemi presi in isolamento) che rende necessario un intervento organico e coordinato.

2. La cornice normativa

Il riordino si colloca all'interno di un quadro normativo nazionale e regionale che ne definisce vincoli, direzione e scadenze. Non è un esercizio discrezionale, ma l'attuazione di obblighi e indirizzi che convergono verso un'unica direzione.

Sul versante ospedaliero, il DM 70/2015 stabilisce gli standard qualitativi, strutturali e quantitativi della rete ospedaliera, fondati sul principio della relazione tra volumi di attività ed esiti clinici. Sul versante territoriale, il DM 77/2022 ridisegna l'assistenza di prossimità definendo standard per Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali e Infermiere di Famiglia e Comunità, in coerenza con gli investimenti della Missione 6 del PNRR. A livello regionale, la DGR 2221/2022 e i successivi provvedimenti attuativi (DGR 796/2024 sulle COT, DGR 2161/2023 sui PUA, DGR 632/2025 sulle AFT) declinano il modello emiliano-romagnolo. L'Accordo Integrativo Regionale per la Medicina Generale, firmato nel febbraio 2026, istituisce le Aggregazioni Funzionali Territoriali come pilastro obbligatorio e introduce il ruolo unico dell'assistenza primaria: la sua implementazione aziendale è uno dei mandati espliciti del riordino territoriale.

Il quadro si completa con il D.Lgs. 502/1992 e il D.Lgs. 229/1999, che fondano l'autonomia organizzativa delle Aziende Sanitarie, e con l'Atto Aziendale dell'AUSL di Modena, che declina ruoli e funzioni dei Direttori di Distretto nella programmazione territoriale.

3. I principi guida del riordino

Il sistema sanitario provinciale è universalistico, gratuito e a prevalenza pubblica.

Il concetto di “universalismo” si riferisce al fatto che ogni persona residente ha diritto alle cure necessarie indipendentemente dalla condizione economica, sociale, anagrafica o dal luogo di residenza, mentre per “prevalenza pubblica” si intende che gli obiettivi di salute (e non la logica del profitto) guidano l’allocazione delle risorse.

Il riordino si muove dentro questo perimetro: nessuna scelta può ridurre l’accesso o trasferire al privato funzioni che il sistema pubblico deve garantire.

Il sistema sanitario pubblico non si limita a rispondere alla malattia, agisce sul contesto in cui la salute si genera e si preserva. La **promozione della salute e la prevenzione** primaria costituiscono la dimensione fondativa dell’intervento pubblico: un sistema orientato al valore non attende che il cittadino si ammali per prendersene cura, ma opera attivamente sui determinanti della salute (biologici, ambientali, comportamentali e sociali) per ritardare, ridurre o impedire l’insorgenza della malattia. Il cittadino sano è il destinatario primario di questo impegno, non solo il malato che accede alle cure. Promuovere salute significa anche ridurre la domanda inappropriata di assistenza e alleggerire strutturalmente il carico sul sistema, rendendo la prevenzione non un costo aggiuntivo ma un investimento ad alto rendimento sanitario e sociale.

Il concetto di **valore**, ovvero la capacità di produrre salute per il cittadino in rapporto alle risorse impiegate, è il criterio che orienta ogni decisione del riordino. Non si tratta di un principio economicistico, ma un criterio clinico, organizzativo ed etico. Significa mantenere e potenziare ciò che produce salute, e riorganizzare o abbandonare ciò che non genera più valore rispetto alle risorse che assorbe.

La **sostenibilità** economica e organizzativa non è un obiettivo in sé, ma è la condizione senza la quale tutto il resto diventa inapplicabile. La via per la sostenibilità passa attraverso la riallocazione interna e il recupero di efficienza, non attraverso la privatizzazione o il ridimensionamento del perimetro pubblico. Mantenere il sistema pubblico in equilibrio è una scelta strategica ed il modo più efficace per contrastare le spinte verso la sua erosione. Lo sviluppo si finanzia cambiando il modo in cui usiamo ciò che già abbiamo, attraverso quattro leve: riallocazione interna ed efficientamento dell’organizzazione, mutui per investimenti infrastrutturali e tecnologici, fundraising, ricerca competitiva e partecipazione a bandi.

L’**equità** si declina lungo più assi, quali le condizioni socio-economiche, il genere, l’età, il luogo di residenza. Un cittadino che abita in un comune montano non deve ricevere cure di qualità inferiori rispetto a chi vive nel capoluogo. Chi appartiene a una minoranza linguistica o a una categoria fragile non deve incontrare ostacoli aggiuntivi. Affermare valori senza garantirne l’esigibilità equivale a svuotarli di significato: il riordino assume l’esigibilità come dimensione costitutiva, non come aspirazione.

Il riordino adotta la prospettiva di un **sistema sanitario provinciale integrato** tra AUSL, AOU, Ospedale di Sassuolo S.p.A., Università di Modena e Reggio Emilia, Enti locali, Comitati Consultivi Misti (CCM). Questi soggetti generano valore aggiunto solo se progettano e operano in modo coordinato. La frammentazione istituzionale è una fonte strutturale di inefficienza e di disomogeneità nell’accesso. Ciò

non significa confondere ruoli e responsabilità, ma costruire una cornice in cui i diversi soggetti concorrono a obiettivi condivisi con ruoli definiti e complementari.

Infine, il riordino opera lungo un asse che non ammette semplificazioni: **prossimità per la gestione della cronicità e della fragilità, concentrazione per le acuzie complesse e le procedure ad alto rischio**. L'evidenza scientifica sul rapporto tra volumi di attività ed esiti clinici impone la concentrazione delle procedure ad alta complessità in centri con casistica sufficiente. Al tempo stesso, la cronicità e la fragilità richiedono servizi diffusi e accessibili. L'architettura hub and spoke rende esplicito questo disegno, in quanto nessuna struttura chiude, ma le funzioni si ridistribuiscono secondo criteri di sicurezza, qualità e accessibilità.

4. La visione: dove vogliamo arrivare

Il sistema sanitario provinciale di Modena tra dieci anni deve essere più equo, più efficiente e più capace di rispondere ai bisogni reali della popolazione. Non un sistema perfetto, ma un sistema che abbia fatto le scelte che oggi sono necessarie e che le abbia fatte con trasparenza, metodo e coraggio.

Con la **rimodulazione dell'offerta sanitaria** viene garantita maggiore prossimità ed equità, si riducono le duplicazioni che non generano valore, vengono ridefinite le funzioni degli ospedali e dei servizi territoriali. Il principio di fondo è che nessuna struttura verrà chiusa: ciò che cambia è la distribuzione interna delle funzioni. Ogni presidio deve avere una vocazione riconoscibile, costruita su una casistica ben definita, sulle competenze disponibili e sulle esigenze del territorio. Occorre superare la logica del "tutto ovunque", separando i percorsi urgenti da quelli programmati e concentrando le casistiche complesse dove i volumi garantiscono sicurezza ed esiti migliori. In ambito chirurgico, questo si traduce in modelli di produzione dedicata (focused factory), in cui i presidi spoke possono diventare hub per la bassa complessità ad alti volumi, e in liste di attesa uniche provinciali che garantiscono al cittadino equità di accesso, trasparenza nella scelta e riduzione dei tempi di attesa. Sul versante territoriale, la rete si completa con il rafforzamento delle Case della Comunità, degli Ospedali di Comunità, degli ambulatori dedicati e delle forme organizzative previste dal DM 77/2022 e dall'AIR.

Una quota rilevante delle prestazioni specialistiche e diagnostiche prescritte (stimata tra il 20% e il 40%) non trova una giustificazione clinica adeguata secondo i criteri consolidati. Il riordino si orienta verso la **promozione dei consumi appropriati** e prevede strumenti di monitoraggio e governo della prescrizione, cruscotti per la stratificazione della popolazione e iniziative strutturate di appropriatezza in collaborazione con i medici di medicina generale. I primi risultati dell'accordo locale modenese sull'appropriatezza prescrittiva, pienamente coerente con l'AIR, sono incoraggianti: riduzione significativa dei tempi mediani di attesa per le prestazioni con priorità D nelle prime specialità coinvolte.

Si ritiene essenziale inoltre procedere verso il **rinnovamento dei processi di cura**. Il riordino territoriale e quello ospedaliero devono procedere in modo sinergico e coordinato, non come due percorsi separati. In tale prospettiva, le reti cliniche rappresentano lo strumento organizzativo fondamentale per garantire l'integrazione tra i diversi setting assistenziali, favorendo la continuità delle cure e una presa in carico appropriata e condivisa. Diventa pertanto necessario sviluppare percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali strutturati, rafforzare l'integrazione effettiva tra ospedale e territorio e

promuovere una gestione attiva e proattiva della cronicità e della fragilità, in un'ottica di rete e di prossimità. L'ammodernamento include la digitalizzazione, la telemedicina, il monitoraggio remoto: leve strutturali per aumentare la prossimità e abbattere i costi delle attività a basso valore aggiunto.

Investire in cultura e ricerca rappresenta, pertanto, una leva strategica imprescindibile per lo sviluppo del sistema. Il contesto modenese possiede le potenzialità per affermarsi come riferimento a livello nazionale e internazionale in ambiti selezionati ad alto valore aggiunto. Il raggiungimento di tale posizionamento richiede una chiara focalizzazione sulle aree prioritarie, una forte integrazione con il sistema universitario, il consolidamento della Data Unit provinciale e la diffusione di modelli decisionali fondati sull'utilizzo sistematico dei dati. In questa prospettiva, la selezione delle priorità non costituisce una rinuncia, ma un atto strategico volto a orientare in modo efficace risorse e competenze.

