

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Conferenza Territoriale
Sociale e Sanitaria della
Provincia di Reggio Emilia



Piano Attuativo Locale
di riordino della rete ospedaliera
della provincia di Reggio Emilia

2019

Approvato dalla Conferenza Territoriale Sociale
e Sanitaria della Provincia di Reggio Emilia
il 25 febbraio 2019

Il PAL è stato approvato all'unanimità dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Reggio Emilia il 25 febbraio 2019 (Protocollo AUSL n. 2019/0028360 del 06/03/2019) ed adottato dall'Azienda USL IRCCS di Reggio Emilia con Delibera del Direttore Generale n. 2019/0105 del 13/03/2019.

Indice

Acronimi e traduzioni	4
Premessa del Presidente della Conferenza Sociale Sanitaria Territoriale	7
Introduzione del Direttore Generale dell'Azienda USL IRCCS di Reggio Emilia	9
Ruolo della ricerca	17
Fotografia dell'esistente	18
Aree strategiche individuate come prioritarie nel Piano Attuativo Locale	28
1. Hospital network	29
2. Gestione operativa e chirurgie	38
3. Emergenza-urgenza	44
4. Rete perinatale e materno infantile	52
5. Rete di oncologia medica e irccs	66
6. Neuroscienze	76
7. Struttura intermedia	88
Il Programma Sant'Anna Plus	97
Conclusioni	102
Elenco componenti dei gruppi di lavoro	105
Referenze bibliografiche e normativa	112

Acronimi e traduzioni

ADHD	Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
ADLs o ADL	Attività di vita quotidiana
AI	Auto Infermieristica
ALS	Mezzo di soccorso avanzato
AM	Automedica
ASMN	Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
AVEN	Area Vasta Emilia Nord
BLS	Mezzo di soccorso di base (autoambulanza)
Caregiver	Chi si prende cura del paziente
CCM	Comitato Consultivo Misto
Clinical Network	Reti cliniche
CORE	Centro oncologico ed ematologico di Reggio Emilia
CRA	Casa Residenza Anziani
CRI	Croce Rossa Italiana
CTRES	Centrale Trasporti provinciale
CTSS	Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria
DH/DS	Day Hospital/Day Service
DALYs	Disability Adjusted Life Years
DEA	Dipartimento emergenza-urgenza e accettazione
EEG	Elettroencefalografia
EMG	Elettromiografia
Focused-factory	Strutture ospedaliere specializzate
GRAD	Pazienti con gravissime disabilità acquisite
Home visiting	Visite a domicilio
Hospital Network	Rete di ospedali
HTA	Health Technology Assessment
HUB	Centri ospedalieri provinciali di riferimento
ILS	Mezzo di soccorso intermedio (con infermiere)
IORT	Radioterapia intraoperatoria
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
LNH	Linfoma non Hodgkin
Master Surgery Planning	Master di pianificazione della chirurgia
MET	Medico dell'emergenza territoriale
MIRE	Maternità Infanzia Reggio Emilia
MMG	Medico di Medicina Generale
NET	Tumori Neuro Endocrini
NPIA	Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
OBI	Osservazione Breve Intensiva; Osservazione Breve Internistica
OECl	Organisation of European Cancer Institutes
Operation management	Gestione Operativa
OsCo	Ospedale di Comunità

Acronimi e traduzioni

P.Ev.	Potenziali Evocati
PL	Posti Letto
PA	Pubblica Assistenza
PAC	Punti di accesso
PAI	Piano Assistenziale Individuale
PAL	Piano Attuativo Locale
PdC	Pediatria di Comunità
Patient empowerment	Potenziamento del paziente
PDTA	Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali
PET	Tomografia ad Emissione di Positroni
PIAMI	Programma Interaziendale Materno Infantile
PLS	Pediatri di libera Scelta
PMA	Procreazione Medicalmente Assistita
PPI	Punto di Primo Intervento
PS	Pronto Soccorso
PSSR	Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia-Romagna
PT	Postazione Territoriale (dei diversi mezzi medicalizzati e non)
RMN	Risonanza Magnetica Nucleare
RORE	Rete oncologica provinciale
Setting assistenziali	Contesti sanitari
SDO	Schede di Dimissione Ospedaliera
SID	Servizio Infermieristico Domiciliare
SLA	Sclerosi Laterale Amiotrofica
SNC	Sistema Nervoso Centrale
SNP	Sistema Nervoso Periferico
SOC	Struttura Organizzativa Complessa
SOS	Struttura Organizzativa Semplice
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SPOKE	Centro ospedaliero periferico
Stakeholder	Parti interessate - soggetti coinvolti
STAM	Servizio di trasporto materno (gravida)
STEMI	Infarto del miocardio con trattamento tempo-dipendente
STEN	Servizio di trasporto neonatale
SU	Stroke Unit (per trattamento ictus)
Task Force	Programmi
TAVI	Impianto valvolare aortico transcateretere
TIN	Terapia Intensiva Neonatale
TIU	Trasporto interospedaliero urgente
UDGEE	Unità Delle Gravi Disabilità Dell'Età Evolutiva
UFA	Unità Farmaci Antiblastici
UNIMORE	Università di Modena e Reggio Emilia
Unwanted variation	Variazione indesiderata
UOM	Unità operativa mobile (mezzo di soccorso als, o ils, o bls)
UVM	Unità di Valutazione Multifunzionale
VADS	Vie aeree digestive superiori

Premessa del Presidente della Conferenza Sociale Sanitaria Territoriale

Nel mandato 2014/2019, che sta volgendo al termine, della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, non era inizialmente prevista la redazione di un nuovo Piano Attuativo Locale della rete ospedaliera del territorio reggiano. L'impegno assunto, infatti, era quello di non disporre la chiusura di nessuno dei 6 presidi presenti, riaffermando la territorialità e la prossimità come cardini imprescindibili della nostra programmazione sanitaria.

Poi, nel cammino che ha condotto alla fusione delle preesistenti Azienda Santa Maria Nuova e Azienda Usl, determinando la costituzione di un unico presidio ospedaliero articolato in più sedi, muovendo proprio da questo approdo, si è ravvisata l'opportunità di ridefinire per la terza volta, dal 1994, anno di istituzione delle aziende sanitarie, ai giorni nostri, il profilo della rete degli ospedali.

Il piano che presentiamo segna il passaggio dal modello *hub and spoke* a quello dell'*hospital network*. È la creazione di reti, dunque, il nuovo asse portante del nostro sistema ospedaliero, la cui caratterizzazione è determinata dall'apposizione di competenze distintive ad ognuna delle sei sedi presenti. Ne consegue che ogni presidio, oltre alle funzioni di base, svolgerà compiti specifici a servizio dell'intero territorio provinciale. Vi è in questo modo la convinzione che non solo sarà possibile mantenere quella prossimità territoriale che da sempre ha contraddistinto la dimensione sanitaria della nostra Provincia, ma la si potrà anche qualificare, dandosi l'obiettivo di elevare ulteriormente il livello qualitativo delle prestazioni erogate, offrendo così ulteriori elementi di rassicurazione alle nostre comunità.

Tutto ciò, confermando al contempo la ricerca, attraverso l'esperienza dell'IRCCS (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), come altro elemento qualificante e sostanziale del nostro agire in sanità.

Sta in tutto questo il senso del perseguire l'innovazione dei sistemi e dei modelli di gestione; ovvero provare a leggere gli elementi di contesto del tempo che viviamo per declinarli in esperienze di potenziale accresciuto valore a beneficio delle persone.

Giammaria Manghi

Introduzione del Direttore Generale dell'Azienda USL IRCCS di Reggio Emilia

Dalla costituzione dell'Azienda USL di Reggio Emilia, avvenuta il 1° luglio del 1994 a seguito dei disposti dei decreti legislativi 502/1992 e 517/1993, sono stati approvati due Piani Attuativi Locali, il primo nell'aprile del 1997 ed il secondo nel febbraio 2004.

Mi sono trovato a partecipare, in diversi ruoli, ai lavori di entrambi: nel 1997 come direttore del distretto di Correggio e nel 2004 come Direttore del Presidio Ospedaliero unico provinciale cioè dei 5 ospedali della provincia a gestione diretta da parte dell'Azienda USL.

I due precedenti piani devono essere letti in continuità tra loro e con questo nuovo documento, perché in effetti molti degli aspetti innovativi che caratterizzano questo PAL sono una logica evoluzione e sviluppo dei precedenti. Anche se il nuovo PAL riguarda solo gli ospedali, come logica conseguenza del processo di fusione tra le due aziende sanitarie e dei recenti indirizzi nazionali e regionali in materia di riordino della rete ospedaliera. Molte cose, e mi riferisco principalmente ai servizi territoriali, erano già state affrontate anche recentemente dalla ASL negli ambiti di riorganizzazione della Salute Mentale, Cure Primarie, Sanità Pubblica e sostanzialmente rimangono immutate in quanto ancora attuali e adeguate a garantire risposte di qualità ai bisogni socio-sanitari ed alle aspettative dei cittadini e della comunità. Basti pensare alla attuazione del programma regionale di implementazione e sviluppo delle Case della Salute che definisce nuove modalità di integrazione, organizzazione e gestione dei servizi extra-ospedalieri.

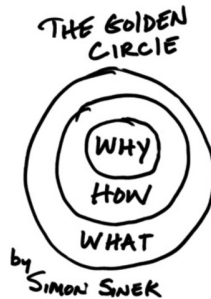
Per comprendere adeguatamente i principali aspetti innovativi della nuova proposta di riorganizzazione, bisogna analizzare e conoscere a ritroso l'evoluzione del welfare, dei sistemi sanitari, ed in particolare ospedalieri degli ultimi decenni, a livello nazionale, regionale e locale, con un approccio metodologico che, come affermano alcuni autori, richiama "la lunga durata" della scuola storica e sociologica francese¹. Per costruire una narrazione logica in relazione al contesto ed alla strategia abbiamo utilizzato la modalità del "Golden circle" di Simon Sinek² cioè la metodologia di partire dal "perché" anziché dal "che cosa".

Questo modello, che ha avuto un grande successo internazionale, si basa sulla considerazione che molte istituzioni o aziende in ambito di programmazione abbiano degli insuccessi o delle cattive performance, in quanto si sono concentrate da subito sul prodotto (il che cosa) trascurando le ragioni (il perché) e le modalità (il come) per le quali il prodotto sia necessario e utile a rispondere ai bisogni o alle aspettative dei fruitori. Questo è applicabile non solo nell'ambito delle aziende private e del mercato, ma tanto più in un sistema come quello socio-sanitario che ha numerosi e diversi stakeholder nell'ambito della fruizione di servizi e prestazioni

¹ Cfr. Fernand Braudel - La longue durée

² Simon Sinek - Partire dal perché - FrancoAngeli Edizioni (2014)

che la letteratura di settore ha di volta in volta definito malati, pazienti, utenti, clienti, consumatori, cittadini, persone³.



Quindi partiamo dalla prima domanda: **perché** si è ritenuto necessario e deciso di fare un nuovo PAL ospedaliero?

Considerando che:

- non era un obiettivo assegnato dalla Regione nel mandato del Direttore Generale per il quinquennio 2017-2022⁴;
- la legge regionale⁵ sulla fusione delle due aziende sanitarie della provincia prevedeva la costituzione di un unico Presidio ospedaliero senza però specificare il modello di riferimento (articolo 3 comma 4);
- si poteva decidere di non cambiare e lasciare tutto invariato, attuando solo piccoli aggiustamenti, stante i buoni risultati ottenuti negli anni, sia in termini di performance che di sostenibilità economica.

Si è colta una opportunità: il reinserimento dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova nell'ambito della Azienda USL ha di fatto reintegrato nella rete ospedaliera il riferimento provinciale per le funzioni di maggiore complessità, consentendo di ipotizzare non tanto il superamento, ma una evoluzione positiva del modello *Hub & Spoke*⁶.

Per questo abbiamo condiviso con le Istituzioni che:

1. il PAL andasse riattualizzato essendo ormai datata (2004) l'ultima versione⁷;
2. l'organizzazione degli ospedali necessitasse di un adeguamento in risposta ai nuovi standard definiti a livello nazionale⁸ e regionale⁹;

³ Marco Geddes da Filicaia - Cliente, paziente, persona - Pensiero Scientifico Editore (2013)

⁴ Delibera di Giunta Regionale n.891/2017 - azienda USL di Reggio Emilia - Designazione del Direttore Generale.

⁵ Legge Regionale dell'Emilia Romagna 9/2017 (art. 3 comma 4).

⁶ Il modello *Hub & Spoke* è riconducibile al Piano Sanitario Regionale 1999-2001: «Il modello *Hub & Spoke* si configura come un sistema di relazioni fra unità produttive in cui i pazienti sono trasferiti verso una o più unità centrali di riferimento (gli Hub) quando la soglia di complessità degli interventi previsti nelle sedi periferiche (gli Spoke) viene superata.»

⁷ In precedenza due PAL: il primo approvato il 15.4.1997 dalla Conferenza dei Sindaci e Consulta provinciale per la sanità; il secondo approvato dalla CTSS il 18.2.2004

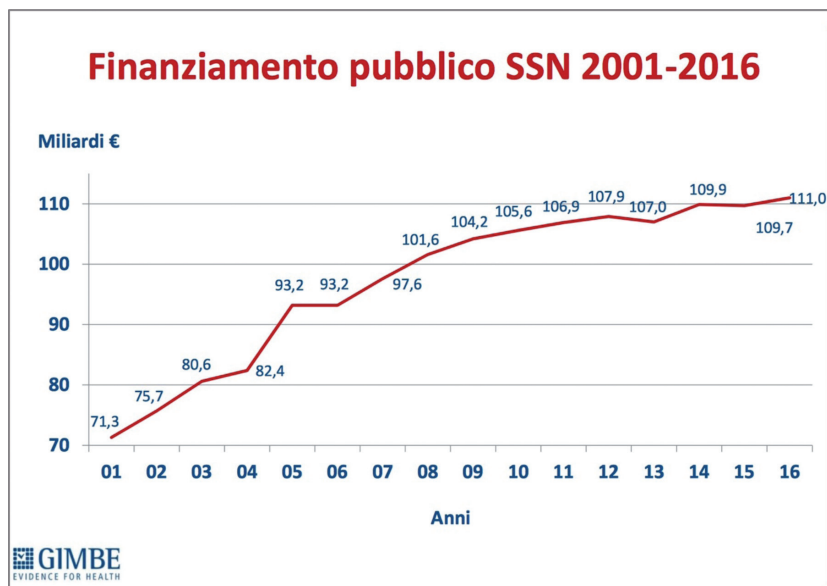
⁸ A livello nazionale: il Regolamento Balduzzi sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera del 2012 e il Decreto Ministeriale 70/2015

⁹ A livello regionale la DGR 2040/2015 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione della rete ospedaliera"

3. il contesto fosse profondamente mutato rispetto al passato con nuove criticità legate alla carenza di specialisti, a vincoli stringenti in tema di risorse e investimenti documentati dal trend del Fondo Sanitario Nazionale (finanziamento del SSN) nel periodo 2010-2017 rispetto al periodo 2001-2010¹⁰, alla crescita esponenziale delle patologie cronico-degenerative correlate all'aumento della popolazione anziana, all'incremento dei costi legati allo sviluppo scientifico e tecnologico;
4. parallelamente alle criticità, anche nuove opportunità come l'istituzione di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) in ambito oncologico¹¹, oppure nuovi obiettivi che la Regione ha assegnato alle Aziende sanitarie sul rispetto dei tempi di attesa per le visite specialistiche, i ricoveri chirurgici e il pronto soccorso;
5. il modello *Hub & Spoke* aveva evidenziato molti pregi, ma anche qualche criticità¹²;

Un ulteriore elemento fondamentale è che si confermava, come in passato, da parte delle istituzioni locali, il mandato di preservare la rete ospedaliera provinciale integra, senza sacrificare alcun stabilimento ospedaliero, pur nella considerazione che non esiste in Emilia Romagna un territorio provinciale con un numero di ospedali così elevato rispetto al bacino di popolazione di riferimento. La provincia di Reggio Emilia dispone di 6 ospedali pubblici per una popolazione di bacino di 533.000 residenti; Modena ne ha lo stesso numero con una popolazione superiore pari a 700.000 residenti mentre Parma con una popolazione di 450.000 abitanti ha 3 ospedali.