Il **capitale umano** rappresenta il fondamento del sistema sanitario, in quanto la qualità dei servizi è strettamente legata alle persone che vi operano. Attrarre, motivare e trattenere i professionisti costituisce una condizione imprescindibile per il successo di qualsiasi processo di riordino organizzativo. Ciò implica investimenti mirati in formazione, sviluppo di percorsi di carriera, valorizzazione delle competenze, autonomia professionale, welfare aziendale e qualità dell'ambiente di lavoro. In tale quadro, l'evoluzione del ruolo infermieristico verso funzioni avanzate si configura come elemento strategico e parte integrante di questo percorso di sviluppo.

Queste cinque traiettorie non sono un programma astratto. Si traducono in cambiamenti concreti nell'esperienza quotidiana di chi si rivolge al servizio sanitario provinciale.

5. Cosa cambierà per i cittadini

Il senso ultimo di questo riordino è migliorare in modo concreto e percepibile l'esperienza di cura dei cittadini, rafforzando la qualità, l'accessibilità e l'equità del sistema sanitario provinciale. Il patto con la comunità si traduce in impegni chiari e verificabili, orientati a garantire risposte appropriate, tempestive e omogenee su tutto il territorio.

Accesso più semplice e guidato. L'obiettivo è superare la frammentazione attuale, facilitando l'orientamento dei cittadini attraverso modalità di accesso più chiare, integrate e riconoscibili. Ciò implica lo sviluppo di strumenti dedicati (anche digitali e telefonici, come numeri unici di riferimento) in grado di intercettare il bisogno, indirizzarlo correttamente e renderlo tracciabile lungo tutto il percorso assistenziale. Un sistema di accesso strutturato consente di ridurre gli accessi impropri, migliorare l'efficienza complessiva e garantire che ogni cittadino venga accompagnato verso il setting socio-sanitario più appropriato.

Tempi di risposta migliori per le urgenze reali. Il riordino prevede una più chiara distinzione tra attività urgenti e attività programmate, favorendo la concentrazione delle competenze e delle risorse nei contesti più adeguati. Questo consente di migliorare la capacità del sistema di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle urgenze reali, di ridurre i tempi di attesa e aumentare la sicurezza delle prestazioni.

Presenza in carico di prossimità per la cronicità. Per i cittadini affetti da patologie croniche o condizioni di fragilità, il modello organizzativo si orienta verso una presenza in carico continuativa e di prossimità,

cercando di ridurre la necessità di ricorrere all'ospedale. Le Case della Comunità, le cure domiciliari, l'infermieristica di comunità e gli Ospedali di Comunità diventano i punti di riferimento per percorsi strutturati, personalizzati e integrati. Questo approccio consente di migliorare la qualità della vita dei pazienti, garantendo continuità assistenziale e prevenendo aggravamenti evitabili.

Meno duplicazioni, più qualità. La razionalizzazione dell'offerta prevede la concentrazione delle attività ad alta complessità in centri dotati di adeguati volumi e competenze, al fine di garantire standard elevati di qualità e sicurezza. Questo non rappresenta una riduzione dell'offerta, ma un miglioramento della sua efficacia, evitando duplicazioni non necessarie e ottimizzando l'utilizzo delle risorse. La centralizzazione delle procedure più complesse si affianca a una diffusione capillare delle prestazioni a minore complessità sul territorio.

Risposte più omogenee su tutto il territorio. Uno degli obiettivi fondamentali del riordino è garantire equità di accesso e uniformità dei livelli di assistenza, indipendentemente dal luogo di residenza. Vivere a Pavullo, a Mirandola o a Modena non deve comportare differenze nella qualità ed esiti delle cure ricevute. Attraverso modelli organizzativi condivisi, reti cliniche integrate e standard omogenei, il sistema mira a ridurre le disuguaglianze territoriali e a garantire a tutti i cittadini pari opportunità di accesso a servizi efficaci e appropriati.

PARTE B — Come lo facciamo

6. Il percorso: governance, metodo e organizzazione dei lavori

Il riordino richiede una governance chiara, tempi definiti e un metodo che consenta di passare dalle idee ai fatti, mantenendo la coerenza con i principi e la visione di insieme descritti nel mandato della Parte A.

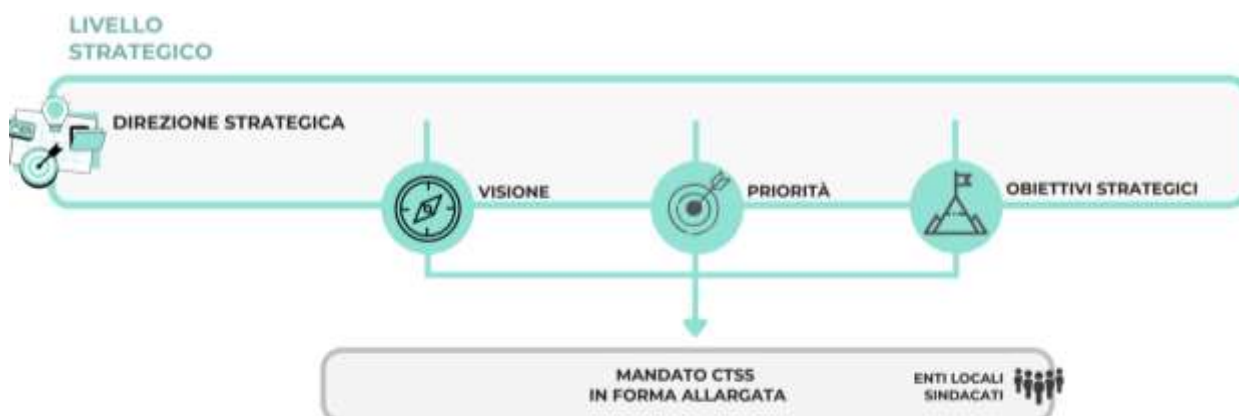
Il percorso si articola in quattro livelli sequenziali e interconnessi:

1. **livello strategico:** definire gli obiettivi strategici generali, creando le condizioni di conoscenza, condivisione e indirizzo per l'avvio della progettazione.
2. **livello progettuale:** tradurre gli obiettivi strategici in obiettivi progettuali, attraverso il lavoro di gruppi progettuali che elaborano scenari progettuali.
3. **livello operativo:** attuare le progettualità approvate dalla Direzione Strategica e dalla CTSS, definendo gli obiettivi operativi.
4. **livello di monitoraggio:** verificare lo stato di avanzamento dell'implementazione, individuare criticità e supportare eventuali revisioni in ottica audit & feedback.

Le sezioni che seguono dettagliano ciascuna fase. Le modalità attuative (Fase III) e il sistema di monitoraggio strutturato (Fase IV) saranno definiti nel dettaglio a conclusione della Fase II.



6.1 Fase I – Livello strategico



Si tratta della fase preliminare del percorso, finalizzata alla costruzione delle condizioni di conoscenza, condivisione e mandato necessarie all'avvio della progettazione.

In tale ambito, le tre Aziende hanno fatto riferimento all'analisi integrata dei dati demografici, epidemiologici, agli indici di consumo e all'offerta di servizi, quale riferimento comune per la definizione delle proposte di obiettivi strategici.

Tra novembre 2025 e marzo 2026 sono state definite le macro-direttrici strategiche del riordino ed è stato acquisito il relativo mandato politico-istituzionale da parte della CTSS. Questa fase ha consentito di consolidare una visione complessiva e condivisa del percorso di riordino, individuando le priorità di intervento e gli obiettivi strategici di riferimento.

Più in dettaglio, si sono svolte diverse **sessioni di think tank** all'interno delle Direzioni Strategiche, finalizzate alla definizione delle ipotesi di riorganizzazione dei servizi e dei modelli organizzativi. Parallelamente, è stato avviato un primo confronto sulle principali macro-direttrici con sindaci, professionisti, Comitati Consultivi Interaziendali e organizzazioni sindacali, contribuendo a costruire una **visione condivisa e partecipata del processo**. Un passaggio rilevante è stato il conferimento del **mandato formale da parte della CTSS allargata anche alle Parti Sociali**, avvenuto il 26 febbraio 2026, che ha consolidato la legittimazione istituzionale del percorso. In questa fase è stata inoltre condotta

una ricognizione approfondita del territorio, con particolare attenzione al contesto demografico, epidemiologico e all'attuale offerta di servizi.

In parallelo, i gruppi di lavoro delle Direzioni Strategiche hanno avviato attività di raccolta e analisi dei dati, fondamentali per supportare le scelte successive con evidenze solide. Sul piano operativo, sono stati avviati già dal secondo semestre 2025, alcuni progetti considerati prioritari e urgenti, tra cui il **Progetto Montagna** e il **riordino del sistema dell'emergenza-urgenza territoriale**.

Infine, è stato costruito un sistema strutturato e continuativo di **confronto con la politica territoriale e gli enti locali**, che ha contribuito non solo a rafforzare il dialogo istituzionale, ma anche a consolidare progressivamente un rapporto di fiducia con il territorio.

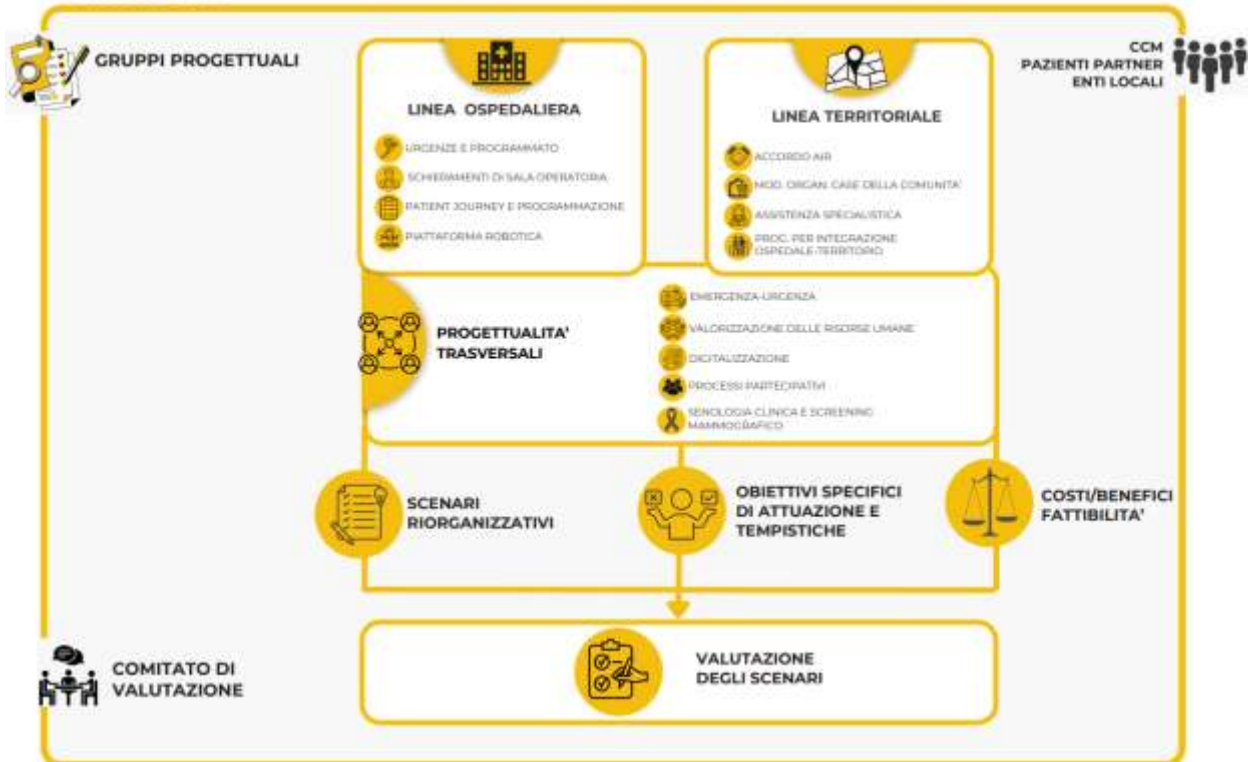
In sintesi, il percorso si è articolato su tre livelli di responsabilità:

- **Committenza.** CTSS allargata e Direzioni Generali di AUSL, AOU e Ospedale di Sassuolo S.p.A. È il livello che conferisce il mandato, approva le scelte strategiche e ne risponde verso la comunità e le istituzioni regionali.
- **Direzioni Strategiche.** Direttori Generali, Sanitari, Assistenziali e Socio-Sanitario. Definiscono le priorità, validano i mandati dei gruppi progettuali, approvano le proposte operative e garantiscono la coerenza complessiva del percorso.
- **Supervisione del riordino.** Direttori Sanitari di AOU, AUSL e Ospedale di Sassuolo S.p.A. Garantiscono la coerenza clinica e organizzativa delle proposte dei gruppi progettuali ospedalieri e territoriali con la visione strategica.

6.2 Fase II – Livello progettuale

È la fase in cui le macro-direttrici strategiche vengono tradotte in proposte operative attraverso il lavoro di gruppi progettuali multiprofessionali e dei gruppi progettuali trasversali.

LIVELLO
PROGETTUALE



6.2.1 Articolazione del lavoro progettuale

Il processo di definizione e validazione dei progetti di riordino si articola nelle seguenti fasi:

- A. *Definizione degli scenari progettuali*
- B. *Analisi e sviluppo della fattibilità*
- C. *Validazione strategica*

A. Definizione degli scenari progettuali

In allegato sono elencati i gruppi progettuali con i relativi mandati che ne definiscono obiettivi, perimetro di lavoro.

Il mandato è vincolante: i gruppi operano entro i confini stabiliti, formulando proposte operative e non semplici raccomandazioni generiche. In coerenza con gli obiettivi ricevuti, ogni gruppo potrà integrare e declinare obiettivi specifici in relazione alle esigenze emerse e agli ambiti di intervento individuati.

Tutti i gruppi sono tenuti a operare in stretta integrazione, garantendo la condivisione sistematica delle informazioni e degli esiti. In particolare, deve essere assicurato un raccordo strutturato e continuativo con le progettualità trasversali soprattutto per il gruppo dell’Emergenza-Urgenza, il sottogruppo degli Schieramenti (ospedalieri e territoriali) e il sottogruppo Telemedicina.

Composizione

Ogni tavolo è multiprofessionale e interaziendale. La struttura tipo prevede un coordinamento organizzativo (Direzioni coinvolte), un coordinamento clinico-professionale (professionista di riferimento per la disciplina), componenti professionali delle diverse sedi e aziende. Ove indicato nelle schede specifiche, possono aggiungersi medici di medicina generale, pazienti “partner”, rappresentanti del Comitato Consultivo Interaziendale (CCI), degli Enti Locali (nominati dalla CTSS) e dell’Università (nominati dalla Rettrice), al fine di garantire un approccio orientato ai bisogni della comunità. I coordinatori sono dettagliati nelle schede dei gruppi riportate in allegato.

Funzionamento

I gruppi si riuniscono con cadenza regolare definita dal Coordinatore organizzativo. Ogni seduta produce un verbale sintetico. È possibile attivare sottogruppi tematici per approfondimenti specifici. Per necessità metodologiche o analisi dei dati, i coordinatori possono avvalersi della collaborazione sistematica di tali Servizi aziendali Governo Clinico, Data Unit, Controllo di Gestione, Servizio comunicazione.

Output atteso

Ogni gruppo produce, entro i termini stabiliti:

- Una proposta operativa con indicazione delle scelte e delle alternative considerate (scenari progettuali).
- Un’analisi di fattibilità (risorse necessarie, vincoli, rischi).

- Un cronoprogramma di attuazione con indicazione di responsabilità, tempi e indicatori di monitoraggio.

B. Analisi e Sviluppo della Fattibilità

Le proposte elaborate sono sottoposte periodicamente a una verifica tecnica multidisciplinare per garantirne la sostenibilità finanziaria e operativa. A tale scopo è istituito il **Gruppo di analisi e sviluppo della fattibilità**, composto da referenti dei Servizi in Staff alle Direzioni Generale, Sanitaria, Assistenziali e Amministrative delle tre Aziende, con particolare riferimento al Servizio di Information & communication technology - ICT (AUSL), Servizio Tecnologie delle Informazioni – STI (AOU), Sistemi Informativi – SIA (Ospedale di Sassuolo S.p.A.), Servizio Unico Ingegneria Clinica (SUIC), Data Unit, Controllo di Gestione (AUSL, AOU, Ospedale di Sassuolo S.p.A.), Servizi Comunicazione (AUSL, AOU, Ospedale di Sassuolo S.p.A.), nonché dai due referenti del riordino.

Attivati dalle Direzioni Strategiche, il Gruppo opera attraverso l'analisi periodica dei verbali e degli esiti intermedi. Tale attività permette di predisporre valutazioni puntuali, assicurando che le proposte finali siano concretamente realizzabili e coerenti con le integrazioni infrastrutturali e organizzative necessarie. Questo processo è propedeutico all'assunzione di decisioni consapevoli da parte della Direzione Strategica.

C. Validazione proposte progettuali

Al fine di garantire una valutazione strutturata, trasparente e coerente con gli indirizzi strategici, è prevista la costituzione di un **Comitato di Valutazione** incaricato di esaminare tutti gli scenari elaborati dai gruppi progettuali e già istruiti dal Gruppo di analisi e sviluppo della fattibilità.

Il Comitato è composto dalle Direzioni Strategiche e può essere integrato, ove necessario, da esperti esterni individuati in relazione agli ambiti oggetto di analisi, con il compito di assicurare un contributo qualificato nella valutazione delle proposte.

L'attività del Comitato si concentra sulla validazione dei progetti secondo tre direttrici fondamentali:

- **Coerenza Strategica:** verifica dell'allineamento con gli obiettivi di mandato, la visione di sistema e la programmazione regionale.
- **Sostenibilità:** analisi degli assetti organizzativi ed economici per garantire la tenuta del modello nel tempo.
- **Impatto:** misurazione dei benefici attesi in termini di qualità dei servizi, efficacia clinica ed equità di accesso per i cittadini.

A conclusione del processo di valutazione, gli scenari validati dal Comitato vengono trasmessi alla **CTSS, con inclusione delle parti sociali**, per la condivisione e la validazione istituzionale finale. Tale passaggio rappresenta il momento conclusivo del percorso decisionale (Fase II) e consente l'avvio della successiva fase, ovvero fase III livello operativo, per l'effettiva implementazione e messa a terra dei progetti.

6.2.1 Le linee progettuali e i gruppi di lavoro

Il livello progettuale si articola su due linee concomitanti (ospedaliera e territoriale) ciascuna con un proprio referente, un supporto metodologico e un gruppo direzionale di coordinamento.

LINEA OSPEDALIERA	
Referente	Giulia Ciana (AUSL)
Gruppo Direzionale di Coordinamento	Giorgia Adani* (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.), Lucia Pederzini* (AUSL), Maurizio Pocaforza* (AOU), Antonietta Fasone (AUSL), Maria Cristina Tarantino (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.), Alessandro Badiali (AUSL), Annarita Garzia (AOU), Sara Scanavini (AOU), Annamaria Ferraresi (AUSL), Andrea Spanò (AUSL), Federica Ronchetti (AUSL) <i>*supporto metodologico</i>

Linea Ospedaliera

Referente. Recepisce obiettivi di mandato e scadenze dalla Direzione Strategica; garantisce il rispetto dei tempi previsti; rendiconta periodicamente alla Direzione Strategica.