Trend del finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale



¹⁰ Trend del FSN: periodo 2001-2016 – Fonte GIMBE

¹¹ Riconoscimento con pubblicazione in Gazzetta Ufficiale nel maggio 2011

¹² Cfr. John Muir Gray

Il de-finanziamento relativo del Fondo Sanitario Nazionale si è chiaramente manifestato anche a livello regionale e aziendale. Nel periodo dal 2001 al 2010 il finanziamento in quota capitaria¹³ dell'ASL di Reggio Emilia ha registrato un incremento annuo medio di 24,7 milioni di euro, consentendo lo sviluppo di nuovi servizi per entrambe le aziende sanitarie della provincia. Dal 2011 al 2017, in tempi di spending review, l'incremento del finanziamento è stato in media di 1,7 milioni all'anno con gravi difficoltà sulla sostenibilità dei servizi anche in relazione a costi incrementali significativi, come la spesa per i farmaci ad alto costo. I dati vengono riportati in modo più analitico nella tabella sottostante.

Il tema della sostenibilità del sistema sanitario pubblico e universalistico è da alcuni anni, parallelamente al tema della spending review, al centro dell'attenzione del dibattito con valutazioni e analisi diverse.^{14-15-16-17.}

Finanziamento in quota capitaria Azienda USL di Reggio Emilia

Anno	2001	2010	2011	2017
Importo	514.759.168	762.125.162	783.168.756	795.155.349
Delta	247.365.994		11.986.593	
Media/anno	24,7		1,7	

Una volta deciso il “perché si doveva cambiare” si è passati al **come**.

Anche qui si poteva:

1. procedere con piccoli aggiustamenti e quindi con una strategia di miglioramento a piccoli passi;
2. prevedere modalità innovative, sperimentando nuovi modelli con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza e di uniformarla su tutto il territorio.

Tutto ciò in coerenza con gli indirizzi nazionali e regionali, con particolare riferimento:

- alla classificazione e al dimensionamento degli ospedali per bacini di popolazione di riferimento;
- agli standard minimi e massimi di struttura per singola disciplina;

¹³ Il finanziamento in quota capitaria rappresenta la principale fonte di finanziamento del sistema sanitario cui si aggiungono ma in maniera nettamente meno rilevante finanziamenti dedicati a progetti o servizi speciali.

¹⁴ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Libro bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva (2009).

¹⁵ Fondazione GIMBE – 3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (2018).

¹⁶ Walter Ricciardi et al. - La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del sistema sanitario nazionale: come evitarlo? (Vita e Pensiero Editore, 2015).

¹⁷ Marco Geddes da Filicaia – La salute sostenibile. Perché possiamo permetterci un Servizio sanitario equo ed efficace (Pensiero Scientifico Editore, 2018)

- alla correlazione tra i volumi delle casistiche e gli esiti, oggetto di monitoraggio nazionale attraverso il Programma Nazionale Esiti¹⁸.

Si è deciso quindi di percorrere la strada dell'innovazione organizzativa, estendendo a regime nuove soluzioni già sperimentate positivamente in alcune aree o settori dell'azienda, ad esempio:

- la funzione di gestione operativa (*operations management*) per la programmazione e gestione della attività chirurgica nei blocchi operatori di tutti gli ospedali;
- le *équipe* professionali itineranti all'interno della rete ospedaliera;
- identificazione di sedi di riferimento in cui determinate prestazioni vengono effettuate su un bacino territoriale sovra-distrettuale o provinciale (*focus factories*).

Si noti che le prime due soluzioni adottate dall'Azienda USL di Reggio Emilia (gestione operativa¹⁹ ed *équipe* itineranti²⁰) sono state riconosciute a livello nazionale come *best practice* negli ultimi due anni da un importante gruppo di esperti in materia socio-sanitaria come il CERGAS²¹ della Università Bocconi di Milano.

Per ciascuna area tematica individuata come strategica e prioritaria si è condiviso, inoltre, in ambito istituzionale di procedere attraverso la costituzione di gruppi di lavoro composti non solo da professionisti e da tecnici, ma anche con la partecipazione di rappresentanti delle istituzioni locali e dei cittadini indicati rispettivamente dalla CTSS (Conferenza Territoriale Socio-Sanitaria) e dai CCM (Comitati Consultivi Misti). Sono stati ben 161 i componenti dei gruppi di lavoro, di cui 120 professionisti, 30 rappresentanti istituzionali e 11 dei comitati misti.

Seguendo il filo logico del “cerchio d'oro”, e una volta data risposta alle prime due domande, ci si è focalizzati sul **che cosa**.

Il modello prescelto è stato quello del *Hospital Network* (rete di ospedali), adattato al contesto italiano, regionale e locale, che interconnette tra loro in modo bidirezionale tutti i nodi di produzione del modello *Hub & Spoke*. Il modello *Hub & Spoke* come paradigma assistenziale di centralizzazione della complessità rimane ma, da modello esclusivamente centripeto in cui sono i pazienti a spostarsi dalla periferia al centro, evolve in un modello innovativo che prevede anche il decentramento di funzioni, lo sviluppo di competenze distintive per gli ospedali della provincia, una gestione integrata e più efficiente delle piattaforme produttive

¹⁸ Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute e fornisce a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario per singole aziende/stabilimenti ospedalieri attraverso una serie di indicatori ricavati dal flusso SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

¹⁹ CERGAS Università Bocconi – rapporto OASI 2018.

²⁰ CERGAS Università Bocconi – rapporto OASI 2017.

²¹ CERGAS – Centro di Ricerca sulla Gestione della Assistenza Sanitaria e Sociale – SDA School of Management – Università Bocconi di Milano.

(degenze, comparti operatori, ambulatori, tecnologie), una valorizzazione delle reti cliniche, un equilibrio tra ciò che deve essere garantito in strutture attrezzate per la gestione della complessità e ciò che invece può essere erogato in sedi più prossime alla residenza dei pazienti. Un modello che richiede un atteggiamento di stretta collaborazione tra tutti gli attori del sistema e il superamento di logiche di competizione, non solo a livello professionale tra gli addetti ai lavori, ma anche a livello dei diversi territori e tra i cittadini.

Questa nuova edizione del PAL ospedaliero costituisce quindi il riflesso, l'indispensabile conseguenza dell'unificazione di tutti gli ospedali della provincia di Reggio Emilia in un Presidio unico, nel quale le distanze, i confini geografici, la consolidata appartenenza di una struttura al suo territorio, vengono superate per apportare un valore aggiunto di maggiore efficacia clinica ed assistenziale, di efficienza organizzativa, di sviluppo delle professionalità, di sostenibilità complessiva.

Un Presidio ospedaliero che, nel migliorare la propria capacità di dare risposte diffuse e qualificate, intende dare un contributo sempre più adeguato al mutare dei bisogni e capace di integrare al meglio l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

Fausto Nicolini

Ruolo della ricerca

La Legge Regionale 29/2004 della Regione Emilia-Romagna⁽²⁾ individua la ricerca come una delle funzioni istituzionali proprie di tutte le Aziende Sanitarie, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione. L'Atto Aziendale dell'Azienda USL IRCCS di Reggio Emilia colloca la ricerca all'interno della mission aziendale e la definisce come un'attività che: *“(...) prende spunto dalle più avanzate conoscenze scientifiche e tende ad aumentarle, consolidarle o confutarle, renderle trasferibili, replicabili e disponibili alla collettività e alla comunità scientifica nel più breve tempo possibile, in un'ottica di condivisione ampia”*.

Il focus della mission dell'Azienda è incentrato sulla “buona ricerca”, intesa come la ricerca che è in grado di aumentare in maniera significativa le conoscenze, indipendentemente dall'approccio metodologico utilizzato (quantitativo, qualitativo o misto), dal disegno di studio (osservazionale o sperimentale) e dal soggetto che la promuove e la sponsorizza (pubblico o privato, profit o no profit). L'Azienda supporta attività di ricerca traslazionale, clinica e sanitaria, con particolare attenzione alla valutazione di nuove tecnologie, modelli assistenziali e innovativi percorsi di cura. Nonostante l'assenza di preclusioni di principio sulle diverse tipologie di ricerca, l'Azienda è particolarmente interessata a sviluppare e implementare progetti di ricerca dal carattere fortemente innovativo, sperimentali e multicentrici, messi a punto da personale interno.

Per svolgere la loro attività di ricerca, i professionisti possono contare sulle strutture e sul personale della Direzione Scientifica dell'IRCCS, che svolge il ruolo di stimolo e supporto per le attività di ricerca di tutta l'Azienda. Più precisamente, l'Infrastruttura Ricerca e Statistica e le strutture complesse di Epidemiologia e di Governo Clinico supportano i ricercatori in tutte le fasi della ricerca: dalla generazione del quesito di ricerca alla scrittura del protocollo, dalla sottomissione al Comitato Etico alla ricerca di finanziamenti attraverso bandi competitivi, dalla conduzione dello studio all'analisi dei dati, dalla scrittura dell'articolo alla sua pubblicazione e diffusione. I ricercatori possono contare su una rete dei laboratori di ricerca con cui mettere a punto innovativi protocolli di ricerca clinica e traslazionale.

L'Azienda vede l'attività di ricerca come un'opportunità per tutti i servizi e tutti i professionisti, nella consapevolezza che la partecipazione all'attività di ricerca è in sé elemento che potenzialmente migliora la qualità dell'assistenza. Ciascun professionista può contribuire nel proprio ruolo al meglio delle proprie potenzialità, delle proprie aspirazioni professionali e delle proprie competenze.

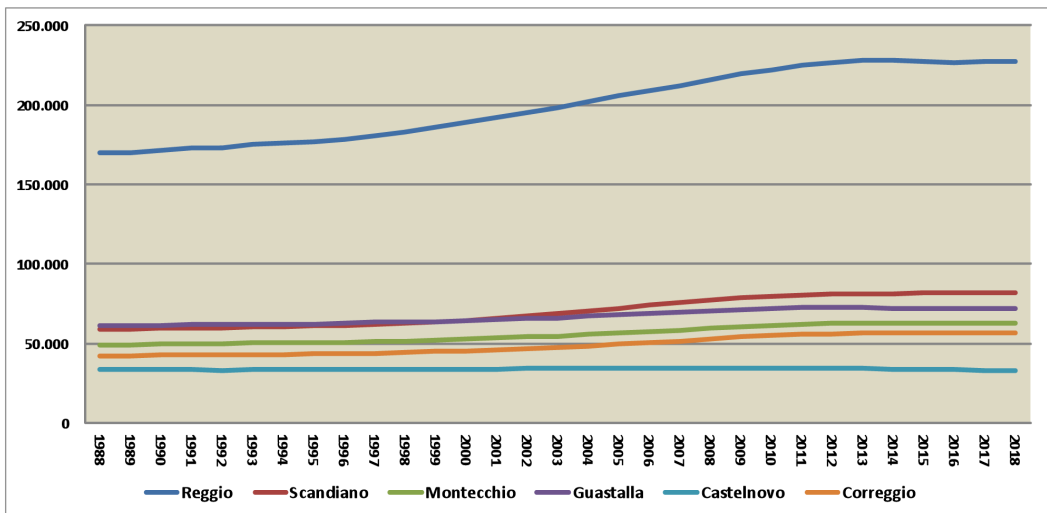
È interesse dell'Azienda, inoltre, costruire un ambiente favorevole all'attività di ricerca, in cui le disponibilità a partecipare a tale attività da parte del personale vengano colte e facilitate, nel rispetto delle prerogative assistenziali dei servizi.

Fotografia dell'esistente²¹

Il contesto economico, sociale e demografico Popolazione residente

Il quadro demografico della provincia ha subito notevoli modificazioni nel tempo. Il numero dei residenti era 414.264 nel 1988. Da allora la popolazione è cresciuta molto, in modo abbastanza uniforme in tutti i distretti tranne Castelnovo ne' Monti e ha registrato il massimo con 535.869 nel 2013. Negli ultimi anni è stato registrato dapprima un calo e poi una stabilizzazione. Al 01/01/2018 i residenti erano 533.649, 271.329 femmine e 262.320 maschi.

Grafico 1 **Numero totale di residenti nei distretti della provincia di Reggio Emilia (dati al 01/01 dell'anno di riferimento)**



A causa della crisi economica iniziata nel 2008 abbiamo assistito a una riduzione della natalità e dei flussi migratori. Il calo degli ultimi anni riguarda dunque soprattutto la fascia lavorativa 15-44 anni, ma anche l'età infantile e scolare. Si associa un aumento in termini assoluti e proporzionale degli anziani, ben oltre il 20%, con conseguente invecchiamento della popolazione.

La tabella successiva riporta i residenti al 01/01/2018 per distretto.

²¹ Dati a cura del Servizio di Epidemiologia dell'AUSL IRCCS di Reggio Emilia

Tabella 1 Numero di residenti per classi di età e distretto in provincia di Reggio Emilia al 01/01/2018

Classi di età	Montecchio		Reggio Emilia		Guastalla		Correggio		Scandiano		Castelnovo ne' Monti		Provincia	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
< 1	491	0,8	1.845	0,8	535	0,7	483	0,9	653	0,8	242	0,7	4.249	0,8
1-14	8.884	14,1	31.629	13,9	9.824	13,7	8.439	15,0	11.620	14,2	3.599	10,9	73.995	13,9
15-44	21.832	34,6	81.111	35,6	24.809	34,6	19.515	34,7	28.800	35,2	10.168	30,7	186.235	34,9
45-64	18.376	29,1	65.758	28,9	20.822	29,0	16.221	28,8	24.503	29,9	9.783	29,5	155.463	29,1
65-84	11.339	18,0	39.335	17,3	13.195	18,4	9.745	17,3	13.874	17,0	7.547	22,8	95.035	17,8
85 +	2.179	3,5	7.902	3,5	2.505	3,5	1.868	3,3	2.389	2,9	1.829	5,5	18.672	3,5
Totale	63.101	100,0	227.580	100,0	71.690	100,0	56.271	100,0	81.839	100,0	33.602	100,0	533.649	100,0

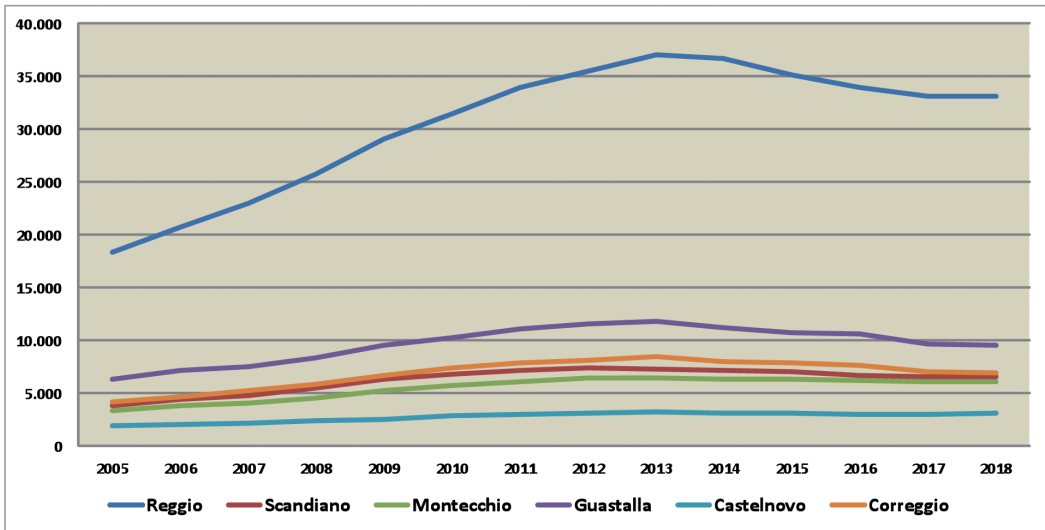
L'andamento risulta simile in tutti i distretti. Scandiano continua ad essere il distretto più "giovane", con la maggior proporzione di residenti nelle classi di età giovanili-adulte. Castelnovo ne' Monti è il distretto con meno giovani e con la maggior frequenza di anziani.

Il fenomeno migratorio - Popolazione residente straniera

Il numero e la proporzione dei residenti di origine straniera iscritti alle anagrafi comunali è passato da 38.075 nel 2005 (7,8%), primo anno di rilevazione, al 2013 (13,8%), per poi calare negli anni successivi. Al 01/01/2018 gli immigrati residenti erano 65.238 (12,2%). Reggio Emilia è, ovviamente, il distretto con il maggior numero di residenti, seguito da Guastalla e Correggio.

Tranne Castelnovo ne' Monti, dove si osserva un dato sostanzialmente stabile, i residenti crescono fino al 2013 per poi calare successivamente. I motivi sono analoghi a quelli descritti precedentemente, con una maggiore rilevanza della disponibilità di lavoro, e legati alla contrazione economica. Calano le nascite, si riduce l'immigrazione e aumenta l'emigrazione.

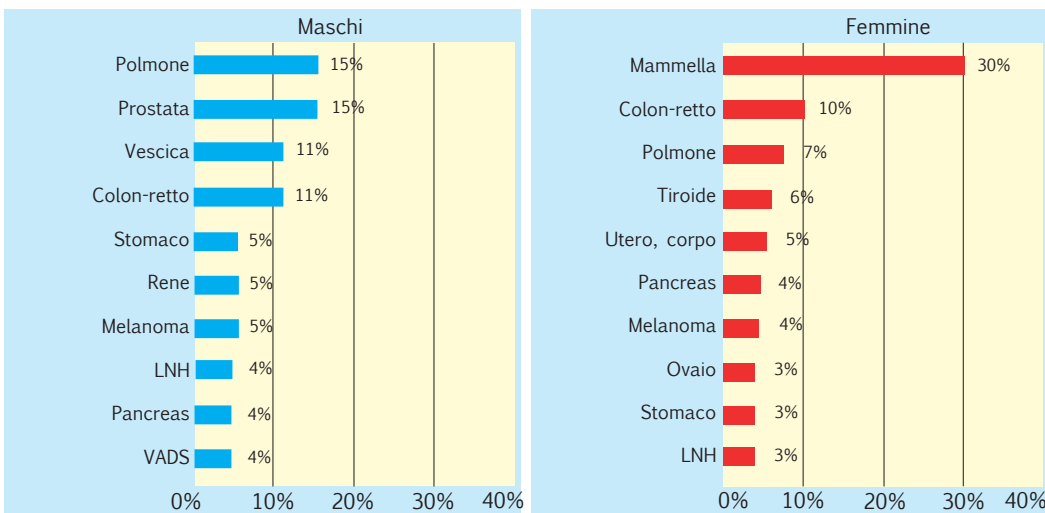
Grafico 2 **Numero totale di residenti di origine straniera nei distretti della provincia di Reggio Emilia (dati al 01/01 dell'anno di riferimento)**



Tumori maligni in provincia di Reggio Emilia

Nel 2014 in provincia di Reggio Emilia i nuovi casi di tumore maligno, esclusi i tumori della cute non melanomi, sono stati 3.205 (1.670 negli uomini e 1.535 nelle donne) e il tasso di incidenza standardizzato 683,0 su 100.000 uomini e 507,2 su 100.000 donne. I tumori più frequenti nei maschi sono quelli del polmone e della prostata, seguiti da vescica e colon retto. Nelle femmine è di gran lunga più frequente il tumore della mammella, seguito a distanza da colon retto e polmone.

Grafico 3 **Prime 10 sedi tumorali per genere in provincia di Reggio Emilia nel 2014**



I tassi standardizzati di incidenza a Reggio Emilia sono sovrapponibili a quelli medi dell'AVEN nei maschi e lievemente inferiori nelle femmine. Appaiono in riduzione nei maschi e sostanzialmente stabili nelle femmine.

Grafico 4 Tassi standardizzati di incidenza nelle 4 AUSL dell'Area Vasta Emilia Nord - Maschi

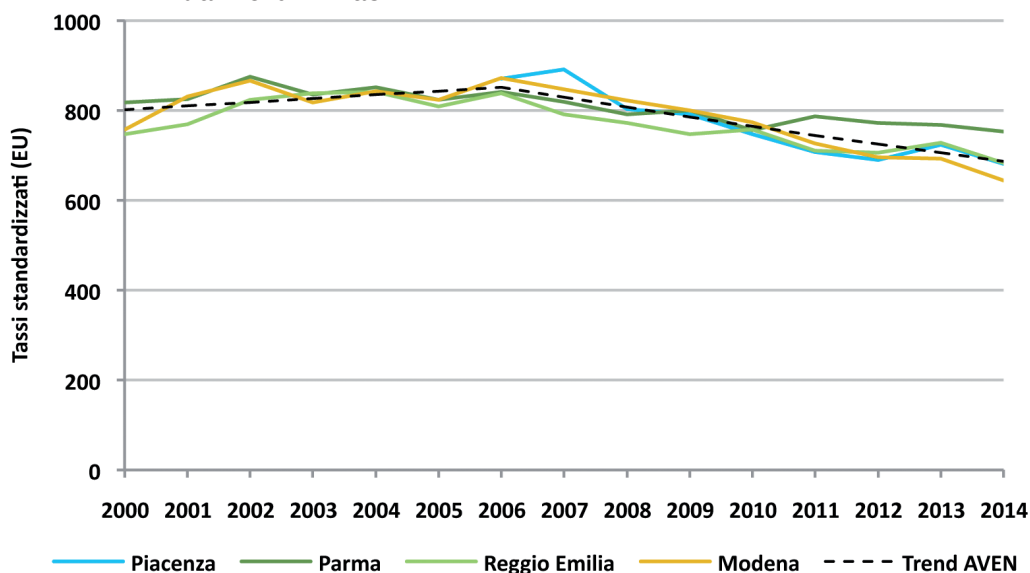
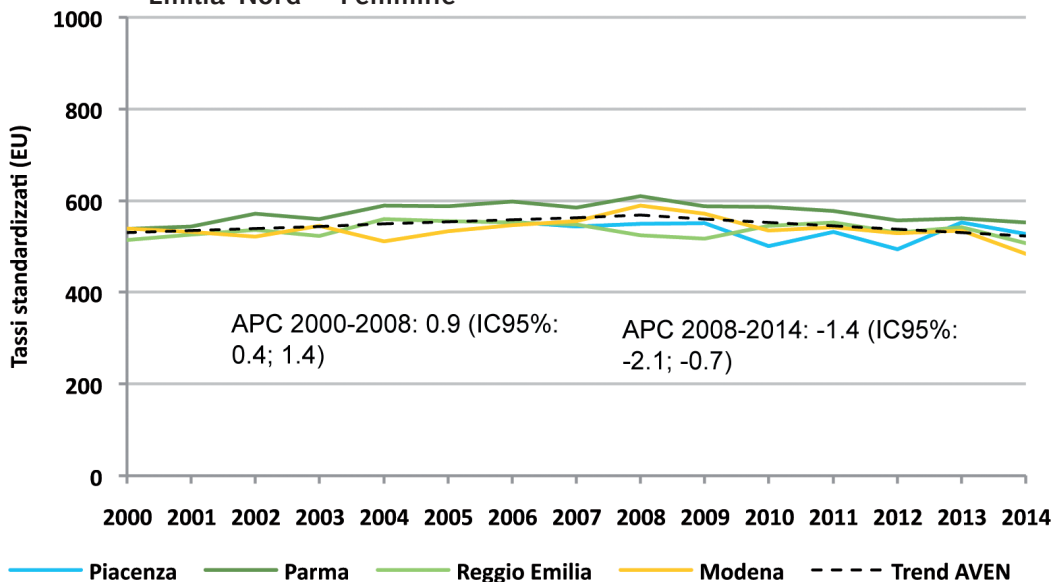


Grafico 5 Tassi standardizzati di incidenza nelle 4 AUSL dell'Area Vasta Emilia Nord - Femmine



I casi prevalenti al 01/01/2015 erano 21.957, rappresentati in maggioranza dai tumori a lunga sopravvivenza, prostata e vescica nei maschi, mammella e tiroide nelle femmine, colon retto in entrambi i sessi.

Tabella 2 Numero e proporzione (su 100.000 soggetti) di casi prevalenti per genere e alcune sedi in provincia di Reggio Emilia al 31/12/2015

Sede	Maschi + Femmine		Maschi		Femmine	
	N	Proporzione	N	Proporzione	N	Proporzione
Vie aeree digestive superiori	649	121,3	509	193,7	140	51,4
Esofago	43	8,0	33	12,6	10	3,7
Stomaco	513	95,8	306	116,5	206	75,7
Colon retto	2733	510,6	1456	553,8	1277	468,8
Fegato	206	38,5	152	57,6	54	20,0
Colecisti, vie biliari	69	12,9	33	12,5	36	13,4
Pancreas	181	33,8	90	34,2	91	33,4
Polmone	831	155,3	521	198,1	310	113,9
Melanoma cutaneo	990	184,9	500	190,1	490	179,9
Mammella femminile	5048	943,0			5025	1844,6
Cervice uterina					146	53,5
Corpo dell'utero					797	292,5
Ovaio					259	94,9
Prostata			3073	1168,7		
Testicolo			230	87,7		
Rene, vie urinarie	858	160,2	563	214,1	295	108,2
Vescica	1727	322,5	1372	521,7	355	130,3
Encefalo e SNC	132	24,6	76	28,8	56	20,6
Tiroide	1512	282,3	368	140,0	1143	419,7
Mieloma multiplo	272	50,8	157	59,7	115	42,2
Linfomi di Hodgkin	229	42,8	142	54,1	87	31,8
Linfomi non Hodgkin	995	185,9	561	213,3	434	159,4
Leucemie	598	111,7	337	128,2	261	95,7
Tutti i tumori (escluso cute)	21957	4101,4	10324	3926,6	11633	4270,1

Il Presidio ospedaliero provinciale

La fusione delle due aziende pubbliche provinciali nel 2017 ha riguardato in particolare la componente ospedaliera, con la costituzione del Presidio ospedaliero provinciale "Santa Maria Nuova" articolato nei seguenti sei stabilimenti:

- Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia
- Ospedale Sant'Anna di Castelnovo ne' Monti
- Ospedale San Sebastiano di Correggio
- Ospedale Civile di Guastalla
- Ospedale Ercole Franchini di Montecchio
- Ospedale Cesare Magati di Scandiano

Il bacino di utenza corrisponde a quello dei 42 Comuni della Provincia suddivisi in 6 distretti con una popolazione di 533.649 abitanti (al 01/01/2018).

Il Presidio ospedaliero è l'articolazione organizzativa complessa dell'Azienda comprendente tutte le strutture aziendali in cui si assolvono le funzioni di assistenza ospedaliera previste dalla programmazione regionale e locale, destinate a persone affette da patologie in fase acuta e post acuta che per gravità,

complessità o intensità di cura non possono essere trattate nell'ambito dei servizi territoriali. Oltre che assicurare le prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione in regime di ricovero, gli ospedali del Presidio contribuiscono in modo significativo all'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali per utenti esterni.

L'Arcispedale S. Maria Nuova di Reggio Emilia è Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in Tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia (IRCCS), riconosciuto con Decreto del Ministero della Salute 12.4.2011 (G.U. n. 119 del 24.5.2011). L'IRCCS di Reggio Emilia persegue finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari che erogano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Sotto il profilo organizzativo il Presidio ospedaliero provinciale è suddiviso in 8 Dipartimenti ospedalieri a cui afferiscono 212 Strutture Operative (83 Complesse e 129 Semplici):

- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio
- Dipartimento Oncologico e delle Tecnologie Avanzate
- Dipartimento Neuromotorio e Riabilitativo
- Dipartimento delle Medicine specialistiche
- Dipartimento Internistico
- Dipartimento delle Chirurgie Generali e Specialistiche
- Dipartimento Materno Infantile

Il Dipartimento Farmaceutico costituisce un interlocutore costante dei Dipartimenti ospedalieri, sia per condividere le strategie e gli interventi che riguardano farmaci e dispositivi, ma anche per le numerose collaborazioni nell'ambito di commissioni, comitati o gruppi di lavoro sia a livello locale (Commissione Farmaco AVEN, Comitato Interaziendale Rischio Infettivo, Comitato per il Buon Uso del Sangue, Comitato Ospedale e Territorio Senza Dolore, Gruppo Appropriately Prescrittiva) che regionale (Commissione Farmaco RER, Grefo, ...).

Il personale dipendente assegnato complessivamente al Presidio ospedaliero, in servizio al 31.12.2018, è costituito da 4.655 operatori: 857 dirigenti medici, 84 dirigenti non medici, 3.264 operatori dell'area comparto tecnico/sanitario e 450 amministrativi/tecnici.

Tabella 3 Suddivisione del personale per stabilimento ospedaliero al 31.12.2018

	Ospedale Castelnuovo ne' Monti	Ospedale Correggio	Ospedale Guastalla	Ospedale Montecchio	ASMN	Ospedale Scandiano	Totale Presidio
Dirigenti medici	37	45	111	62	536	66	857
Dirigenti non medici		1	3		80		84
Operatori area comparto	208	242	380	236	1962	236	3264
Altro personale (amministrativo/tecnico)	16	8	38	37	316	35	450
Totale complessivo	261	296	532	335	2894*	337	4655

*Compreso personale IRCCS

Tabella 4 Indicatori di attività registrati nel Presidio ospedaliero provinciale anno 2018

Indicatore		Ospedale Guastalla	Ospedale Correggio	Ospedale Montecchio	Ospedale Scandiano	Ospedale Castelnovo ne' Monti	ASMN	Totale Presidio
Indicatori di ricovero	N° PL Totali	187	158	119	101	95	856	1.516
	- Ordinari	177	151	112	91	88	800	1.419
	- DH/DS	10	7	7	10	7	56	97
	Giornate di degenza	42.234	45.724	25.997	19.306	19.746	239.680	392.687
	Giornate di presenza DH/DS	2.147	433	1.419	1.885	756	15.087	21.727
Dimessi totali	-Ordinari	8.923	3.049	5.941	6.030	3.723	37.588	65.254
	-DH/DS	7.215	2.626	4.708	4.251	3.007	31.369	53.176
		1.708	423	1.233	1.779	716	6.219	12.078
Pronto Soccorso	N° Accessi PS	23.923	15.487	20.670	22.726	14.864	87.953	185.623
	N° OBI	801	183	401	1.410	201	5.362	8.358
N° Interventi Chirurgici	N° Totale	5.062	3.691	3.402	4.380	2.404	24.403	43.342
	-Ordinari	2.890	68	1.407	1.032	831	10.831	17.059
	-Day Surgery	1.639	361	1.040	1.623	543	5.229	10.435
	-Ambulatoriale	533	3.262	955	1.725	1.030	8.343	15.848
Prestazioni specialistiche ospedaliere (n° esami per esterni)	N° visite totali	72.314	33.610	58.806	60.249	41.045	309.902	575.926
	N° esami Diagnostica Immagini totali	74.638	52.110	49.555	84.925	41.599	268.159	570.986
	- RX	23.632	23.307	26.008	35.387	11.934	68.859	189.127
	- TAC	4.011	2.568	3.570	3.640	2.916	28.196	44.901
	- RMN	3.279	36	5	4.169	1.666	7.192	16.347
	- Ecografie	12.114	6.509	9.038	10.631	5.599	60.185	104.076
	- N° esami Endoscopia Digestiva totali	3.496	3.250	3.846	4.941	1.462	7.626	24.621
	- colon screening	709	645	694	1.312	357	320	4.037
	N° visite riabilitazione	2.440	5.136	2.173	2.303	2.161	10.128	24.341
	N° esami di laboratorio	1.325.105	12.365	7.102	10.393	8.046	3.608.263	4.971.274
Sedute dialitiche	5.966	2.793	5.450	4.759	3.491	25.119	47.578	

Sotto il profilo dell'assetto organizzativo, il Presidio ospedaliero provinciale si caratterizza secondo un modello a matrice in cui Dipartimenti rappresentano la componente verticale deputata a presidiare gli aspetti organizzativi e gestionali del funzionamento delle diverse strutture operative afferenti.