Supporto metodologico. Supportano metodologicamente la referente nella gestione operativa dei gruppi progettuali, nella raccolta e sintesi delle proposte, nel rispetto dei tempi.

Gruppo direzionale di coordinamento. Effettuano un'analisi strutturata dell'assetto organizzativo attuale, al fine di evidenziarne punti di forza, criticità e ambiti di miglioramento; definiscono e sviluppano scenari di riordino organizzativo, coerenti con gli indirizzi strategici aziendali e regionali, orientati al miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e dell'integrazione dei servizi.

Coordinamento organizzativo. Ad ogni gruppo progettuale sono stati assegnati il/i coordinatori organizzativi, i quali sono i responsabili del raggiungimento degli obiettivi di mandato del gruppo nei tempi previsti, convocano il gruppo di lavoro e mantengono la coerenza degli obiettivi assegnati all'interno della discussione del gruppo progettuale.

Coordinamento clinico/professionale. Ad ogni gruppo progettuale sono stati assegnati il/i coordinatori clinici, i quali valutano la coerenza clinico-organizzativa degli scenari ipotizzati e garantiscono l'allineamento alle evidenze scientifiche disponibili e ai principi di evidence-based practice.

N.	Gruppo Progettuale	Coordinatore Clinico/Professionale	Coordinatore Organizzativo
H1	Anestesia e Rianimazione	L. De Pietri (AOU)	G. Ciancia (AUSL), M. Pocaforza (AOU)
H2	Chirurgia Generale	S. Neri (AUSL- Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)	G. Ciancia (AUSL), M. Pocaforza (AOU), R. Mazzoli (AUSL)
H3	Ortopedia	F. Catani (AOU)	L. Pederzini (AUSL), G. Adani (NOS), A. Lombardi (AOU)
H4	Oculistica	E. Martini (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)	S. Reggiani (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.), L. Cavazzuti (AUSL), A. Poggi (AOU)
H5	Otorino	D. Marchioni (AOU)	M. Fasone (AUSL), S. Scanavini (AOU), G. Adani (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)
H6	Robotica	individuato in funzione delle discipline coinvolte	M. Pocaforza (AOU)
H7	Radiologia	S. Colopi (AOU)	G. Ciancia (AUSL), M. Martella (AOU), G. Adani (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)
H8	Cardiologia	S. Cappelli (AUSL), C. Ratti (AUSL), G. Boriani (AOU), M. Zennaro (AOU), E. Bagni (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)	A. Callegaro (AOU), G. Licitra (AUSL), G. Ciancia (AUSL), R. Barbieri (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)
H9	Radioterapia	A. Bruni (AOU)	A. Manduchi (AUSL), E. Casali (AOU), G. Licitra (AUSL)
H10	Odontoiatria	U. Consolo (AOU), P. Di Michele (AUSL)	F. Perrone (AUSL), P. Monaci (AUSL), A. Spanò (AUSL)
H11	Endoscopia digestiva	M. Manno (AUSL) I fase; Ref. AOU II fase + M. Manno (AUSL)	S. Ascari (AUSL), F. Marani (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.), F. Torcasio (II fase)
H11B	Epatopatie e screening HCV	D. Romagnoli (AOU), A. Colecchia (AOU)	S. Ascari (AUSL), R. Barbieri (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.), F. Torcasio (AOU)
H12	Urologia	F. Manferrari (AUSL)	M. D'Angelo (AUSL), M. Fasano (AOU), G. Adani (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)
H13	Pneumologia	E. Clini (AOU), A. Andreani (AUSL), E. Turrini (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)	F. Torcasio (AOU), P. Verzelloni (AUSL), R. Mazzoli (AUSL), R. Barbieri (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)
H14	Centrale di Sterilizzazione	A. Bulgarelli (AUSL), F. Barani (AUSL), A. Cestari (AUSL), A. Baglio (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.)	G. Adani (Ospedale Di Sassuolo S.p.A.), S. Zivieri (AOU)
H15	UFA farmaci antitumorali	F. Gandolfi (AUSL)	A. Manduchi (AUSL), E. Casali (AOU)

LINEA TERRITORIALE	
Referente	Fabia Franchi (AUSL)
Gruppo direzionale di coordinamento	Stefania Ascari, Massimo Brunetti, Lucia Cavazzuti, Matteo D'Angelo, Annamaria Ferraresi, Anna Franzelli, Matteo Lauriola*, Cristina Maccaferri, Cinzia Minozzi, Marcella Nicolini, Pantaleo Orlando, Jlenia Reghizzi*, Federica Ronchetti, Chiara Salvia*, Andrea Spanò, Massimo Zucchini <i>*<u>supporto metodologico</u></i>

Linea Territoriale

Referente. Recepisce obiettivi di mandato e scadenze dalla Direzione Strategica; garantisce il rispetto dei tempi previsti; rendiconta periodicamente alla Direzione Strategica.

Supporto metodologico. Supportano metodologicamente la referente nella gestione operativa dei gruppi progettuali, nella raccolta e sintesi delle proposte, nel rispetto dei tempi.

Gruppo direzionale di coordinamento. Garantisce equità e omogeneità dei percorsi nei territori; presidia la coerenza dei lavori con i contesti di competenza e ne assicura la corretta declinazione territoriale attraverso i team di area.

Coordinamento organizzativo. Ad ogni gruppo progettuale sono stati assegnati il/i coordinatori organizzativi, i quali sono i responsabili del raggiungimento degli obiettivi specifici del gruppo nei tempi previsti, convocano il gruppo di lavoro e mantengono la coerenza degli obiettivi assegnati all'interno della discussione del gruppo progettuale.

Coordinamento clinico/professionale. Ad ogni gruppo progettuale sono stati assegnati il/i coordinatori tecnici esperti, i quali valutano la coerenza clinico-organizzativa degli scenari ipotizzati e garantiscono allineamento alle evidenze scientifiche disponibili e ai principi di evidence-based practice.

N.	Gruppo Progettuale	Coordinatore Clinico/Professionale	Coordinatore Organizzativo
T1	Accordo AIR	V. Torchia, G. Renzulli	R. Bacchi, A. Franzelli, F. Franchi
T2	Modello organizzativo CdC e AFT	S. Ascari, I. Ghelfi, A. Reggiani	A. Franzelli, C. Salvia
T3	COT e PUA	R. Di Feo, C. Pellicciari, S. Ascari	M. Zucchini, A. Garzia
T4	Posti letto (OsCo e CRA)	P. Guiducci, S. Ascari, I. Cacciapuoti	M. Zucchini, A. Garzia
T5	Hospice e cure palliative adulti	G. Longo, P. Vacondio	A. Manduchi, M. Lauriola, E. Casali
T6	Cure domiciliari e inf. di comunità	F. Franchi, A. Ferraresi, M. Brunetti	E. Salvo, E. Barani
T7	Percorsi di assistenza specialistica per la gestione della cronicità	S. Ascari, P. Artoni, L. Cavazzuti	I. Cacciapuoti
T8	Psicologia	F. Ronchetti, D. Marrama, D. Spettoli	G. Pifferi, M. Lauriola
T9	Salute Mentale e Dip. Patologiche	D. Marrama, G. Pirani, C. Gabrielli	M. Lauriola, M. Nicolini

N.	Gruppo Progettuale	Coordinatore Clinico/Professionale	Coordinatore Organizzativo
T10	Prevenzione e promozione della salute	M. Brunetti, A. Fantuzzi	C. Salvia
T11	Oncologia di prossimità	G. Longo (AOU), M. Luppi (AOU), M. Dominici (AOU), C. Mucciarini (AUSL), L. Longo (AUSL)	F. Franchi, A. Manduchi, E. Casali
T12	Progetto montagna	A. Franzelli, M. Iannacci, M. Baraldi	M. Brunetti
T13	Prescrizione Sociale	G. Garzetta, E. Bergonzini	M. Zucchini

I gruppi progettuali sono inoltre affiancati da cinque **progettualità trasversali**, caratterizzate da un coinvolgimento sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale. Tale natura trasversale ne ha reso opportuna una collocazione distinta rispetto ai due ambiti principali, in considerazione del potenziale impatto su entrambi i contesti operativi.

Le progettualità trasversali individuate sono:

1. Emergenza-Urgenza
2. Valorizzazione Risorse Umane
3. Digitalizzazione
4. Processi partecipativi
5. Senologia clinica e screening mammografico

Ogni progettualità prevede almeno un coordinatore tecnico/professionale, almeno un coordinamento organizzativo e gli obiettivi di mandato, come previsto per i gruppi progettuali.

N.	Gruppo Progettuale	Coordinatore Clinico/Professionale	Coordinatore Organizzativo
TR1.	Emergenza-Urgenza	G. Bandiera (AOU/AUSL)	G. Licitra (AUSL)
TR2.	Valorizzazione Risorse Umane	M. Vitone (AUSL/AOU), G. Adani (Ospedale di Sassuolo S.P.A.), MC. Tarantino (Ospedale di Sassuolo S.P.A.), A. Garzia (AOU)	M. Mantovani (AUSL), M. Lauriola (AUSL), F. Galardi (AUSL)
TR3.	Digitalizzazione	E. Cocchi (AUSL/AOU), S. Viani (AUSL), M. Lugli (AOU), S. Sighinolfi (Ospedale di Sassuolo S.P.A.)	S. Di Tella (AOU), E. Barani (AUSL), G. Andreoli (AUSL), M. Marino (AOU)
TR4.	Processi partecipativi	M. Zucchini (AUSL), M. Guerzoni (AUSL)	C. Salvia (AUSL), S. Aurighi
TR5.	Senologia clinica e screening mammografico	R. Battista (AUSL)	L. Pederzini (AUSL), P. Monaci (AOU)

6.2.2 Il percorso partecipativo

Il modello del riordino dell'offerta sanitaria della Provincia di Modena è stato presentato e condiviso con i principali stakeholder: componenti del Tavolo di Coordinamento dei CCM di AUSL e AOU della Provincia di Modena (CCI), parti sociali, rappresentanti tecnici degli Enti Locali, associazioni dei pazienti (anche al di fuori dei CCM) ed enti del Terzo Settore.