L'integrazione orizzontale interdipartimentale si realizza nelle Reti cliniche-assistenziali che costituiscono la sede in cui, per funzioni omogenee, si definiscono e si attuano i Percorsi Diagnostico Terapeutico-Assistenziali (PDTA) attraverso l'integrazione delle componenti specialistiche e professionali ospedaliere e territoriali. Le Reti cliniche-assistenziali rappresentano il luogo principale di confronto sui percorsi di cura.

All'interno del Presidio ospedaliero provinciale, l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia si caratterizza quale *HUB* di riferimento per:

- l'erogazione di attività di diagnosi e cura in oltre 30 discipline, alcune delle quali dotate di terapia intensiva (UTIC, Rianimazione, Neonatologia) o semi-intensiva (Pneumologia e Post-operatoria);
- il Dipartimento di Emergenza-Urgenza provinciale nell'integrazione interaziendale, in ambito di Area Vasta Emilia Nord, nella rete per la gestione delle emergenze traumatologiche, cardiologiche, stroke e dell'emergenza territoriale attraverso la Centrale Operativa 118 di Parma;
- l'erogazione di attività di servizio riconducibili ad oltre 10 discipline di orientamento laboratoristico e radiologico-radiodiagnostico;
- attività di ricerca in ambito IRCCS;
- funzioni di rilevante interesse per l'intero bacino di utenza provinciale, tra cui: Medicina Nucleare, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Ematologia, Neuropsichiatria Infantile Ospedaliera, Angiologia, Radioterapia Oncologica, Videochirurgia Endoscopica toracica, Procreazione Medicalmente Assistita, Stroke Unit, Breast Unit, Emodinamica e Aritmologia, Unità per le Disabilità Neuro-motorie dell'Età Evolutiva, Endocrinologia, Medicina cardio-vascolare, Medicina Trasfusionale, Malattie Infettive, Nefrologia e Dialisi, Reumatologia dell'adulto e pediatrica, Genetica medica e di laboratorio.

Nei 5 Ospedali *SPOKE* provinciali (Ospedali di Castelnovo ne' Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio e Scandiano), oltre alle specialità di base, sono presenti le specialità di: Cardiologia-UTIC, Terapia intensiva (Guastalla e Castelnovo ne' Monti), Ortopedia, Oculistica (tutte le sedi ospedaliere), Otorinolaringoiatria (Castelnovo ne' Monti), Urologia (Guastalla, Montecchio e Castelnovo ne' Monti), Neurochirurgia (Guastalla, Castelnovo ne' Monti e Montecchio), Chirurgia Vascolare (Castelnovo ne' Monti e Scandiano), Chirurgia Senologica (Guastalla, Scandiano, Castelnovo ne' Monti) che operano in integrazione con le attività dei servizi distrettuali territoriali e sono connotate da alcune vocazioni specialistiche (ad es. riabilitativa dell'Ospedale di Correggio e uro-ginecologica per il trattamento e la riabilitazione delle patologie del pavimento pelvico dell'Ospedale di Montecchio) e linee di produzione distintive secondo il modello delle *focused factories*.

Il Presidio ospedaliero provinciale ha la gestione di 4 Punti Nascita, di cui 3 *SPOKE* e un *HUB* presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova, con funzione di riferimento di secondo/terzo livello, in ambito ostetrico e neonatologico per la gestione delle gravidanze a rischio, dei nati pretermine e patologici.

Le attività ospedaliere di ostetricia e ginecologia sono fortemente integrate con le strutture consultoriali dei distretti a garanzia della continuità assistenziale.

Tabella 5 **Nati e parti registrati nei Punti Nascita della provincia anno 2018**

	Numero nati 2018	Numero parti 2018
Reggio Emilia	2.257	2.200
Guastalla	571	569
Montecchio	525	525
Scandiano	395	395
Totale	3.748	3.689

Il Presidio ospedaliero collabora con Istituti e Aziende ospedaliere universitarie regionali ed extraregionali, negli ambiti della ricerca, dell'assistenza e della formazione, oltre a concorrere alla rete formativa degli Atenei di riferimento (in particolare Università di Modena e Reggio Emilia e Università di Parma), al fine di assicurare il completamento del percorso formativo per specializzandi di area medica e sanitaria, nonché per la formazione universitaria delle principali professioni sanitarie.

Le SOC di Reumatologia e Unità per le Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (UDGEE) sono a direzione universitaria e sono in essere convenzioni con UNIMORE per l'integrazione assistenziale di professori di 1^a fascia nelle discipline di Ematologia e Dermatologia.

Presso l'IRCCS sono attivi 26 dottorati di ricerca.

Il Presidio ospedaliero provinciale fa parte del Sistema Interaziendale di Assistenza ai Traumi (SIAT) con sede a Parma e che raggruppa le tre province di Reggio Emilia, Piacenza e Parma, dove ha sede l'unica Centrale Operativa 118.

Sono, inoltre, attivi progetti interaziendali in rete *HUB & SPOKE* con l'Azienda ospedaliero universitaria di Parma, in materia di:

- attività neurochirurgica integrata con la Neurochirurgia di Parma, anche per interventistica neuroradiologica elettiva o in urgenza differibile;
- gestione ed effettuazione di procedure di interventistica cardiologica strutturale (TAVI).

È attivo un progetto interaziendale in rete *HUB & SPOKE* con l'Azienda ospedaliera di Modena, in materia di Chirurgia Pediatrica.

Da segnalare anche le collaborazioni con l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per le attività di Ortopedia Pediatrica presso la sede di Guastalla e con l'Azienda ospedaliero universitaria di Modena (sede Ospedale di Baggiovara) per il trattamento intra-arterioso dello *Stroke* ischemico.

Sono, infine, attivi Programmi in Rete intra-provinciali all'interno dei quali l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia assolve a funzioni di *HUB* (Programma Cardiologico – Programma Sangue, Programma Gastroenterologico ed Endoscopia Digestiva, Programma Nefrologico e Dialitico, Programma Materno Infantile, Programma Screening delle neoplasie cervico-vaginali, tumore del colon - retto e mammografico).

La dotazione tecnologica vede in particolare:

- 8 blocchi operatori polispecialistici distribuiti nei 6 ospedali,
- 2 acceleratori lineari convenzionali ad alta energia di ultima generazione, una Tomotherapy, un acceleratore lineare mobile per Radioterapia intraoperatoria (IORT) e 1 TC simulatore a 64 strati e doppia energia,
- 2 sistemi integrati PET CT, di cui uno completamente digitale di recente installazione, 1 sistema SPECT CT (Gamma Camera e CT) e 1 ciclotrone per la produzione di radiofarmaci utilizzati in campo diagnostico e per ricerca, cui afferisce il Laboratorio di Radiofarmacia,
- 8 TC, di cui una a 128 strati (è prevista l'installazione di una seconda apparecchiatura a 128 strati nel 2019) e 4 Risonanze Magnetiche da 1,5 Tesla, a cui si aggiungono una Risonanza Aperta e una Risonanza Osteoarticolare,
- 1 angiografo digitale robotizzato di ultima generazione installato nella sala ibrida del CORE, a cui si aggiungono 2 angiografi per emodinamica ed 1 angiografo per interventistica radiovascolare,
- analizzatori di ultima generazione fra cui sistemi NGS (Next Generation Sequencing), nei laboratori di ricerca,
- apparecchiatura microarray che con tecniche di ibridazione inversa, consente di confrontare i profili di espressione genica nel laboratorio di genetica,
- 2 laboratori di Analisi organizzati in CORELAB, con linee di analizzatori ad alta automazione,
- 1 Unità Farmaci Antiblastici (UFA) per la preparazione e l'allestimento centralizzato delle terapie oncologiche.

Il Presidio ospedaliero è in possesso dei seguenti accreditamenti:

- Accredito istituzionale di tutte le Strutture e del Servizio Formazione.
- Accredito regionale per il Centro Procreazione Medicalmente Assistita e per il Servizio di Medicina TrASFusionale.
- Accredito istituzionale ministeriale per gli IRCCS Oncologici (accredito Organizzazione Europea dei Cancer Institutes OECI).
- Accredito JACIE per trapianto di midollo.
- Certificazione delle Strutture per sperimentazioni cliniche di Fase 1 (Oncologia, Medicina Nucleare, Ematologia, Reumatologia).
- Certificazione volontaria SIED della Struttura Complessa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva.

Aree strategiche individuate come prioritarie nel Piano Attuativo Locale

Questo documento rappresenta uno strumento nato dalla collaborazione di vari interlocutori: cittadini, professionisti, attori sociali, istituzioni ed enti. La partecipazione, a tutti i livelli e di tutti gli attori coinvolti, infatti, rappresenta un fattore imprescindibile per la definizione di un piano unitario e coerente di programmazione della sanità reggiana e per la sua successiva implementazione.

Alla luce di queste considerazioni, nella riunione dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) in dicembre 2017, si sono gettate le basi per la formulazione del nuovo Piano Attuativo Locale ospedaliero provinciale.

Quasi al contempo, nel corso dell'Ufficio di Presidenza della CTSS di novembre 2017, a stralcio del futuro PAL, è stato approvato il Programma denominato "S. Anna Plus" che, facendo seguito agli indirizzi regionali di potenziamento e sviluppo delle attività clinico-assistenziali e riqualificazione/ammodernamento degli ospedali appenninici, prevede la realizzazione di una serie di interventi strutturali, tecnologici e di incremento della dotazione professionale, che anticipano, nella loro formulazione e realizzazione, le previsioni del futuro PAL provinciale.

Questo PAL sotto il profilo progettuale auspica di:

- ottimizzare un sistema complesso, per dare risposte su scala globale,
- integrare e distribuire in modo omogeneo l'offerta ospedaliera,
- interfacciare più efficacemente le strutture intermedie,
- perfezionare la collaborazione fra le sue diverse componenti,
- introdurre modelli e metodi organizzativi innovativi a supporto dei percorsi clinico-assistenziali e delle reti cliniche.

Le aree prioritarie individuate dal *Panel* dell'Ufficio di Presidenza della Conferenza Territoriale Sociale Sanitaria, includono:

1. Hospital Network - il nuovo modello dell'AUSL IRCCS di Reggio Emilia
2. Gestione Operativa e Chirurgie
3. Emergenza-Urgenza
4. Rete Perinatale e Materno Infantile
5. Rete Oncologica e IRCCS
6. Neuroscienze
7. Struttura Intermedia

Queste aree strategiche rappresentano l'inizio di un percorso che proseguirà nei prossimi anni, finalizzato al consolidamento di una strategia sanitaria condivisa, integrata e intersettoriale.

1. Hospital Network

La scelta di riordinare la rete ospedaliera della provincia di Reggio Emilia ed aggregarla in un unico soggetto presuppone obiettivi certamente sfidanti.

L'Hospital Network (1) rappresenta il connettivo del nuovo modello: un gruppo di ospedali che lavorano insieme per coordinare e sviluppare una qualificata offerta di prestazioni e servizi (integrata con quella extra-ospedaliera) rivolta alla comunità di riferimento, nel rispetto del *service-mix* che ciascuno di essi è in grado di assicurare, valorizzando al contempo le professionalità presenti (Box 1). Un hospital network è “una rete o un gruppo di ospedali che lavorano insieme per coordinare l'erogazione di un'ampia varietà di servizi alla loro comunità” (3).

Box 1 Hospital network di Bruce Bennett 2014 (1)

... Il modo di concepire l'ospedale in America sta subendo enormi cambiamenti. Gli ospedali, una volta destinazione di malati o infermi, ora sono parte integrante della comunità che servono ...

... Gli ospedali delle varie comunità, che hanno servito popolazioni specifiche, vengono ora incardinati in più grandi sistemi ospedalieri per essere annessi e inclusi in una rete più ampia. Alcune attività specialistiche dei grandi e più attrezzati ospedali sono state rese disponibili negli ospedali delle varie comunità.

... Gli effetti di ciò sono duplici:

1. Gli ospedali sono maggiormente in grado di tenere traccia del percorso di un paziente anche dopo che questo ha lasciato l'ospedale. Questo aiuta l'ospedale a controllare, ad esempio, se il paziente ha acquistato e sta assumendo i farmaci prescritti. Con un maggiore controllo del paziente al di fuori delle tradizionali mura ospedaliere, i risultati clinici sono in costante miglioramento.

2. Gli ospedali sono in grado di mantenere i pazienti all'interno della loro area di servizio. Creando una rete di strutture ambulatoriali e di servizi, l'ospedale mantiene i pazienti all'interno della propria rete e quindi ha un maggior controllo dei risultati...

... Quanto può estendersi il bacino d'influenza di un ospedale? Tramite la telemedicina, un paziente che risiede in aree remote potrebbe ricevere le stesse cure di un paziente che vive in un'area metropolitana ben servita. La tecnologia ha permesso ai medici di portare le loro capacità oltre le mura dell'ospedale tradizionale. Lo sviluppo continuo di applicazioni che consentono ai medici di accedere a questo 'ospedale virtuale' potenzia la capacità di un sistema ospedaliero facendolo arrivare ai pazienti che sarebbero al di fuori dell'area di servizio prestabilita ...

Fonte, parzialmente modificato e tradotto da: BRUCE BENNETT. 2014. The Hospital of 2015. [Online]. LinkedIn. Disponibile: <https://www.linkedin.com/pulse/20141027145539-140578627-the-hospital-of-2015/> [Accessed January 2019]. (1)

Il modello di Bennett (1) nasce in un contesto territoriale ed in un sistema sanitario diverso (una realtà, quella americana, di quasi-mercato e di universalismo selettivo), ma rappresenta efficacemente lo sviluppo e l'evoluzione dell'*Hub&Spoke*, dove i nodi della rete si riempiono di connessioni trasversali. Abbiamo forti segnali che inducono a ritenere necessario (e per certi versi, inevitabile) un cambiamento di rotta per fronteggiare e gestire la metamorfosi di natura epidemiologica, culturale e sociale che caratterizza questi tempi, per ridisegnare ed incoraggiare una partecipazione diffusa ad imprescindibili innovazioni di carattere organizzativo, in cui:

- le reti strutturali e le reti cliniche costituiscano l'architrave del nuovo impianto;
- l'appropriatezza clinica ed assistenziale, la sicurezza delle cure, la presa in

carico di ogni singolo caso (sia esso a rilievo clinico o amministrativo) si coniughino con la linearità e la fluidità dei percorsi, nei quali l'assenza di duplicazioni e di soluzioni di continuità nelle relazioni fra le diverse componenti del sistema diventino un carattere distintivo del modello adottato, assicurando, peraltro, volumi di attività tali da rappresentare una maggiore garanzia di qualità degli esiti;

- la priorità percepita dai cittadini per tutto ciò che attiene all'emergenza-urgenza ed alle patologie tempo-dipendenti rappresenti lo stimolo a riorganizzare in modo innovativo e sicuro l'intero sistema, nelle sue componenti intra ed extra-ospedaliere;
- i nuovi modelli e le nuove funzioni vengano avvertiti non come l'obiettivo a cui tendere, bensì come lo strumento attraverso il quale perseguire i risultati attesi, A. Donabedian: "...Il modello non è il padrone, ma il domestico..." (4).