Gli incontri hanno diverse finalità:

- favorire una diffusione capillare dei contenuti del riordino in raccordo con i Direttori di Distretto;

- promuovere il coinvolgimento attivo dei cittadini nel percorso progettuale;
- garantire un'informazione periodica sullo stato di avanzamento dei lavori;
- accompagnare le diverse fasi del processo e supportarne la disseminazione.

Per assicurare un approccio realmente orientato ai bisogni della comunità, i gruppi progettuali sono stati costituiti in forma multiprofessionale e multi-stakeholder, con la partecipazione di professionisti aziendali, medici di medicina generale, rappresentanti del CCI, pazienti “partner”, Enti Locali (nominati dalla CTSS) e Università (nominata dalla Rettrice).

Le progettualità sviluppate costituiranno la base per una successiva restituzione e condivisione in sede di CTSS, finalizzata alla validazione e al progressivo avvio della fase operativa. È inoltre garantito un confronto periodico con le parti sociali lungo tutto il percorso.

6.3 Fase III – Livello operativo



Si tratta della fase di implementazione delle decisioni approvate dalla Direzione Strategica e dalla CTSS, nella quale vengono definiti in modo puntuale tempi, responsabilità, risorse e indicatori per ciascun intervento. In questa fase, le proposte elaborate dai gruppi progettuali vengono tradotte in atti aziendali formali, delibere, protocolli operativi e piani di implementazione, rendendo operative le scelte strategiche.

Un ruolo centrale è svolto dai team di area, che costituiscono il fulcro della fase operativa: a essi è affidata la definizione degli obiettivi di implementazione, nonché il coordinamento e il monitoraggio delle attività svolte dai gruppi operativi incaricati della realizzazione concreta degli interventi. I team di area garantiscono coerenza, integrazione e avanzamento del processo, assicurando un costante allineamento tra indirizzi strategici e attuazione sul campo.

L'attuazione avviene in modo graduale e accompagnato, con particolare attenzione sia al coinvolgimento e alla comunicazione verso i professionisti, sia alla trasparenza nei confronti dei cittadini, al fine di favorire comprensione, adesione e partecipazione al percorso di cambiamento.

Questa fase sarà descritta nel dettaglio a conclusione della Fase II.

6.4 Fase IV – Livello di monitoraggio



Il monitoraggio del percorso di riordino si articola su tre livelli. Il primo è il monitoraggio di avanzamento: i referenti della Gestione Operativa dei due binari producono una reportistica periodica sullo stato di avanzamento di ciascun tavolo rispetto ai tempi e agli output previsti. Il secondo è il monitoraggio di risultato: per ogni intervento attuato vengono definiti indicatori di processo e di esito, condivisi con la Data Unit e il Controllo di Gestione. Il terzo è la revisione strategica: con cadenza semestrale, la Direzione Strategica riesamina l'insieme delle scelte alla luce dei risultati ottenuti, delle eventuali difficoltà di attuazione e dei cambiamenti di contesto, e decide se confermare, modificare o sospendere singoli interventi.

La reportistica di monitoraggio viene condivisa con la CTSS e, nelle forme appropriate, con i professionisti e la comunità.

ALLEGATO - Schede gruppi progettuali

Linea Ospedaliera

H1. Anestesia e Rianimazione	
Coordinatore Clinico/Professionale	L. De Pietri (AOU)
C. Organizzativo	G. Ciancia (AUSL), M. Pocaforza (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none">1. Valorizzare le risorse professionali e competenze (circolarità personale).2. Garantire il contributo tecnico-professionale al riordino (separazione percorsi urgenti-programmati, vocazione chirurgica, volumi minimi chirurgia oncologica).3. Rafforzare i rapporti e collaborazione con altri dipartimenti.4. Definire adeguati livelli sicurezza presidi distrettuali (dotazioni personale, dotazioni tecnologiche, percorsi emergenza intra-ospedalieri, ...).5. Definire i nuovi modelli di utilizzo delle risorse (un anestesista, una sala).6. Rivalutare i percorsi di centralizzazione e riperiferizzazione dei pazienti critici (terapia intensiva, semi-intensiva e degenza ordinaria)7. Predisporre un'analisi sulla potenzialità provinciale delle piattaforme operatorie.8. Predisporre un'analisi sulla produttività reale con i delta.9. Promuovere la valorizzazione dell'approccio per area (nord, centro, sud).

H2. Chirurgia Generale	
C. Clinico/Professionale	S. Neri (AUSL-NOS)
C. Organizzativo	G. Ciancia (AUSL), M. Pocaforza (AOU), R. Mazzoli (AUSL)

Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizzare le risorse professionali e competenze (circolarità personale). 2. Garantire il contributo tecnico-professionale al riordino (separazione percorsi urgenti-programmati, vocazione chirurgica, volumi minimi chirurgia oncologica). 3. Predisporre un'analisi sulla potenzialità provinciale delle piattaforme operatorie in ottica anche di Focus factories e di liste uniche provinciali 4. Predisporre un'analisi sulla produttività reale e teorico con i delta. 5. Promuovere la valorizzazione dell'approccio per area (nord, centro, sud). 6. Gestire le interferenze e le interdipendenze delle progettualità. 7. Predisporre un'analisi della potenzialità e dell'ottimizzazione delle piattaforme anche per ciò che attiene alla Chirurgia Plastica e Ricostruttiva sulle diverse aree provinciali. <p>Sottogruppo CHIRURGIA SENOLOGICA Coordinatori clinici: E. Palma (AOU), M. Pinelli (AOU), M. Golinelli (AUSL)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre un'analisi e una proposta di riorganizzazione dell'equipe di chirurgia senologica (diagnosi, intervento e successivi followup) 2. Potenziare le attività nell'area nord, in coerenza con gli obiettivi del protocollo di area nord 3. Consolidare le modalità di presa in carico e followup e delle attività assistenziali coerentemente con i criteri di prossimità delle cure 4. Omogeneizzare le procedure specifiche (es. marcatura)
-----------------------------	--

H3. Ortopedia	
C. Clinico/Professionale	F. Catani (AOU)
C. Organizzativo	L. Pederzini (AUSL), G. Adani (NOS), A. Lombardi (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizzare le risorse professionali e competenze (circolarità personale). 2. Garantire il contributo tecnico-professionale (separazione percorsi urgenti-programmati, distretto anatomico/articolare, vocazione chirurgica, piattaforme robotiche). 3. Predisporre un'analisi degli indicatori NSG (intervento entro 48h). 4. Garantire l'autosufficienza DRG 544. 5. Valutare i percorsi riabilitativi post-intervento e di medicina perioperatoria. 6. Promuovere la valorizzazione dell'approccio per area (nord, centro, sud). 7. Gestire le interferenze e le interdipendenze delle progettualità.

H4. Oculistica	
C. Clinico/Professionale	E. Martini (NOS)
C. Organizzativo	S. Reggiani (NOS), L. Cavazzuti (AUSL), A. Poggi (AOU)

Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre un'analisi del modello organizzativo attuale e delle proposte di riorganizzazione in ottica di prossimità e sviluppo di strumenti di telemedicina e utilizzo integrato delle tecnologie. 2. Predisporre un'analisi dei modelli di riferimento per la maculopatia e concentrazione/prossimizzazione della presa in carico dei pazienti sottoposti alle intravitreali 3. Valorizzare le risorse professionali e competenze (circolarità personale). 4. Garantire il contributo tecnico-professionale (vocazione chirurgica) per area. 5. Valutare i percorsi alternativi per i pazienti oggi interessati da accessi diretti ai Ps oculistici provinciali. 6. Garantire sostenibilità Value Based dei percorsi di cura delle maculopatie 7. Valorizzare le competenze dei professionisti coinvolti nei percorsi, anche con il task shifting e appropriatezza professionale.
-----------------------------	---

H5. Otorino	
C. Clinico/Professionale	D. Marchioni (AOU)
C. Organizzativo	M. Fasone (AUSL), S. Scanavini (AOU), G. Adani (NOS)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizzare le risorse professionali e competenze (circolarità personale). 2. Garantire il contributo tecnico-professionale (separazione percorsi urgenti-programmati, vocazione chirurgica, factory/focus factory). 3. Gestire gli alti volumi e la bassa complessità, con particolare attenzione all'ambito pediatrico. 4. Predisporre un'analisi del processo degli impianti e della protesica con miglioramento dell'appropriatezza e corretta integrazione territoriale.

H6. Robotica	
C. Clinico/Professionale	individuato in funzione delle discipline coinvolte
C. Organizzativo	M. Pocaforza (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre un'analisi sulle potenzialità provinciali future delle piattaforme operatorie. 2. Predisporre un'analisi sulla produttività reale con i delta. 3. Definire l'impatto e il monitoraggio dei livelli di appropriatezza in ragione della disciplina, sulla base anche delle indicazioni regionali. 4. Distribuire le tecnologie in raccordo con le vocazioni delle strutture.

H7. Radiologia	
C. Clinico/Professionale	S. Colopi (AOU)
C. Organizzativo	G. Ciancia (AUSL), M. Martella (AOU), G. Adani (NOS)

Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rivalutare l'assetto provinciale sulla base di criteri univoci di analisi dell'attività, attraverso definizione e condivisione di indicatori e dati univoci e confrontabili. 2. Garantire continuità dei servizi, analizzando e gestendo il superamento dei limiti di presenza professionale; analisi fattibilità Radiologia Domiciliare. 3. Ottimizzare la riallocazione delle competenze, anche con il task shifting e appropriatezza professionale. 4. Gestire le pronte disponibilità e standardizzazione dei comportamenti provinciali. 5. Predisporre un'analisi e definire l'uniformità dell'organizzazione della turnistica e della presenza (diurna, diurna festiva, notturna) provinciale e uniformità guardie di Area. 6. Potenziare la telerefertazione, anche attraverso utilizzo di strumentazione portatile. 7. Collaborare all'ottimizzazione e al pieno utilizzo del parco tecnologico provinciale, definendo standard qualitativi minimi per le tecnologie. 8. Rafforzare i rapporti e la collaborazione con altri dipartimenti. 9. Adeguare le procedure (Documento organizzativo funzioni/responsabilità RIS-PACS; documento superamento della dose dopo procedura RI)
-----------------------------	---

H8. Cardiologia	
C. Clinico/Professionale	S. Cappelli (AUSL), C. Ratti (AUSL), G. Boriani (AOU), M. Zennaro (AOU), E. Bagni (NOS)
C. Organizzativo	A. Callegaro (AOU), G. Licitra (AUSL), G. Ciancia (AUSL), R. Barbieri (NOS)

Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. TAVI: definire il percorso provinciale per sostituzione valvolare secondo linee di indirizzo RER (Heart team unico provinciale, con integrazione pubblico-privato, nella lista unica provinciale). 2. Identificare le vocazioni attività/ospedali. 3. Valutare l'attuale modello di offerta, attraverso analisi dei volumi e delle diverse linee di attività erogate (comprensivi di cardiocirurgia e riabilitazione cardiologica) nelle piattaforme della provincia. 4. Rimodulare, a fronte dell'analisi, di coerenza tra sede, l'attività e la complessità. 5. Introdurre dei nuovi strumenti diagnostici (TAC e RM). 6. Verificare la corretta applicazione del PDTA scompenso cardiaco 7. Definire l'appropriatezza prescrittiva specialistica in rapporto ai PDTA regionali (es. scompenso cardiaco) e l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, con attenzione alle indicazioni della Medicina di Genere. 8. Potenziare e mettere a regime il telemonitoraggio territoriale su piattaforma regionale, con il contributo delle equipe ospedaliere e territoriali.
-----------------------------	---

H9. Radioterapia	
C. Clinico/Professionale	A. Bruni (AOU)
C. Organizzativo	A. Manduchi (AUSL), E. Casali (AOU), G. Licitra (AUSL)
Obiettivi di mandato	<p>Ottimizzare i percorsi di presa in carico radioterapica provinciale, in relazione alle diverse tipologie di terapie. Attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analisi tipologie di terapia (fasci esterni e brachi), 2. Ottimizzazione delle tecnologie e capacità di integrazione tra le sedi della rete, 3. Analisi scientifica nuove terapie/tecnologie e sedi di allocazione (prossimità vs concentrazione). 4. Utilizzo, sviluppo e applicazione di sistemi di Artificial Intelligence e/o di automatizzazione nell'ottimizzazione della pianificazione del workflow radioterapico 5. Introduzione e sviluppo di applicativi di telemedicina in radioterapia

H10. Odontoiatria	
C. Clinico/Professionale	U. Consolo (AOU), P. Di Michele (AUSL)
C. Organizzativo	F. Perrone (AUSL), P. Monaci (AOU), A. Spanò (AUSL)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Integrare ed unificare la rete in un modello organizzativo unitario, a garanzia della continuità del servizio. 2. Garantire massima integrazione e rotazione del personale in tutti i punti della rete. 3. Migliorare l'appropriatezza prescrittiva per prestazioni urgenti e brevi. 4. Sviluppare i percorsi integrati ospedale e territorio sulla disabilità. 5. Ottimizzare l'utilizzo della piattaforma di sterilizzazione per «imbustati» a livello provinciale.

H11. Endoscopia digestiva	
C. Clinico/Professionale	M. Manno (AUSL) I fase; Ref. AOU II fase + M. Manno (AUSL)
C. Organizzativo	S. Ascari (AUSL), F. Marani (NOS), F. Torcasio (II fase)

Obiettivi di mandato	Fase I: Costituire la rete AUSL/NOS. Fase II: Concentrare l'ERCP II livello e revisionare l'attività endoscopica, con valutazione anche dei percorsi in urgenza.
-----------------------------	---

H11B. Epatopatie e screening HCV	
C. Clinico/Professionale	D. Romagnoli (AOU), A. Colecchia (AOU)
C. Organizzativo	S. Ascari (AUSL), R. Barbieri (NOS), F. Torcasio (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Redigere e approvare un PDTA interaziendale per le principali epatopatie, con particolare attenzione alla gestione della presa in carico tempestiva dei pazienti nelle fasi iniziali della malattia (coinvolgimento MMG), alla standardizzazione del set minimo di esami alla prima visita e nei controlli, alla definizione dei criteri uniformi per la stratificazione del rischio, alla definizione di criteri espliciti di invio ai vari livelli e definizione degli intervalli e dei contenuti standard per il followup, ecc. 2. Consentire il follow-up delle epatopatie stabili in prossimità del domicilio. 3. Valutare la fattibilità di percorsi di telemedicina (televisita, teleconsulto). 4. Migliorare la copertura dello screening nelle coorti target. 5. Garantire il collegamento rapido dei positivi al percorso di cura.

H12. Urologia	
C. Clinico/Professionale	F. Manferrari (AUSL)
C. Organizzativo	M. D'Angelo (AUSL), M. Fasano (AOU), G. Adani (NOS)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorizzare le risorse professionali (circolarità personale). 2. Gestire in modo integrato la patologia del pavimento pelvico. 3. Garantire il contributo tecnico-professionale (separazione percorsi, vocazione chirurgica, volumi minimi chirurgia oncologica, piattaforme produttive, lista unica provinciale). 4. Predisporre l'analisi dei percorsi di presa in carico, con particolare riferimento al paziente oncologico.

H13. Pneumologia	
C. Clinico/Professionale	E. Clini (AOU), A. Andreani (AUSL), E. Turrini (NOS)
C. Organizzativo	F. Torcasio (AOU), P. Verzelloni (AUSL), R. Mazzoli (AUSL), R. Barbieri (NOS)

Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire i percorsi di presa in carico dei pazienti pneumologici (attività e setting): <ul style="list-style-type: none"> - ambulatorio specialistico territoriale - ambulatori specialistici di 2° livello (incluso OLT/VM) - valutazioni di follow-up a domicilio (es. teleconsulto in casi di OLT/VM selezionati) 2. Individuare e creare percorsi di formazione (es. omogeneità prescrittiva). 3. Rivalutare i percorsi su Apnea Ostruttiva del sonno (OSAS) (es. ipotesi provinciale per service a cui affidare lo screening). 4. Individuare e pianificare la Rete Broncoscopica per attività diagnostico/operative (I-II-III livello). 5. Attivare i percorsi di riabilitazione respiratoria territoriali (ad es. nelle CdS). 6. Individuare e creare i percorsi formativi.
-----------------------------	--

H14. Centrale di sterilizzazione	
C. Clinico/Professionale	A. Bulgarelli (AUSL), F. Barani (AUSL), A. Cestari (AUSL), A. Baglio (NOS)
C. Organizzativo	G. Adani (NOS), S. Zivieri (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Standardizzare i processi. 2. Revisionare il metodo di lavoro. 3. Garantire l'efficienza produttiva.

H15. UFA farmaci antitumorali	
Coord. Tecnico	F. Gandolfi (AUSL)
C. Organizzativo	A. Manduchi (AUSL), E. Casali (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ottimizzare il processo di digitalizzazione del percorso di gestione della terapia farmacologica, dalla prescrizione alla validazione farmaceutica, allestimento, dispensazione e somministrazione. 2. Revisionare il processo di cure (anche in ottica di oncologia di prossimità, gruppo T11). 3. Ottimizzare la produzione. 4. Ottimizzare la gestione logistica in entrata e in uscita. 5. Valutare i processi della funzione ricerca finalizzata al potenziamento del supporto alle UU.OO., con particolare riferimento alla digitalizzazione, gestione integrata e tracciabilità dei materiali e dei campioni sperimentali.

Linea Territoriale

T1. Accordo AIR	
Coord. Tecnico/Professionale	V. Torchia, G. Renzulli
C. Organizzativo	R. Bacchi, A. Franzelli, F. Franchi
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Costituire il comitato aziendale. 2. Costituire e attivare la delegazione trattante di parte pubblica. 3. Procedere con la stesura e presentazione del regolamento AFT. 4. Predisporre interpelli per copertura attività ambulatori AFT. 5. Monitorare l'attuazione dell'Accordo integrativo regionale (AIR). 6. Rinnovare/definire gli accordi aziendali, in applicazione dell'accordo AIR. 7. Impostare un modello collaborativo e di relazione, alla luce degli AIR dei tre settori convenzionali.