1.1 Il modello

Nell'assetto attuale, vengono elencate di seguito le sfide gestionali ed organizzative più complesse:

- Passare dall'organizzazione per processi alla gestione per processi: in altre parole, portare il lavoro fatto negli ultimi anni sui percorsi clinico-assistenziali (PDTA) al riconoscimento organizzativo, attraverso l'identificazione delle "unità fondamentali" (i team) che si occupano di gestire le principali linee di servizio (ad esempio: lo scompenso cardiaco, le principali patologie oncologiche, le patologie tempo-dipendenti, ecc.), con una precisa organizzazione dell'offerta, responsabilità di risultato, di sviluppo professionale e tecnologico.
- Passare da "RETE A SISTEMA", attraverso il disegno di un sistema ospedaliero multi-stabilimento innovativo, che usi al meglio il portafoglio di opzioni disponibili:
 - gli *Hub e gli Spoke*;
 - la definizione di strutture "*focused-factory*": strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie;
 - la creazione/consolidamento di centri ospedalieri di riferimento provinciale (ad es: la Riabilitazione per l'Ospedale di Correggio);
 - la definizione del ruolo dei singoli ospedali nella rete dell'emergenza (governata dai protocolli della Centrale Operativa 118), dell'urgenza (gestita dai mezzi di soccorso o in regime di autopresentazione da parte dei pazienti), delle attività programmate o prevalentemente programmate;
 - lo sviluppo di logiche di mobilità dei professionisti sull'intera rete ospedaliera (équipe itineranti) per dare ulteriore concretezza alle strategie di concentrazione dei saperi specialistici nei professionisti in relazione ai volumi e agli esiti delle prestazioni, garantendo al contempo un accesso diffuso sul territorio, ove opportuno o necessario.
- Innalzare i livelli di sicurezza, di competenza e di appropriatezza.
- Dare garanzie di equità, attraverso l'allineamento verso standard appropriati di trattamento, a garanzia dell'uniformità nei confronti del paziente, con una crescente attenzione alla personalizzazione delle cure e dell'assistenza.
- Consolidare la continuità e la presa in carico, attraverso la concentrazione e

costruzione di setting di produzione condivisi, organizzati ed interconnessi secondo i bisogni assistenziali, per rendere più fluida la transizione degli assistiti tra livelli e setting di cura ed assistenza.

- Sviluppare le professionalità.
- Aumentare nella popolazione il livello di conoscenza dell'organizzazione, delle sue articolazioni, dei presupposti alla base delle scelte effettuate, allo scopo di favorire un utilizzo delle risorse sempre più consapevole ed appropriato.

Si tratta, in sostanza, di immaginare (sotto il profilo concettuale) e realizzare (sotto il profilo organizzativo) un unico ospedale provinciale, frutto della completa integrazione di 6 stabilimenti, che porti in sé le caratteristiche dell'ospedale del futuro prefigurato dal *Royal College of Physician* (5) inglese nel 2013:

- senza muri: «...*care should come to the patient, not the patient to care...*»;
- ridisegnato sulle necessità del paziente;
- con un'assistenza continuativa, priva di barriere fisiche o professionali;
- con medici che possono operare nel territorio per una parte del loro tempo;
- potenziando le relazioni fra medici e altri operatori sanitari e sociali;
- con un forte legame con la medicina territoriale e i servizi sociali;
- sicuri, efficaci e "premurosi" (*compassionate*), che tengano conto di pazienti con problemi mentali (es: disturbi cognitivi), condizioni croniche, attenti al loro benessere e ai necessari supporti di carattere sociale.

D'altra parte, parafrasando Ronald Coase (Premio Nobel 1991 per l'Economia), se un'Azienda esiste quando il ricondurre sotto un'unica gestione le diverse linee di produzione produce benefici in termini di qualità ed efficienza produttiva, un ospedale esiste, si sviluppa e mantiene la sua ragion d'essere nel tempo quando la sua organizzazione è in grado di adattarsi costantemente al mutare dei bisogni di diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione dei suoi pazienti, integrandosi pienamente con i servizi sanitari, socio sanitari e sociali, con efficacia, efficienza (senza inutili o pericolose duplicazioni), appropriatezza, sicurezza e risultati di salute costantemente incrementali.

Il modello pensato per il Presidio ospedaliero della provincia di Reggio Emilia prevede una struttura organizzativa che si articola attorno a due linee di responsabilità di risultato, entrambe con una direzione tecnica di riferimento:

1. *La linea di produzione e presidio delle competenze specialistiche*
2. *La linea dei processi ad alto fabbisogno di integrazione*

1. È la linea principalmente disegnata per presidiare direttamente la produzione ed erogazione di servizi. Essa si struttura in dipartimenti, quali articolazioni organizzative di riferimento. I dipartimenti ospedalieri, insistendo su più stabilimenti, trovano unitarietà di indirizzo nella Direzione del sistema ospedaliero, alla quale fanno riferimento e dalla quale ricevono indirizzi ed obiettivi di programmazione e riferimenti operativi per la migliore gestione delle risorse produttive.

I dipartimenti territoriali (Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Sanità Pubblica, Cure Primarie, Farmaceutico) afferiscono direttamente alla Direzione Aziendale. Le Direzioni di Distretto sono riferimenti diretti del Direttore Generale, con funzioni di supporto alla pianificazione, al miglioramento delle performance di esito e salute della popolazione, all'attuazione delle strategie di riconfigurazione dell'offerta sanitaria (medicina di iniziativa, *population health management*, ecc.) e di *stakeholder management* sul territorio di riferimento.

2. È la linea organizzata per presidiare le reti cliniche e favorirne la progressiva strutturazione e sviluppo delle *Unit* specialistiche di riferimento. Le reti clinico-assistenziali da un punto di vista organizzativo rappresentano ambiti di erogazione di servizi ad alta necessità di integrazione, quali il cardiovascolare, le neuroscienze, il muscolo scheletrico, l'oncologico, il materno infantile, ecc.

1.2 Le reti cliniche

La multidisciplinarietà, la medicina *evidence based*, l'equità di accesso alle cure, la continuità della presa in carico e la centralità del paziente costituiscono da tempo il banco di prova di un sistema sanitario pubblico evoluto e adeguato ai bisogni dei pazienti ed alle richieste dei professionisti (6).

Allo strumento "rete" è stato affidato il compito di rispondere a molteplici esigenze che negli anni sono maturate all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, quali ad esempio quelle di:

- rispondere alla complessità crescente dei processi assistenziali e alla necessità di integrare e/o condividere conoscenze, competenze, percorsi di assistenza;
- rendere fruibili "a distanza" competenze specialistiche (*équipe* itineranti), aumentando così gli standard di assistenza erogati;
- garantire l'equità di accesso alle cure;
- ottimizzare la gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente definendo esattamente il ruolo che il singolo nodo è chiamato a svolgere, con un conseguente miglioramento della qualità dell'assistenza (questo obiettivo ha trovato particolare spazio non solo nel rapporto tra ospedali, ma anche nella continuità assistenziale ospedale-territorio e nella conseguente presa in carico del paziente nella rete locale);
- migliorare l'utilizzo delle risorse complessivamente disponibili;
- adattare maggiormente il sistema delle cure ai bisogni dei pazienti.

Il forte impulso alla creazione di reti ha determinato il moltiplicarsi, in ciascuna programmazione regionale, di soluzioni eterogenee. Al contempo, accanto alle previsioni istituzionali cresceva in questi anni l'esigenza, da parte dei professionisti, di "connettersi", moltiplicando in tal modo le modalità di collaborazione, importanti ma non istituzionalizzate.

Il concetto di rete cliniche risponde ad alcune regole e principi (7):

- Le reti nascono quando i sistemi si riempiono di connessioni
- Le reti funzionano se le spinte collaborative bilanciano quelle competitive

- I nodi della rete accettano le condizioni del «gioco di rete»
- Le reti complesse devono essere mantenute costantemente
- Le reti cliniche non sempre coincidono con le reti dell'offerta (strutturali).

A loro volta le reti dell'offerta possono non coincidere con le reti cliniche. Questo vale, in particolare, quando la rete dell'offerta viene definita e strutturata in modo *top down*.

Ad esempio, il richiamo presente nel DM70/2015 (8) a programma volumi/esiti configura uno scenario di razionalizzazione dei centri dell'offerta per alcune prestazioni in relazione ai volumi di produzione. Questo comporta una riduzione dei punti di erogazione e la centralizzazione della casistica nei centri che soddisfano i criteri di casistica trattata. C'è però anche la possibilità di operare in modo *bottom up* quando i professionisti definiscono loro stessi le modalità di integrazione tra i diversi centri, cooperando non per escludere quelli a bassa casistica, ma per includerli invece in una organizzazione che garantisca l'erogazione su più sedi a carico di un unico team di professionisti.

Quindi le reti ospedaliere o dell'offerta (*Hospital Network*) non coincidono con le reti cliniche (*Clinical Network*) ma, necessariamente, l'obiettivo del management è quello di poterle coniugare in modo che le une influenzino le altre. Questo può avvenire, come già anticipato:

1. attraverso la razionalizzazione dei nodi mediante l'applicazione degli standard sui volumi;
2. definendo la rete clinica e adattandola successivamente alla rete dell'offerta, utilizzando come strumenti i PDTA e team multi-sede.

Nel modello di Reggio Emilia le reti cliniche devono essere lette come la possibilità di sviluppare i principi della *Clinical Governance* (qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, equità, appropriatezza) grazie a strumenti quali PDTA, team multidisciplinari, *Units* che definiscano anche la rete dell'offerta.

1.3 Reti, programmi e comitati

Le Reti sono aggregazioni di *Units* (ad esempio, in ambito oncologico: la *Unit* del tumore della mammella, del fegato, del colon retto), preposte a gestire e presidiare tutti i Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali (PDTA) inerenti alla patologia di quell'organo o di quel distretto anatomico.

Si può affermare che una *Unit* è una sommatoria di PDTA e una Rete è una sommatoria di due o più *Units*. Coinvolgono tutte le professionalità che operano su una determinata casistica, sia all'interno dell'ospedale che nel territorio. Sono formate da team multidisciplinari strategici, il cui obiettivo primario è quello di governare i percorsi di cura, definire gli standard di trattamento, l'organizzazione del lavoro, gli indicatori di *outcome* clinico ed organizzativo.

Le Reti hanno le seguenti caratteristiche:

- pluralità di offerte indipendenti;
- volumi significativi di attività;
- sapere specialistico di riferimento che “insiste” su diverse discipline (es:

Neurologo, Radioterapista, Oncologo, Radiologo, Medico Nucleare, ecc.).

Se ne riportano alcuni esempi:

- Ortopedico-Traumatologica
- Oncologica
- Gastroenterologica
- Cardiologica e cardiocirurgica
- Materno Infantile
- Neuroscienze
- Autoimmunità
- Cure palliative

I Programmi (o *Task Force*) possono essere mono o multidisciplinari, articolati sia sull'ospedale che nel territorio e, a differenza delle Reti, sono chiamati a lavorare su obiettivi contingenti, legati ad un problema di salute o ad una criticità di carattere organizzativo.

I Programmi hanno responsabilità di progetto, di rilevanza aziendale, lavorano per obiettivi che possono insistere anche su tutto il sistema di offerta provinciale. Se ne riportano alcuni esempi:

- Anestesiologico
- Endocrino-Metabolico
- Vascolare
- Promozione della salute
- Riabilitativo

I Comitati sono gruppi di lavoro (istituiti su base volontaria o normati per legge) finalizzati ad affrontare specifiche aree tematiche, a presidiare ambiti di interesse rilevante, a collaborare al governo di un ambito gestionale.

Se ne riportano alcuni esempi:

- Buon uso del sangue
- Etico
- Infezioni Ospedaliere
- Comitati di Dipartimento
- Ospedale-Territorio senza dolore.

Programmi e Comitati, nell'organigramma/fuzionigramma sono trasversali a tutte le Reti.

1.4 I Percorsi Diagnostici, Terapeutici e Assistenziali

I PDTA (conosciuti anche come percorsi assistenziali, percorsi di assistenza integrata, piani di gestione dei casi, percorsi clinici o mappe di assistenza) sono utilizzati per pianificare e seguire in modo sistematico un programma di assistenza centrato sul paziente. Sulla base di dibattiti internazionali, si riporta di seguito l'ultima definizione di PDTA.

Un PDTA è un intervento complesso multidisciplinare mirato alla condivisione dei

processi decisionali e dell'organizzazione dell'assistenza per un gruppo specifico di pazienti durante un periodo di tempo ben definito.

Le caratteristiche fondanti i PDTA includono:

1. una personalizzazione del percorso clinico proposta e validata da un team multidisciplinare ed interprofessionale;
2. una chiara esplicitazione degli obiettivi e degli elementi chiave dell'assistenza basata su evidenze scientifiche, *best practice*, aspettative dei pazienti e loro caratteristiche;
3. la facilitazione delle comunicazioni tra i membri del team e i pazienti e le loro famiglie;
4. la gestione del processo di assistenza tramite il coordinamento dei ruoli e l'attuazione consequenziale delle attività dei team multidisciplinari di assistenza, dei pazienti e delle loro famiglie;
5. la documentazione, il monitoraggio e la valutazione delle variabilità e dei risultati;
6. l'identificazione delle risorse appropriate.

L'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità dell'assistenza, migliorando gli *outcomes*, promuovendo la sicurezza dei pazienti, aumentando la soddisfazione dell'utenza ed ottimizzando l'uso delle risorse.

Fin dalla fine degli anni '90, si è consolidata negli ospedali della provincia di Reggio Emilia la prassi di analizzare i casi complessi e discuterli collegialmente in gruppi multidisciplinari.

Il PDTA rappresenta un'evoluzione della semplice multidisciplinarietà, perché prevede la definizione di obiettivi, una sistematica raccolta dei dati, l'individuazione degli indicatori di misurazione dei risultati, la loro analisi e la definizione di nuovi standard, nella prospettiva del miglioramento continuo.

Costituisce il cardine organizzativo della cosiddetta *personalized care*, in quanto ogni caso viene valutato ed analizzato individualmente, superando in tal modo il concetto di standardizzazione delle cure ed adattando il percorso clinico assistenziale ad ogni singolo paziente.

Attualmente i PDTA attivi e quelli da implementare sono riportati in Tabella 6.

Tabella 6 PDTA già attivi e da implementare

PDTA già attivi	
ONCOLOGICI	NON ONCOLOGICI
Colon Retto	Frattura di femore prossimale da fragilità
Epatocarcinoma	Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali
Linfoma	Neonato prematuro
Mammella	Piede diabetico
Melanoma	Scompenso cardiaco
Ovaio	Gestione integrata diabete Tipo II non complicato
Pancreas	SLA
Polmone	
Prostata	
Tiroide	
PDTA da implementare	
ONCOLOGICI	NON ONCOLOGICI
Neuroncologico	Endocardite batterica
	Sclerosi Multipla

I gruppi multidisciplinari attivi (che evolveranno in PDTA) sono:

- Gastroenterologia oncologica
- Interstiziopatie polmonari
- Mesotelioma
- Mieloma
- NET
- Obesità patologica
- Tumori Testa-Collo
- Tumori Ginecologici

1.5 La ridefinizione di aree e vocazioni specifiche della rete ospedaliera

L'integrazione orizzontale ha a che fare con le dimensioni produttive del sistema organizzativo. Fra queste, le *focused factories* (9) sono strutture ospedaliere specializzate nell'assistenza di pazienti affetti da specifiche patologie di cui governano i protocolli assistenziali. Queste strutture trovano nei volumi di attività e nella specializzazione la fonte dello sviluppo delle massime competenze cliniche ed assistenziali. Alcuni ospedali dell'Azienda USL possono essere identificati come poli che ospitano *focused factories* (anca, oculistica, ORL, ecc.) o che assumono una vocazione specifica rispetto alla gestione di un bisogno assistenziale complesso (geriatrico) e dotate, in misura crescente, di possibili "step-down" units (di transizione al territorio, di sub-acuto o post-acuto, ecc.).

Altri possono configurarsi come strutture di prossimità tra l'Ospedale per acuti e le Cure Primarie, con una partecipazione ai processi assistenziali e di cura di professionisti di entrambe le componenti, sia in entrata (gestione di posti letto

non ospedalieri: OsCo/*Hospice*), che in uscita (competenze specialistiche nella gestione delle cure domiciliari).