T2. Modello organizzativo CdC e AFT	
Coord. Tecnico/Professionale	S. Ascari, I. Ghelfi, A. Reggiani
C. Organizzativo	A. Franzelli, C. Salvia
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Garantire la piena operatività delle CDC nel rispetto del PNRR e DM77, attraverso: <ul style="list-style-type: none"> • la piena integrazione della MMG e della PLS e dei SAI nella rete dei servizi e nelle CDC; • la definizione di un modello organizzativo multiprofessionale, che comprenda tutti i setting assistenziali; • il consolidamento di percorsi presa in carico (cronicità, fragilità, complessità); • la costruzione di un modello di integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali; • il trasferimento di attività di setting ospedalieri, sulla base della complessità, in setting ambulatoriali e di prossimità. • l'individuazione degli strumenti di partecipazione attiva della comunità (es. patti di comunità). 2. Rivalutare la rete delle strutture territoriali, degli standard e dei bacini di utenza ad essi associati, con l'introduzione di strumenti organizzativi e professionali in funzione dei bisogni della popolazione. 3. Definire le funzioni e le responsabilità dei professionisti nelle CDC all'interno della rete dei servizi territoriali (distrettuali e di Area) 4. Rafforzare prevenzione e promozione salute, in raccordo con il gruppo progettuale T10. 5. Valutare impatto e potenzialità dell'attivazione del 116117, in termini di attivazione di percorsi e ottimizzazioni di servizi

T3. COT e PUA	
Coord. Tecnico/Professionale	R. Di Feo, C. Pellicciari, S. Ascari
C. Organizzativo	M. Zucchini, A. Garzia
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedere all'analisi delle modalità organizzative e funzionale COT e PUA e individuazione disomogeneità. 2. Progettare Linee di sviluppo e modelli organizzativi di raccordo COT-PUA-servizi sociali, sociosanitari, sanitari specialistici. 3. Promuovere equità, individuando criteri di accesso e modalità di valutazione preliminare uniformi. 4. Valutare impatto e potenzialità dell'attivazione del 116117, in termini di attivazione di percorsi e ottimizzazioni di servizi

T4. Posti letto (OsCo e CRA)	
Coord. Tecnico/Professionale	P. Guiducci, S. Ascari, I. Cacciapuoti
C. Organizzativo	M. Zucchini, A. Garzia
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitorare l'apertura e rispetto dei tempi e del corretto funzionamento degli OsCo (dotazioni organiche e tecnologiche). 2. Individuare criteri condivisi per favorire l'estensione ed equità di accesso, la gestione e l'utilizzo appropriato dei posti letto territoriali. 3. Individuare equilibri quantitativi ottimali di posti letto filiera medicina-lungodegenze-post acuti-OsCo-CRA.

T5. Hospice e cure palliative adulti	
Coord. Tecnico/Professionale	G. Longo, P. Vacondio
C. Organizzativo	A. Manduchi, M. Lauriola, E. Casali
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedere alla valutazione del bisogno di cure palliative, rispetto ai nodi e anche in previsione delle nuove aperture Hospice (2027). 2. Garantire la condivisione di procedure e di modalità operative ed organizzative tra i nodi della RLCP Rete Locale Cure Palliative (ospedale, domicilio, ambulatorio, Hospice), prevedendo anche il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore e modalità funzionali con i servizi AOU. 3. Individuare criteri condivisi per favorire l'estensione ed equità di accesso, la presa in carico e la continuità assistenziale. 4. Produrre linee di sviluppo per attivazione precoce cure palliative nei percorsi ospedalieri e territoriali. 5. Effettuare, in raccordo con il tavolo degli schieramenti territoriali, analisi specifiche sull'assetto del personale afferente alla RLCP e relativi carichi di lavoro ed integrazione tra i vari nodi. 6. Promuovere iniziative per favorire la cultura delle cure palliative diffuse in collaborazione con MMG.

T6. Cure domiciliari e IFeC	
Coord. Tecnico/Professionale	F. Franchi, A. Ferraresi, M. Brunetti
C. Organizzativo	E. Salvo, E. Barani
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procedere alla mappatura offerta cure domiciliari e infermieristica di comunità, in raccordo con gruppo TR2 (Schieramenti territoriali). 2. Individuare ruolo e funzioni dell'IFeC e dell'assistenza domiciliare nel contesto modenese in piena integrazione, con eliminazione delle sovrapposizioni (vs Cure Domiciliari) 3. Individuare strategie di coinvolgimento in UVM, evitando le sovrapposizioni. 4. Definire criteri e modelli per presa in carico domiciliare che garantiscano equità a livello provinciale. 5. Migliorare l'Integrazione delle cure domiciliari: IFeC/SADI, OSS domiciliari, MMG/PLS, cure palliative, servizi specialistici territoriali ed ospedalieri e Unità di Valutazioni Domiciliari, al fine di costruire una risposta in funzione dei diversi livelli di complessità e di tempestività dell'intervento. 6. Implementare i servizi in telemedicina (teleassistenza, teleconsulto tra professionisti) 7. Valutare impatto e potenzialità dell'attivazione del 116117, in termini di attivazione di percorsi e ottimizzazioni di servizi 8. Valutare l'impatto dello sviluppo di percorsi specialistici domiciliari a supporto dell'assistenza primaria per pazienti complessi, individuando un eventuale progetto pilota.

T7. Percorsi di assistenza specialistica per la gestione della cronicità	
Coord. Tecnico/Professionale	S. Ascari, P. Artoni, L. Cavazzuti
C. Organizzativo	I. Cacciapuoti
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tendere alla piena attuazione dei percorsi di integrazione per la gestione della cronicità, in un'ottica di prossimità, centralizzazione e livelli di complessità. 2. Promuovere l'integrazione tecnologica, l'implementazione di servizi di telemedicina a supporto dei professionisti e i modelli innovativi (affido pneumologico). 3. Definire e creare gli strumenti e gli indicatori (performance ed esito) per la realizzazione della corretta presa in carico dei percorsi (Scompenso, BPCO, Diabete, insufficienza renale cronica) e suo monitoraggio, in integrazione con i gruppi progettuali (cardiologia H8 e pneumologia H13). 4. Implementare i modelli, secondo una dimensione relazionale personalizzata, e gli strumenti volti ad assicurare la continuità delle cure per il paziente cronico, in particolare durante la transizione tra i diversi livelli di assistenza/complessità e diversi setting di cura, nel rispetto del principio di prossimità. 5. Mantenere una forte integrazione con le iniziative di promozione della salute e di infermieristica di comunità (prevenzione e promozione della salute T10). 6. Individuare le modalità organizzative per l'individuazione dei professionisti da coinvolgere nella valutazione multidimensionale ai sensi della riforma sulla disabilità.

T8. Psicologia	
Coord. Tecnico/Professionale	F. Ronchetti, D. Marrama, D. Spettoli
C. Organizzativo	G. Pifferi, M. Lauriola
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rivalutare la componente organizzativa attraverso mappatura attività e competenze (cliniche, organizzative e relazionali) nei dipartimenti, in coerenza con mission e popolazioni target prese in carico, con particolare attenzione all'ottimizzazione delle competenze degli psicologi a livello provinciale. 2. Definire il modello organizzativo ottimale, tenendo in attenzione l'appropriatezza dell'accesso e il carico dei pazienti seguiti. 3. Definire i criteri condivisi per uniformare le funzioni psicologiche. 4. Definire le linee di sviluppo e modelli organizzativi per potenziamento funzione psicologica aziendale. 5. Definire e proporre il ruolo e operatività della psicologia nelle CDC, con particolare riguardo alla consultazione psicologica primaria in integrazione con MMG/PLS e consulenza organizzativa e formazione ai diversi team multiprofessionali. 6. Definire il modello organizzativo della psicologia nelle emergenze. 7. Promuovere lo sviluppo e potenziamento della telemedicina

T9. Salute Mentale e Dip. Patologiche	
Coord. Tecnico/Professionale	D. Marrama, G. Pirani, C. Gabrielli
C. Organizzativo	M. Lauriola, M. Nicolini
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire le aree progettuali emerse dal focus group svolto in fase istruttoria. 2. Avviare i tavoli dipartimentali e intradipartimentali sulle tematiche emerse (governance, identità, competenze, integrazione intra-dipartimentale) e i tavoli interistituzionali definendone interlocutori, terzo settore, enti locali, famiglie/cittadini. 3. Realizzare l'intero percorso per lo svolgimento degli Stati Generali in un'ottica di valorizzazione del contributo comunitario a favore della risposta relazionale ai bisogni della Salute Mentale. 4. Definire degli standard di servizio dei tre settori e l'implementazione di un modello omogeneo tra distretti in logica integrata Hub e Spoke. 5. Condividere diagnosi delle tematiche emerse dagli Stati Generali. 6. Definire l'offerta per adulti e minori di posti letto ospedalieri. 7. Individuare i criteri di valutazione per l'ammissione e la dimissione dalle strutture sanitarie e sociosanitarie nonché per i budget di salute

T10. Prevenzione e promozione della salute	
Coord. Tecnico/Professionale	M. Brunetti, A. Fantuzzi
C. Organizzativo	C. Salvia
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consolidare e coordinare la governance multilivello delle attività di promozione della salute e del Piano Regionale della Prevenzione sul territorio modenese, anche attraverso gli Accordi Operativi di Comunità previsti dalla LR 19/2018. 2. Rafforzare il ruolo delle Case della Comunità come presidi territoriali per la promozione della salute e la prevenzione, integrando l'assistenza primaria per la sua determinante importanza sui 4 livelli della prevenzione (da primaria a quaternaria) con gli enti locali, il terzo settore (patto di comunità), gli Ordini Professionali, l'Università e le aziende sul territorio. 3. Assicurare che tutte le azioni e i Programmi del PRP integrino la prospettiva di equità in salute, mantenendo la rete dei referenti aziendali per l'equità e aggiornando i profili locali di salute ed equità, come strumento per il monitoraggio dei bisogni e dell'offerta e per la pianificazione di interventi estesi e più mirati. 4. Completare il modello organizzativo aziendale, le rispettive interconnessioni, i livelli di responsabilità e i risultati attesi, in termini di esiti, puntando a migliorare la cultura e i comportamenti della popolazione in termini di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva e prevenendo e riducendo i danni delle patologie croniche diffuse, dell'ipermedicalizzazione, dell'impatto ambientale. 5. Predisporre una procedura aziendale sull'intervento motivazionale breve che monitori l'ampiezza e la correttezza dell'utilizzo tra gli operatori. 6. Definire e proporre il ruolo e operatività della psicologia nelle CDC, con particolare riguardo a promozione della salute di comunità, in stretta collaborazione con la pediatria di libera scelta, la medicina generale e tutti

	gli operatori sanitari del territorio.
--	--

T11. Oncologia di prossimità

Coord. Tecnico/Professionale	G. Longo (AOU), M. Luppi (AOU), M. Dominici (AOU), C. Mucciarini (AUSL), L. Longo (AUSL)
C. Organizzativo	F. Franchi, A. Manduchi, E. Casali
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificare dei pazienti potenzialmente candidabili secondo gli standard regionali. 2. Definire gli standard aziendali e individuare le strutture territoriali e i setting idonei a garantire la prossimità. 3. Individuare i professionisti che possano assicurare la piena operatività delle attività previste in ottica di equità. 4. Raccogliere il fabbisogno formativo e conseguente progettazione del piano formativo 5. Procedere alla Stesura di un documento provinciale con la definizione dei percorsi organizzativo-assistenziali e del sistema di monitoraggio. 6. Raccordo con gruppo progettuale UFA farmaci antitumorali H15.

T12. Progetto montagna

Coord. Tecnico/Professionale	A. Franzelli, M. Iannacci, M. Baraldi
C. Organizzativo	M. Brunetti

Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sviluppare le reti della cronicità e gestione integrata dei pazienti complessi e della rete delle case di comunità di prossimità anche attraverso il coinvolgimento delle farmacie rurali. 2. Sviluppare la rete digitale integrata, completando la rete delle case di comunità Hub, Spoke e di Prossimità e gli strumenti innovativi digitali attraverso l'intelligenza artificiale e l'uso di nuove modalità di spostamento. 3. Garantire la copertura H24 7 giorni su 7 dei mezzi a soccorso avanzato, anche in funzione dei flussi turistici e monitoraggio degli esiti, lo sviluppo delle rotte PBN per l'elisoccorso e delle nuove modalità di collegamento fra i mezzi 118 e gli specialisti, lo sviluppo della rete dei DAE e loro utilizzo da parte della comunità. 4. Sviluppare la collaborazione sui temi ambientali con le associazioni e con le diverse istituzioni fra cui l'Ente Parchi Emilia Centrale, le Scuole, i Centri per le Famiglie territoriali e le Amministrazioni comunali. 5. Sviluppare il progetto della prescrizione sociale, integrato con quello degli agenti di prossimità partendo da una mappatura delle opportunità dei singoli territori. 6. Creare uno spazio formativo e laboratoriale permanente con la collaborazione di Unimore e delle Associazioni scientifiche e professionali e Ordini. 7. Raccordo con i gruppi progettuali Modello organizzativo CdC e AFT T2 e Emergenza Urgenza TR1.
-----------------------------	--

T13. Prescrizione sociale	
Coord. Tecnico/Professionale	G. Garzetta, E. Bergonzini
C. Organizzativo	M. Zucchini
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire il modello di prescrizione sociale. 2. Integrare con sistemi informativi dei prescrittori. 3. Individuare l'opportunità di prescrizioni esigibili in ciascun distretto e individuazione delle modalità di aggiornamento del catalogo.

Progettualità trasversali

TR1. Emergenza Urgenza	
C. Clinico/Professionale	G. Bandiera (AOU/AUSL)
C. Organizzativo	G. Licitra (AUSL)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Riattivare le medicine d'urgenza su Mirandola, successivamente per Carpi e Vignola. 2. Rimodulare l'assetto organizzativo MSA/MSB 4. Applicare i protocolli di ET sul supporto medico 118 agli equipaggi infermieristici e di base e loro monitoraggio. 5. Aggiornare protocolli/procedure medici ed infermieristici DIEU al fine di omogenizzare l'operatività sul territorio provinciale. 6. Applicare i progetti professionali autista ed OSS soccorritore (obiettivo equipaggi misti), con relativi progetti formativi. 6. Integrare/applicare/formare gli algoritmi infermieristici (DGR 508/16) 7. Applicare e monitorare la procedura attivazione MSA-M 8. Monitorare gli indicatori volumi /eventi critici GECO 9. Progetto emazie concentrate su tutti i mezzi MSA-M: da implementare prioritariamente per l'elisoccorso a Pavullo; da monitorare progetto già attivo su Modena. 10. Progetto videoconsulto con i neurologi per attivazione percorso stroke dedicare a equipaggi MSA-I ed MSB: da implementare sugli MSA-I a partire da giugno 11. Stesura progetto bodycam: regolamentare l'utilizzo ed applicazione, anche in riferimento alla conservazione delle immagini etc..

TR2. Valorizzazione Risorse Umane	
C. Clinico/Professionale	M. Vitone (AUSL/AOU), G. Adani (NOS), MC. Tarantino (NOS), A. Garzia (AOU)
C. Organizzativo	M. Mantovani (AUSL), M. Lauriola (AUSL), F. Galardi (AUSL)
Obiettivi di mandato	<p>SOTTOGRUPPI:</p> <p>1. PIANO STRATEGICO - Coordinatore Professionale: M. Vitone Valorizzare le persone, sviluppare le competenze e rafforzare il sistema sanitario, attraverso politiche interaziendali di attraction e retention del personale (Piano strategico HR).</p> <p>2. SCHIERAMENTI OSPEDALIERI - Coordinatore Professionale: G. Adani, MC Tarantino, A Garzia Applicare gli schieramenti di sala operatoria. Condividere la metodologia e standard provinciale per aree degenza medica e chirurgica. Prevedere il Task shifting in base alla complessità assistenziale.</p> <p>3. SCHIERAMENTI TERRITORIALI - Coordinatore Professionale: G. Adani, MC Tarantino, A Garzia Predisporre un'analisi e la condivisione dei criteri di assegnazione ai setting assistenziali del personale anche in funzione della complessità assistenziale. Condividere il metodo di rendicontazione attività. Prevedere il Task shifting.</p>

TR3. Digitalizzazione	
Coord. Tecnico	E. Cocchi (AUSL/AOU), S. Viani (AUSL), M. Lugli (AOU), S. Sighinolfi (NOS)
C. Organizzativo	S. Di Tella (AOU), E. Barani (AUSL), G. Andreoli (AUSL), M. Marino (AOU)
Obiettivi di mandato	<p>4 SOTTOGRUPPI:</p> <p>1. TELEMEDICINA - Coordinatori tecnici: E. Cocchi (AUSL/AOU), S. Viani (AUSL), M. Lugli (AOU), S. Sighinolfi (NOS); Coordinatore Organizzativo: M. Iannacci Proseguire con le progettualità e l'implementazione delle attività di telemedicina.</p> <p>2. INTELLIGENZA ARTIFICIALE - Coordinatori tecnici: E. Cocchi (AUSL/AOU), S. Viani (AUSL), M. Lugli (AOU), S. Sighinolfi (NOS); Coordinatore Organizzativo: M. Marino, Predisporre un'analisi dello stato di digitalizzazione provinciale Predisporre un'analisi e lo studio di fattibilità di estensione progettuale su tutte le sedi di innovazioni tecnologiche già in uso in provincia Definire lo studio e la creazione di un percorso di autorizzazione, valutazione, scelta e l'implementazione di applicativi/sistemi/soluzioni di Intelligenza Artificiale (valore clinico, impatto sul sistema, fattibilità, analisi costi benefici, HTA, ...) Prevedere l'implementazione di progetti innovativi di AI nei processi amministrativi, clinici e assistenziali</p> <p>3. CARTELLA TERRITORIALE - Coordinatori tecnici: E. Cocchi (AUSL/AOU), S. Viani (AUSL), M. Lugli (AOU), S. Sighinolfi (NOS); Coordinatrice Organizzativa: M. Zucchini, E. Barani Predisporre uno studio di fattibilità. Individuare lo/gli strumento/i appropriati. Standardizzare i processi. Revisionare il metodo di lavoro. Definire l'efficienza produttiva. Definire il monitoraggio degli esiti.</p> <p>4. 116117 - Coordinatori tecnici: E. Cocchi (AUSL/AOU), S. Viani (AUSL), M. Lugli (AOU), S. Sighinolfi (NOS); Coordinatrice Organizzativa: M. Zucchini, E. Barani Predisporre uno studio di fattibilità. Standardizzare i processi. Revisionare il metodo di lavoro. Definire l'efficienza produttiva. Definire il monitoraggio degli esiti. Monitoraggio degli esiti.</p>

TR4. Processi partecipativi	
Coord. Tecnico	M. Zucchini (AUSL), M. Guerzoni (AUSL)
C. Organizzativo	C. Salvia (AUSL), S. Aurighi
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Definire la progettualità sui processi partecipativi. 2. Mappare le progettualità in corso e sviluppi coordinati, in ottica della creazione di una rete/confronto attivo provinciale. 3. Promuovere l'apertura processi assistenziali territoriali alla comunità. 4. Descrivere/Rendicontare il processo di coprogettualità del riordino provinciale

TR5. Senologia clinica e screening mammografico	
Coord. Tecnico	R. Battista (AUSL)
C. Organizzativo	L. Pederzini (AUSL), P. Monaci (AOU)
Obiettivi di mandato	<ol style="list-style-type: none"> 1. Predisporre l'analisi della situazione attuale dell'offerta (screening mammografico e senologia clinica), volumi, organizzazione, professionisti coinvolti e interfacce. 2. Predisporre l'analisi delle potenzialità e dell'ottimizzazione delle attrezzature e delle diagnostiche avanzate (CEM, Mammotome) in ottica di valorizzazione del personale e sviluppo di competenze. 3. Valorizzare le risorse professionali e le competenze (circolarità personale, formazione). 4. Sviluppare una proposta riorganizzativa coerente con il riordino dell'offerta complessivo. 5. Predisporre una sperimentazione per l'introduzione nuove figure di supporto con particolare riferimento alla comunicazione/counselling per favorire l'appropriato utilizzo delle professionalità sanitarie (TR3)