Le caratteristiche distintive che ciascun ospedale assumerà, unitamente alla tipologia della casistica trattata, dovranno prevedere, al contempo, la conferma o la rivisitazione degli attuali modelli organizzativi (strutture attive 7 giorni su 7, 5 giorni su 7 *week hospital, day/one day surgery*) con guardia autonoma o integrata. Al tempo stesso, tenendo in considerazione gli aspetti geografici, unitamente ai livelli consolidati di collaborazione fra le diverse strutture ed alla necessità che ciascuna aggregazione territoriale abbia un ospedale *hub o minihub* di riferimento per l'emergenza-urgenza, si può ipotizzare la suddivisione della provincia in 2 aree ospedaliere:

- Nord (comprendente gli Ospedali di Montecchio, Guastalla, Correggio)
- Centro Sud (comprendente gli Ospedali di Reggio Emilia, Scandiano e Castelnovo ne' Monti).

Box 2. Tradotto e adattato da: Skinner W. *The focused factories*. Harvard Business Review. 1974

...L'Azienda convenzionale cerca di conciliare troppe linee di prodotto conflittuali tra loro, all'interno di politiche produttive incoerenti. Il risultato è che la fabbrica rischia di non essere competitiva ed efficiente perché le strategie non sono concentrate su di un unico compito, fondamentale per competere con successo nel suo settore....

...Un'Azienda che si focalizza su una ristretta tipologia di prodotti in una particolare nicchia di mercato migliorerà la performance del suo stabilimento...

...Laddove le sue tecnologie, i sistemi di supporto e le procedure si concentrino su pochi prodotti per una specifica tipologia di clienti, i costi di produzione e, in particolare, le spese generali saranno inferiori rispetto ad una produzione tipologicamente più ampia. Ma, soprattutto, lo stabilimento produttivo può diventare competitivo perché tutto il suo apparato può concentrarsi sul prodotto richiesto dalla più complessiva strategia aziendale e dagli obiettivi del mercato...

1.6 La mobilità dei professionisti

Nel sistema ospedaliero-sanitario dell'Azienda USL IRCCS di Reggio Emilia che si va costituendo, la mobilità dei professionisti tra gli ospedali assume valore e priorità per diversi motivi:

- diffondere i saperi specialistici sul territorio;
- mantenere le competenze;
- sviluppare e trattenere le professionalità;
- aumentare la capacità produttiva delle piattaforme già disponibili;
- distribuire l'offerta delle attività programmate o programmabili, garantendo professionalità distribuite in tutti i nodi della rete, in relazione alle casistiche trattate e concentrando su alcune sedi le migliori competenze, nel rispetto del *service-mix* dei singoli ospedali.

Quest'ultimo aspetto deve sempre essere tenuto in elevata considerazione, per evitare che le competenze non possano esprimersi al meglio se operanti in contesti non in grado di supportarle nelle varie fasi del percorso di cura e di assistenza.

2. Gestione Operativa e Chirurgie

La distribuzione delle risorse di sala operatoria è garantita da un governo terzo (Servizio di Gestione Operativa). La gestione operativa (controllore terzo), pertanto, ha quale obiettivo quello di massimizzare la capacità produttiva, armonizzando il lavoro di diverse unità produttive (reparto, posti letto, pre-ricovero), migliorando così la logistica e riducendo gli sprechi.

Il contesto organizzativo delle sale operatorie presenta una altissima complessità rispetto ad altri setting assistenziali per l'elevato impatto tecnologico, per l'innovazione significativa delle metodiche chirurgiche ed anestesilogiche e per la necessità di *skill* elevati e per la compresenza di professionisti con competenze diverse.

La modalità di lavoro è sinteticamente di seguito esposta:

1. analisi: esplicitazione delle finalità, scelta dei processi e mappatura dei risultati attesi (ad es: riduzione liste di attesa e rispetto dei tempi d'attesa previsti dai codici di priorità secondo la DGR 272/2017 (10);
2. progettazione del cambiamento, condividendolo con i professionisti;
3. applicazione del modello;
4. verifica delle criticità e dei risultati;
5. standardizzazione dei principali processi assistenziali.

L'applicazione del modello "*operation management*" e delle *équipe* itineranti agita su scala aziendale (primo esempio in Italia) è un processo complesso ed articolato che richiede ai professionisti di condividere letteratura scientifica e saperi, per evitare che il paziente, in caso di spostamento da una sede all'altra, riceva una indicazione anestesilogica o chirurgica diversa, individuando all'interno della rete le vocazioni distintive delle singole strutture e superando i nodi critici. Nel caso reggiano, il servizio di gestione operativa non ricerca esclusivamente efficienza, ma tenta di coniugare appropriatezza delle cure alla luce delle evidenze, almeno per le principali casistiche trattate.

Questo modello, infine, se correttamente applicato, permette di far acquisire ai giovani professionisti la *clinical competence* adeguata per alcune casistiche, ad alta frequenza ed a media bassa complessità con una corretto *mix* di competenze al tavolo operatorio.

L'Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano con il Rapporto OASI 2018 (11), elaborato da CERGAS – Bocconi, ha analizzato le nuove funzioni dell'*Operation Management* nelle aziende pubbliche del SSN. Il rapporto, ha messo in luce l'importante lavoro svolto dall'*Operation Management* nell'Azienda USL di Reggio Emilia che è stata istituita – diversamente dalle altre strutture studiate nel rapporto – non in relazione ad una direttiva regionale, ma per forte *commitment* e volontà della direzione aziendale di rispondere alla riduzione delle liste d'attesa per le procedure chirurgiche (11).

2.1 Obiettivi

Gli obiettivi condivisi nei gruppi di lavoro sono stati:

- riprogettare il percorso del paziente chirurgico condividendo a priori con i clinici i criteri di emergenza-urgenza, codificandone i percorsi e gli esami strumentali necessari;
- verificare le casistiche da concentrare in conformità alle indicazioni inerenti ai volumi/esiti;
- garantire cure di prossimità in funzione del *setting* di cure ed in condizioni di sicurezza;
- valutare le metodiche chirurgiche di superiorità;
- Individuare le casistiche che possono essere delocalizzate nelle sedi della rete a media complessità determinando il *patient flow* (pre-ricovero e degenza post operatoria);
- rivalutare le metodiche/procedure chirurgiche in essere privilegiando quelle di maggior valore;
- individuare eventuali barriere organizzative;
- garantire le *clinical competence*;
- prevedere scenari futuri per alcune discipline individuando *focused factories* (strutture ospedaliere specializzate) per distretto anatomico;
- mantenere i dati di produzione.

2.2 Materiali e metodi

Per elaborare le ipotesi oggetto del documento sono stati estrapolati, strutturati ed analizzati alcuni dati e sulla base degli stessi sono stati riuniti chirurghi, anestesisti, Direzione Professioni Sanitarie e tutti gli *stakeholder* per elaborare alcune proposte sinteticamente descritte. Per facilitare la lettura dei dati è stato altresì predisposto, per ogni unità operativa, un *data-set* con la finalità di sintetizzare diversi punti di vista su:

1. dimensionamento puntuale (prevalenza al 01/08/18) qualitativo e quantitativo della lista di attesa e del rispetto dei tempi di attesa;
2. analisi retrospettiva (2017 e 2018) delle *performance* di intervento eseguito entro i tempi di attesa;
3. principali produzioni passate e proiezione futura;
4. stimolo a riflettere sulla *clinical governance* confrontando il *timing* di sala operatoria fra diverse *équipe* (per interventi principali/frequenti) e il numero di interventi per operatore.

È importante sottolineare che tali dati sono stati condivisi da tutti i professionisti in modo trasparente, per permettere una visione sistemica e non centrata solo sulla singola struttura complessa.

2.3 Risultati e conclusioni

Si riportano di seguito le proposte elaborate:

- *Master Surgery Planning* (Tabella 7) che descrive l'allocazione della casistica, per ogni specialità, nei vari stabilimenti della rete ospedaliera, frutto delle analisi dei dati e di revisioni di letteratura. Si tratta di una proposta che è

- oggetto di costante rimodulazione da parte della Gestione Operativa, in ordine alle esigenze di programmazione strategica dell'Azienda;
- è stata condivisa con i clinici a priori la modalità di centralizzazione di alcune casistiche;
 - sono stati definiti stabilimenti “*focused*” ossia strutture ospedaliere specializzate, dove è stata concentrata casistica con lo scopo di definire *mission* distintive e ridurre l'elevato numero di pazienti in alcune sedi;
 - nel corso dell'anno 2017 è stata condivisa la letteratura riguardante gli esami preoperatori. Tale processo, in corso di informatizzazione, faciliterà gli scambi di pazienti tra le sedi evitando di ripetere la visita anestesiologicala e/o altri esami, soprattutto per quanto riguarda casistiche a bassa complessità. La centralizzazione delle funzioni di pre-ricovero in due centri *Hub*, già avviata ed in fase di consolidamento, continuerà ad essere un elemento indispensabile per garantire l'avvio e la gestione dei percorsi chirurgici appropriati.

Tabella 7 Master Surgery Planning AUSL IRCCS di Reggio Emilia

CHIRURGIA GENERALE				
SEDE DI EROGAZIONE				
		REGGIO EMILIA	CASTELNOVO NE' MONTI	
ÉQUIPE INTEGRATE	Chirurgia oncologica Reggio Emilia e Chirurgia Castelnovo ne' Monti	Chirurgia oncologica <i>No day surgery</i>	Day/week surgery e chirurgia ambulatoriale <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica (su Reggio Emilia)</i>	
		REGGIO EMILIA	SCANDIANO	
	Chirurgia urgenza Reggio Emilia e Chirurgia Scandiano	Chirurgia bariatrica Chirurgia urgenza (anche da Castelnovo ne' Monti e Scandiano) <i>No day surgery</i>	Day/week surgery e chirurgia ambulatoriale <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica (su Reggio Emilia)</i>	
		CORREGGIO	MONTECCHIO	GUASTALLA
Chirurgia generale Guastalla e Montecchio	Day surgery e chirurgia ambulatoriale <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica (su Reggio Emilia)</i>	- Day/week surgery e chirurgia ambulatoriale - Chirurgia proctologica <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica (su Reggio Emilia e Guastalla nel rispetto delle soglie previste dal PNE)</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica (nel rispetto delle soglie previste dal PNE) · Chirurgia generale in regime ordinario (7 giorni su 7) · Urgenze 	

GINECOLOGIA						
SEDE DI EROGAZIONE						
		REGGIO EMILIA	SCANDIANO	CASTELNOVO NE' MONTI	MONTECCHIO	GUASTALLA
ÉQUIPE INTEGRATE	Ginecologia Reggio Emilia e Castelnuovo ne' Monti	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica · Chirurgia a maggiore complessità · Urgenze maggiori <i>No day surgery</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia a complessità medio/bassa <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia effettuabile in Day/week surgery (proveniente da Reggio Emilia e Castelnuovo ne' Monti) 		
		· Procreazione Medicalmente Assistita				
	Ginecologia Montecchio				<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia pavimento pelvico · Chirurgia a complessità medio/bassa <i>No chirurgia oncologica</i>	
	Ginecologia Guastalla - Correggio				<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia pavimento pelvico - Uroginecologia <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica</i>	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica (solo utero) · Chirurgia in regime ordinario · Urgenze
	Ginecologia Scandiano		<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia a complessità medio/bassa <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica</i>		<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia pavimento pelvico <i>No urgenze maggiori e no chirurgia oncologica</i>	

ORTOPEDIA						
SEDE DI EROGAZIONE						
	REGGIO EMILIA	CASTELNOVO NE' MONTI	SCANDIANO	CORREGGIO	MONTECCHIO	GUASTALLA
Equipe unica itinerante	<ul style="list-style-type: none"> · Reimpianti anca e ginocchio · Protesica complessa · Urgenze (fratture di femore anche da Montecchio e Scandiano) e politrauma 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia piede · Protesica · Chirurgia artroscopica · Urgenze · Fratture di femore 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia arto superiore · Urgenze arto superiore · Chirurgia artroscopica 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia ambulatoriale · Chirurgia artroscopica · No urgenze 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia protesica · Chirurgia artroscopica · No urgenze 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia protesica · Chirurgia artroscopica · Urgenze

UROLOGIA						
SEDE DI EROGAZIONE						
		REGGIO EMILIA	CASTELNOVO NE' MONTI	SCANDIANO	MONTECCHIO	GUASTALLA
ÉQUIPE	Urologia Reggio Emilia	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia a maggiore complessità · Chirurgia a complessità medio/bassa · Endourologia · Urgenze 		<ul style="list-style-type: none"> · Cistoscopie 		
	Urologia Castelnuovo ne' Monti		<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia ambulatoriale · Day e week surgery · Endourologia <p><i>No chirurgia oncologica</i></p>			
	Urologia Guastalla				<ul style="list-style-type: none"> · Cistoscopie · Endourologia 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia a maggiore complessità · Chirurgia a complessità medio/bassa · Endourologia · Urgenze

OCULISTICA							
SEDE DI EROGAZIONE							
		REGGIO EMILIA	CASTELNOVO NE' MONTI	SCANDIANO	CORREGGIO	MONTECCHIO	GUASTALLA
ÉQUIPE	Oculistica Reggio Emilia	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oculistica maggiore (trapianti, distacchi retina ecc.) · Cataratte · Urgenze 	<ul style="list-style-type: none"> · Cataratte · Chirurgia palpebrale 				
	Oculistica Reggio Emilia			<ul style="list-style-type: none"> · Cataratte 	<ul style="list-style-type: none"> · Cataratte · Chirurgia retinica e palpebrale 	<ul style="list-style-type: none"> · Cataratte 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia retinica e cataratte

ALTRE CHIRURGIE							
SEDE DI EROGAZIONE							
		REGGIO EMILIA	CASTELNOVO NE' MONTI	SCANDIANO	CORREGGIO	MONTECCHIO	GUASTALLA
ÉQUIPE	Chirurgia senologica	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica associata a IORT · Chirurgia oncologica complessa 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia ricostruttiva e lipofilling · Chirurgia oncologica su pazienti selezionate 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica 		<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia ricostruttiva e lipofilling 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica
	Chirurgia toracica	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica · Chirurgia non oncologica 					
	Chirurgia vascolare	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia a complessità maggiore, chirurgia open ed endovascolare · Urgenze <p><i>No day surgery</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia flebologica 		<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia flebologica 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia flebologica 	
	Neuro-chirurgia d'urgenza	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica · Chirurgia spinale · Urgenze 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia spinale 			<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia spinale 	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia spinale
	Otorinolaringoiatria	<ul style="list-style-type: none"> · Chirurgia oncologica e maggiore · Endoscopia diagnostica operativa - Urgenze <p><i>No day surgery</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> · Settoturbinoplastica · Otochirurgia 				

3. Emergenza-Urgenza

3.1 Premessa

La nascita del sistema di emergenza-urgenza della provincia di Reggio Emilia può essere sostanzialmente ricondotta all'apertura nel 1991 della Centrale Operativa per la ricezione e gestione delle richieste di soccorso, prima in Italia, con contestuale attivazione del numero di emergenza 118 sull'intero ambito provinciale.

Da allora una serie di provvedimenti (13-17) di livello nazionale e regionale, anche relativi all'accreditamento istituzionale, ha progressivamente indirizzato l'evoluzione e la strutturazione delle reti ospedaliera e territoriale del sistema d'emergenza provinciale, anche tramite le scelte programmatiche inserite nei Piani Attuativi Locali (PAL) del 1997 e del 2004. Questi due documenti hanno promosso gradualmente nel tempo:

- la costituzione del Dipartimento Interaziendale per l'Emergenza-Urgenza (tra Azienda USL e Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia),
- la progressiva attivazione della rete provinciale delle automediche, in stretta integrazione con i Punti di Primo Intervento (PPI) dei cinque stabilimenti del Presidio ospedaliero dell'Azienda sanitaria territoriale,
- la configurazione di una vera e propria rete gerarchica, secondo il modello *Hub & Spoke* che si avvale di percorsi clinico-assistenziali definiti e condivisi.

Il modello strutturale ed organizzativo così delineato è rimasto sino ad oggi sostanzialmente invariato, ad eccezione del sottosistema "allarme sanitario".

Infatti, nel dicembre 2012 su richiesta della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, il Comitato dei Direttori Generali dell'Area Vasta Emilia Nord ha avviato il percorso di unificazione delle Centrali Operative 118 di Piacenza, Parma e Reggio Emilia, prevedendone l'accorpamento presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma, passaggio che, per la struttura reggiana, è avvenuto a fine 2014.

Nel 2015 il D.M. 70 (8), intervenendo in materia di definizione degli standard ospedalieri, fissa anche criteri e livelli organizzativi ed assistenziali per le reti ospedaliera e territoriale dell'emergenza, che così come recepiti dalla successiva D.G.R. 2040/2015 (18) e dalle Linee guida per la revisione delle reti cliniche tempo dipendenti (19), hanno guidato l'analisi preliminare e la pianificazione delle azioni di revisione strutturale ed organizzativa del sistema provinciale incluse nel presente documento.

Le esigenze di riorganizzazione indotte dagli obiettivi e standard fissati dalle norme, rivolte a garantire livelli essenziali di assistenza così come riconfermato nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017 (20), incontrano altre rilevanti necessità determinatesi a livello locale, sia come riflesso di fenomeni di portata generale, sia di tipo specifico.

Tra i molteplici fattori che agendo in potenziamento sinergico inducono criticità nel sistema, con conseguente necessità di revisione ed adeguamento, si rilevano:

- il mutamento delle caratteristiche della casistica trattata, conseguente alle variazioni demografiche ed epidemiologiche della popolazione;

- la necessità di mantenere elevati livelli di appropriatezza nei ricoveri, con conseguenti riflessi sulle caratteristiche e sulla tempistica dei processi (diagnostico-terapeutico-assistenziali) di Pronto Soccorso (PS);
- il significativo incremento dei percorsi clinico-assistenziali che si realizzano tra più strutture ospedaliere della rete d'emergenza, con relative implicazioni per le *équipe* che devono garantire l'accompagnamento e per quelle accettanti;
- gli effetti del "doppio mandato contemporaneo" sull'attività intra ed extra ospedaliera delle *équipe* delle strutture di Pronto Soccorso (con la sola esclusione dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia), oltre che sulla struttura ospedaliera di riferimento;
- l'incidenza delle difficoltà al reclutamento e alla capacità di trattenere personale medico con specializzazione disciplinare, ma anche affine od equipollente, piuttosto che con specifica abilitazione all'esercizio dell'attività di emergenza territoriale (cosiddetti MET).

Sebbene la popolazione residente in ambito provinciale risulti negli ultimi anni sostanzialmente invariata (se non addirittura in lieve decremento) e l'età media dei residenti della provincia reggiana sia inferiore a quella italiana e la più bassa a livello regionale, si identifica anche a livello locale la medesima tendenza all'invecchiamento che vede gli ultrasessantacinquenni assestarsi al 21%, con un saldo di +800 persone >65 anni nel confronto 1/1/2016 - 1/1/2017. Andamento demografico che si accompagna alla nota transizione epidemiologica, caratterizzata dall'incremento delle condizioni multipatologiche e di cronicità.

Queste tendenze generali insieme agli effetti degli assetti assistenziali che caratterizzano l'assistenza territoriale e domiciliare, in particolare della popolazione anziana non autosufficiente, hanno indotto percepibili variazioni qualitative della casistica di Pronto Soccorso, con conseguente modifica dell'attività assistenziale da erogarsi all'interno delle strutture di emergenza, ma anche sul tempo complessivo di trattamento di ogni singolo caso.

Questo specifico fenomeno, associato all'esigenza di garantire la completezza e la sicurezza dei percorsi diagnostico-terapeutici in Pronto Soccorso (percorsi di osservazione breve intensiva), ma anche l'appropriatezza delle scelte di ricovero, necessità rafforzata da una disponibilità di posti letto in regime ordinario pari a 3,2‰ abitanti (il più basso in regione per ricovero ordinario), ha indotto un sensibile incremento del volume della produzione interna (cd. "*throughput*") e dei tempi di processo, condizione che rappresenta il principale elemento causale delle criticità evidenziate dagli indicatori di monitoraggio della performance organizzativa (es. tempi di attesa codice giallo, codice verde), ma anche dall'utenza e altri portatori d'interesse.

Il fenomeno del sovraffollamento (cd. "*overcrowding*") nei Pronto Soccorso, presente a livello planetario e quindi riscontrabile in tutte le strutture provinciali, si correla infatti ad un calo verticale della qualità percepita da parte degli utenti e quindi ad un aumento delle situazioni di conflittualità, ma rappresenta soprattutto una condizione preoccupante sotto il profilo del rischio clinico per la dimostrata relazione con l'incremento di eventi avversi, verificatisi anche in centri di elevata specializzazione e *performance*.

Le cause di sovraffollamento, suddivise nelle tre fasi che incidono sul flusso dei pazienti in Pronto Soccorso includono: prima del Pronto Soccorso, quindi l'accesso (*input*), all'interno del Pronto Soccorso (*throughput*), all'uscita dal Pronto Soccorso con il ricovero o la dimissione del paziente (*output*).

Le strutture di Pronto Soccorso della rete provinciale, ad eccezione dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, continuano ad operare "a pieno regime", pur con capacità di risposta diretta limitata, in alcuni casi, anche per la casistica a complessità medio-bassa. Questo è dovuto alle necessarie razionalizzazioni operate al fine di superare duplicazioni, differenziare le *mission* dei diversi ospedali, concentrare tecnologie e competenze su differenti e maggiori livelli di complessità diagnostica e terapeutica, garantire la sostenibilità complessiva del sistema ospedaliero. Queste condizioni non consentono quindi di avere disponibili in tutte le sedi e/o con continuità, alcuni specialisti, piuttosto che prestazioni diagnostiche o *setting* assistenziali.

A questo si aggiunge la doppia funzione contemporanea (cosiddetto "doppio mandato") del personale del Pronto Soccorso, che garantisce l'attività sia all'interno della struttura che nel soccorso territoriale mediante l'unità operativa mobile (UOM) e l'automedica (AM). Questa doppia funzione contemporanea induce improvvise variazioni nelle presenze dei professionisti all'interno dei Pronto Soccorso, compensate dall'integrazione con i medici di guardia solitamente di area internistica, con conseguenti propagazioni sulla capacità assistenziale complessiva dell'ospedale e sul livello e tempi di servizio garantiti all'utenza.

Focalizzando l'attenzione sull'attività pre-ospedaliera, si riscontrano ovviamente criticità complementari:

- ritardo nella partenza per necessità di attesa e consegna al medico o all'*équipe* subentrante dei pazienti in carico;
- interruzione delle attività del medico o dell'*équipe* che deve subentrare al *team* dell'automedica in caso di attivazione;
- aumento dei tempi di trattamento della casistica dei Punti di Primo Intervento per riduzione del rapporto operatori/assistiti, o limitazione delle prestazioni indotte dalla presenza di sostituti;
- incidenza sui tempi di centralizzazione verso gli *Hub* e/o sull'adeguatezza dell'*équipe* di assistenza nei trasferimenti inter-ospedalieri (TIU) quando l'Automedica è già impegnata in altro intervento, con le conseguenti ricadute interne all'ospedale legate alla necessità di mantenere anche la sostituzione dell'*équipe* nei Punti di Primo Intervento;
- incentivo a centralizzare sull'*Hub* gli assistiti, anche in deroga al protocollo operativo, per non gravare sull'attività dei Pronto Soccorso e del relativo ospedale;
- minimizzazione dei tempi dell'attività pre-ospedaliera nei servizi primari e limitazione dell'attività di assistenza ai trasporti inter-ospedalieri urgenti (TIU) presso l'*Hub*, per contenere i tempi di assenza dal Pronto Soccorso di afferenza.

Il fenomeno della cosiddetta carenza medica, legato a molteplici cause di livello generale e di portata nazionale, risulta in qualche modo già apprezzabile

a livello locale e nello specifico ambito del sistema di emergenza. Si osserva infatti, da un lato, la limitata disponibilità di medici specializzati nella disciplina di riferimento (direttamente connessa alle programmazioni fatte negli anni per le relative Scuole di specialità) e dall'altro l'incremento del fabbisogno indotto dalle funzioni richieste all'interno delle ulteriori articolazioni organizzative della rete ospedaliera (medicina d'urgenza, osservazione breve intensiva) e di quella pre-ospedaliera (mezzi di soccorso avanzato).

L'ingaggio di professionisti afferenti a discipline affini ed equipollenti, così come di quelli in possesso di certificato di abilitazione all'attività di emergenza territoriale (cosiddetti MET), figura che nel contesto locale ha storicamente garantito lo sviluppo dell'attività di soccorso territoriale avanzato, ha consentito e consente di sostenere solo in parte il sistema, per effetto della concorrenza nel reclutamento da parte delle strutture specialistiche e delle oggettive difficoltà a trattenere tali professionisti.

La necessità di adeguarsi a nuovi standard normativi, ma anche e soprattutto la rilevanza attribuita agli elementi di contesto interni ed esterni al sistema e al loro reciproco condizionamento e potenziamento, impongono una necessaria revisione dell'attuale assetto, finalizzata a mantenere elevati livelli di qualità e sicurezza assistenziale, garantendo appropriatezza ed equità di accesso alla rete dei servizi ospedalieri e territoriali del sistema di emergenza provinciale.

Questi rilevanti e prioritari obiettivi per la comunità ed il sistema sanitario provinciale saranno perseguiti attraverso un considerevole investimento, inteso non solo in prospettiva economica, ma anche in termini di incremento delle professionalità e ampliamento dei livelli di competenza del sistema d'emergenza.

3.2 Le azioni per la rete territoriale dell'emergenza

Le azioni previste per la rete territoriale del sistema provinciale dell'emergenza, pur in un'ottica di piena integrazione ed interdipendenza con le strutture, funzioni ed esigenze della componente ospedaliera e di assolvimento delle disposizioni regionali e nazionali, risultano specificamente orientate a:

- assicurare appropriati ed equi livelli di assistenza nell'intero ambito provinciale, sia nel soccorso primario che nei trasferimenti inter-ospedalieri secondari, in base alla criticità stimata dell'evento/condizione dell'assistito/i;
- garantire i percorsi clinico-assistenziali in emergenza per le patologie tempo-dipendenti;
- incrementare la quota di interventi garantiti da personale professionale;
- superare il doppio mandato contemporaneo, in particolare del personale medico;
- promuovere il mantenimento e lo sviluppo di competenze clinico-assistenziali del personale medico e infermieristico utili ad operare in entrambe le reti del sistema provinciale dell'emergenza.

Fissati gli obiettivi principali, per identificare le azioni concrete e specifiche si sono analizzati:

- i volumi, la tipologia e la distribuzione degli interventi di soccorso di ciascun distretto territoriale;

- le frequenze percentuali degli interventi garantiti da professionisti nei codici colore a maggiore priorità (giallo e rosso);
- le valutazioni sanitarie degli assistiti, con identificazione delle sovra-sottostime;
- la distribuzione territoriale delle emergenze, distinte per codice colore;
- le variazioni dei tempi di intervento sui centri abitati, urbani ed extra-urbani, delle automediche a fronte di differenti ipotesi di ricollocazione e/o ridefinizione delle relative postazioni territoriali (PT) e relativa verifica di compatibilità con gli standard di cui alla D.G.R. 1349/2003 (15).

Dall'analisi congiunta dei dati di attività, delle più recenti acquisizioni di ordine tecnico-scientifico e delle possibilità ed opportunità di ordine organizzativo, si è quindi evidenziata la necessità di intervenire sull'assetto della rete territoriale dell'emergenza, al fine di garantire:

- il rapporto unità operativa mobile (UOM) mezzo di soccorso avanzato (ALS)/ abitanti previsto dal D.M. 70/2015;
- l'intervento negli eventi classificati in codice rosso di un mezzo di soccorso avanzato;
- la copertura massimale degli eventi classificati in codice giallo con mezzi di soccorso intermedi con infermiere (ILS);

A tal fine si intende quindi programmare e pianificare:

- il mantenimento dell'attuale numero e dislocazione delle automediche in orario diurno;
- l'incremento del numero di unità operative mobili autoinfermieristiche al fine di costituire una rete di mezzi di soccorso intermedi con infermiere per l'intero ambito provinciale;
- l'integrazione operativa delle unità operative mobili avanzate e intermedie;
- la ridefinizione delle unità operative mobili attive e relative postazioni territoriali in orario notturno.

Le specifiche e progressive implementazioni che si ritiene di individuare, consistono in:

1. progressiva attivazione di unità operative mobili autoinfermieristiche, 24/24 ore e 7/7 giorni, per ciascuna delle postazioni territoriali ospedaliere, compreso l'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia;
2. riconfigurazione a quattro unità operative mobili automediche in orario notturno, attive dalle seguenti postazioni territoriali:
 - a. Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia - 2 unità operative mobili;
 - b. Castelnovo ne' Monti - 1 unità operativa mobile;
 - c. Novellara - 1 unità operativa mobile.

Alla luce degli elementi ad oggi disponibili, è possibile definire la sequenza delle attivazioni/modifiche dell'assetto operativo delle diverse automediche ed autoinfermieristiche, pur considerando la possibilità di dover modificare la successione delle azioni a seguito di diverse necessità od opportunità di ordine tecnico-organizzativo.

Tabella 8 Sequenza delle fasi di attivazione/modifica dell'assetto operativo delle diverse automediche ed autoinfermieristiche

	1° fase	2° fase	3° fase	4° fase	5° fase	6° fase
Attivazione autoinfermieristica Correggio	●					
Attivazione autoinfermieristica Guastalla		●				
Attivazione automedica Novellara (notturna)					●	
Regime diurno automedica Correggio e Guastalla					●	
Attivazione autoinfermieristica Scandiano			●			
Attivazione autoinfermieristica Montecchio				●		
Attivazione autoinfermieristica notturna Reggio Emilia		●				
Attivazione 2° automedica Arcispedale Santa Maria Nuova Reggio Emilia (notturna)						●
Regime diurno automedica Montecchio e Scandiano						●

3.3 Le azioni per la rete ospedaliera dell'emergenza

Il sistema di emergenza della provincia reggiana può contare su una distribuzione geografica equilibrata delle strutture ospedaliere, condizione che, insieme alla prossimità ai principali assi viari urbani e provinciali, facilita l'accesso in autopresentazione alle singole strutture, così come i trasferimenti inter-ospedalieri connessi ai percorsi tempo-dipendenti, o comunque necessari per il completamento dell'iter diagnostico-terapeutico.

Le variazioni quantitative, ma soprattutto qualitative della casistica, insieme alla riclassificazione dei preesistenti "Punti di Primo Intervento" in "Pronto Soccorso di Ospedale Generale" operata dall'Assessorato alle politiche per la salute nel gennaio 2018, inducono come necessità prevalente quella dell'adeguamento gestionale ed assistenziale interno delle strutture, oltre che delle reti complementari (ad esempio chirurgica, ortopedica, ecc.).

Per poter rispondere adeguatamente ai nuovi bisogni dell'utenza e in modo complementare a quelli della struttura e rete ospedaliera di riferimento, per alcuni Pronto Soccorso risultano indispensabili interventi di ordine strutturale.

Nella tabella successiva è sintetizzato lo stato dei lavori già attuati, pianificati, in corso o individuati come necessari al fine di adeguare la rete ospedaliera dell'emergenza del Dipartimento Emergenza-Urgenza reggiano.

Tabella 9 **Stato dei lavori già attuati, pianificati, in corso o individuati come necessari**

Struttura	Fase intervento
PS Correggio	Intervento in corso
PS Montecchio	Ristrutturato
DEA ASMN	Intervento pianificato
PS Guastalla	Intervento in corso
PS Castelnovo ne' Monti	Intervento programmato
PS Scandiano	Necessario, non pianificato

Il Pronto Soccorso di **Correggio** è già stato oggetto di lavori di adeguamento nell'ultimo decennio e l'unica azione prevista è quella di ampliare gli spazi dedicati all'attività d'emergenza con l'acquisizione di un ambiente attualmente destinato ad attività endoscopica.

Il Pronto Soccorso dell'Ospedale Franchini di **Montecchio** è stato recentemente ampliato, inaugurato e pertanto si presenta pienamente adeguato.

La ridefinizione del *layout* fisico del Pronto Soccorso dell'**Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia**, attività avviata da novembre 2018 e che comporterà una complementare modifica del processo e del modello assistenziale, consentirà di:

- riqualificare gli spazi del Pronto Soccorso in 3 aree a differente intensità di cura;
- modificare il percorso del paziente fin dall'accoglienza/presa in carico, riducendone i tempi di attesa e aumentandone la sicurezza;
- configurare una diversa modalità lavorativa e di gestione dei flussi, ottimizzando la professionalità e l'attività del personale (dal modello "*patient to doctor*" al "*doctor to patient*").

Il nuovo flusso e modello assistenziale consentirà quindi di garantire una rapida ed appropriata presa in carico, superando lo storico "modello ambulatoriale (cd. *patient to doctor*)", razionalizzando i percorsi interni, ottimizzando l'attività dei professionisti e migliorando l'esperienza dei pazienti e familiari/*caregiver*.

I lavori di adeguamento del Pronto Soccorso dell'Ospedale Civile di **Guastalla** sono già in fase di completamento e la piena operatività della nuova struttura è attesa entro marzo 2019.

Importante ed articolata l'attività di revisione architettonica del Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Anna di **Castelnovo ne' Monti**, che prevede l'allestimento di una sede temporanea, ove trasferire la struttura d'emergenza, per consentire le attività di ampliamento di quella che diverrà la sede definitiva, aggiornata ai nuovi *standard* e bisogni della popolazione.

Ancora da pianificare, invece, gli interventi di adeguamento del Pronto Soccorso di **Scandiano**.

Per quanto attiene alle azioni organizzative e clinico-assistenziali inerenti i percorsi tempo-dipendenti e alla revisione delle reti complementari a quella di

emergenza, si individuano come necessarie:

- l'attivazione nelle strutture di Castelnovo ne' Monti e Guastalla del cosiddetto "telestroke";
- l'integrazione dell'organico di base del personale medico dei Punti di Primo Intervento/Pronto Soccorso generali, al fine di garantire la presenza continuativa (24/24 ore e 7/7 giorni) di un medico d'emergenza.

Nella tabella successiva è schematizzata la prevista riconfigurazione dei diversi Pronto Soccorso degli ospedali del Presidio ospedaliero provinciale.

Tabella 10 Configurazione dei PS del Presidio ospedaliero per reti tempo-dipendenti

	RETE CARDIOLOGICA	RETE ICTUS	RETE TRAUMA
ASMN	Hub	SU Livello I	Centro Traumi di Zona
CORREGGIO	Spoke	Spoke	Punto di Primo Intervento/PS
CASTELNOVO NE' MONTI	Spoke	Spoke-Telestroke	Punto di Primo Intervento/PS
GUASTALLA	Spoke	Spoke-Telestroke	Presidio di Pronto Soccorso per Traumi
MONTECCHIO	Spoke	Spoke	Punto di Primo Intervento/PS
SCANDIANO	Spoke	Spoke	Punto di Primo Intervento/PS

La riclassificazione dei Punti di Primo Intervento provinciali in strutture di Pronto Soccorso generale, ai sensi del DM 70/2015 (8), porta con se la necessità di posti letto di OBI, in quanto indispensabili per ottimizzare la fase di "throughput" e della gestione del flusso in uscita ("output", dimissione vs ricovero) del percorso di Pronto Soccorso, oltre che per le dirette e rilevanti ricadute sul livello complessivo della qualità e sicurezza assistenziale.

La Struttura Complessa di Pronto Soccorso dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia integra già un'unità OBI (Osservazione Breve Intensiva), mentre nei restanti ospedali del Presidio provinciale i posti letto OBI sono garantiti all'interno delle degenze dell'area internistica.

Se per l'OBI del Pronto Soccorso di Reggio Emilia occorrerà valutare l'ampliamento dell'attuale dotazione di posti letto, per le strutture presenti nei restanti ospedali del Presidio si ritiene di dover pianificare la progressiva presa in carico da parte di ciascun Pronto Soccorso, al fine di incrementarne l'utilizzo dinamico e perseguire maggiori livelli d'efficienza complessiva della struttura d'emergenza, così come peraltro previsto da diversi, specifici provvedimenti regionali tra cui la D.G.R. 24/2005 (21) e la recente D.G.R. 1827/2018 (22).

In relazione alla funzione di OBI occorre rilevare come gli standard organizzativi attualmente vigenti prevedano la dotazione di un numero di posti letto OBI in grado di accogliere il 3-8% degli accessi in Pronto Soccorso. Si debbono quindi prevedere azioni di adeguamento per i 5 Punti di Primo Intervento/Pronto Soccorso della provincia nel momento in cui si potrà garantire la presenza continuativa 24/24 ore del medico d'emergenza all'interno della struttura.

4. Rete perinatale e materno infantile

4.1 Premessa

L'area materno infantile provinciale ha registrato negli ultimi anni alcune importanti trasformazioni correlate a fenomeni socioculturali, demografici e tecnologici che richiedono di ridefinire la rete complessiva dei servizi ospedalieri a essa dedicati.

I principali fenomeni possono essere riassunti in:

1. riduzione del tasso di natalità con inversione della tendenza rispetto al trend positivo del decennio scorso;
2. persistenza dell'elevato contributo alla natalità da parte dei cittadini extracomunitari, anche se dal 2010 i nati da madre di origine straniera in termini assoluti sono calati del 21%;
3. incremento delle gravidanze patologiche determinato da numerosi fattori (diabete, età materna media avanzata, consanguineità, maggior ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistite, obesità/sovrappeso, ecc.);
4. richiesta di demedicalizzazione dell'evento nascita, con l'istanza di una maggiore "naturalità" nei confronti della gravidanza e del parto, pur nel rispetto dei requisiti di sicurezza;
5. incremento dei bambini con patologie croniche e invalidanti e con patologie genetico-malformative e conseguente incremento dei bisogni di assistenza domiciliare;
6. persistenza di un elevato numero di accessi al PS pediatrico con sovraffollamento di questi servizi, soprattutto per l'elevato numero di codici bianchi e verdi;
7. incremento della prevalenza delle patologie psichiatriche e comportamentali in età pediatrica;
8. incremento dei casi di maltrattamenti e abuso su pazienti pediatrici e donne;
9. carenza di professionisti, che ha coinvolto in particolare l'area pediatrica e ostetrico-ginecologica;
10. sempre maggiore attenzione al tema della sicurezza dei pazienti e della riduzione del rischio in sanità, con una vigile analisi del rapporto volumi/esiti applicata ad esempio all'attività dei punti nascita.

Per dare una risposta appropriata ai bisogni di salute emergenti e ai mutamenti sociali e demografici in atto, il sistema sanitario provinciale, e in particolare l'area materno infantile, dovrà nei prossimi anni procedere a riorganizzare il percorso nascita e la rete pediatrica in un'ottica di coinvolgimento dei servizi offerti nei Punti Nascita, nei Consultori, nella Pediatria di comunità, nella Pediatria di libera scelta e nella Pediatria ospedaliera. In questo quadro la realizzazione del **MIRE** (Maternità Infanzia Reggio Emilia) rappresenta una risposta di sistema.

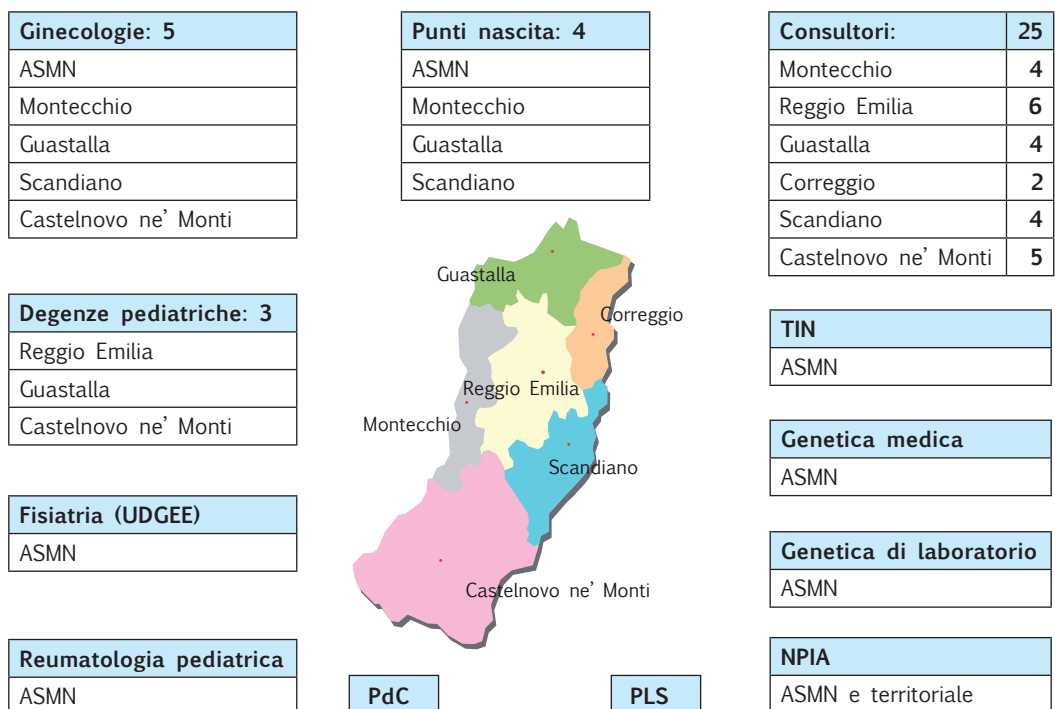
Il MIRE nasce dal desiderio di garantire alla popolazione reggiana una struttura ospedaliera dedicata alla cura della donna e dell'infanzia, con l'obiettivo di migliorarne i servizi e l'accoglienza, fornendo un'assistenza il più possibile individualizzata

e centrata sui bisogni delle famiglie. Costituirà il fulcro del sistema sanitario perinatale reggiano, intorno ad esso si svilupperà la rete dei servizi provinciali, che andranno potenziati per garantire prestazioni di livello adeguato con i profili di rischio individuati nei singoli distretti, ottimizzando i rapporti e le connessioni tra territorio e centro di 2° livello.

4.2 La Rete dell'assistenza perinatale e materno infantile in provincia di Reggio Emilia

La Rete perinatale e materno infantile è ben consolidata e distribuita su tutto il territorio provinciale. La presenza di un Programma Interaziendale Materno Infantile (PIAMI) costituito nel giugno 2007 ha rappresentato un territorio di confronto per i professionisti della provincia e uno strumento di programmazione sanitaria locale volto a garantire uniformità di trattamenti e implementazioni di buone pratiche. Garantisce il coordinamento e l'integrazione fra le differenti attività riconducibili all'area materno infantile e lavora in stretta collaborazione con il Dipartimento Materno Infantile. Ha l'obiettivo di sviluppare azioni per il potenziamento ed il miglioramento della qualità assistenziale nell'ambito della rete dei servizi provinciali, secondo criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

Figura 1 **La Rete dell'assistenza perinatale e materno infantile dell'AUSL IRCCS di Reggio Emilia**



La rete assistenziale perinatale infantile e della donna si basa sulla piena integrazione tra servizi ospedalieri ed extra-ospedalieri.

Rete extra-ospedaliera

La Rete extra-ospedaliera è costituita dai Consultori familiari, dalla Pediatria di comunità (PdC), dai Pediatri di Libera Scelta (PLS), dalla Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza territoriale.

- **I Consultori familiari** sono strutture che garantiscono la continuità assistenziale territorio-ospedale e sono integrati con le funzioni ospedaliere, con professionisti che operano nei due contesti assistenziali. Sono strutture deputate a promuovere la salute sessuale, riproduttiva e relazionale del singolo, della coppia e della famiglia attraverso interventi socio-sanitari che si realizzano anche in collaborazione con gli Enti e le Istituzioni locali e le associazioni di volontariato.
- **La Pediatria di Comunità** è composta da pediatri, assistenti sanitari e infermieri e si occupa della tutela della salute dei bambini e dei ragazzi fino ai 17 anni. Il servizio promuove, sviluppa e coordina percorsi sanitari e socio-sanitari a tutela del benessere psico-fisico, sia del singolo che della collettività, in ambito preventivo, curativo e assistenziale.

Ha numerose funzioni:

- effettua le vaccinazioni obbligatorie e quelle raccomandate;
- in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica, esercita una funzione di sorveglianza igienico-sanitaria nelle scuole;
- svolge un ruolo di coordinamento della Assistenza Domiciliare (bambini con malattie croniche e disabilità).

L'attività viene svolta in ciascuno dei 6 distretti sanitari provinciali. I professionisti coinvolti in taluni distretti (Scandiano, Montecchio, Guastalla, Castelnovo ne' Monti) svolgono al contempo anche funzioni all'interno degli ospedali.

- **La Pediatria di Libera Scelta** è costituita da pediatri che, nell'ambito delle Cure Primarie, su tutto il territorio reggiano, si occupano della tutela e della salute dalla nascita fino ai 14 anni di vita. Ai PLS sono affidati compiti di prevenzione individuale, diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria. Promuovono corretti stili di vita (come prevenzione di patologie croniche dell'età adulta) con interventi di educazione sanitaria nei confronti delle famiglie e attuano percorsi diagnostico terapeutici per la risoluzione di patologie acute. Una parte rilevante dell'attività dei PLS riguarda l'assistenza ai minori affetti da patologie croniche, da disabilità e da malattie rare, in cui il PLS si pone come referente clinico-terapeutico del caso.

Rete ospedaliera

L'assistenza ospedaliera della rete materno infantile viene erogata all'interno di 5 ospedali.

I punti nascita, ad oggi, sono ubicati in 4 ospedali (Reggio Emilia, Guastalla, Montecchio e Scandiano). La Terapia Intensiva Neonatale (TIN) è presente solo nel 2° livello costituito dall'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia; l'assistenza ostetrico-ginecologica viene garantita nei 5 ospedali (i 4 precedenti più Castelnovo ne' Monti). In 3 ospedali è erogata un'assistenza pediatrica (Reggio Emilia, Guastalla e Castelnovo ne' Monti). Le funzioni di Neuropsichiatria infantile ospedaliera, Genetica medica e di laboratorio, Reumatologia Pediatrica, Unità delle Gravi Disabilità dell'Età Evolutiva (UDGEE) sono presenti solo all'ASMN.

Una rilevante attività di ricerca è comune e trasversale a tutte le unità operative del Dipartimento Materno Infantile.

4.3 Area perinatale: prospettive future

La riorganizzazione della rete dei servizi ospedalieri dedicati all'area materno infantile deve partire da una revisione dei percorsi ambulatoriali dedicati alla maternità.

Il presupposto fondamentale è l'implementazione delle **attività consultoriali** con l'obiettivo di individuare precocemente e tempestivamente le gravidanze patologiche o gravate di un qualche fattore di rischio (sanitario, sociale, genetico, ecc.); è noto infatti come, in tali condizioni, l'adozione di appropriati percorsi di cura e la centralizzazione in strutture idonee possano comportare un miglioramento della prognosi.

Per far questo nei consultori andranno ulteriormente sviluppati specifici programmi dedicati allo screening pre-gravidico (counselling prenatale e scelta consapevole della gravidanza) e a quello prenatale (visite ginecologiche, test prenatali non invasivi, ecografie ostetriche, ecc.).

In queste stesse sedi dovrà trovare piena realizzazione l'adozione della procedura regionale sui piani appropriati di assistenza alla gravidanza con la stratificazione dei bisogni assistenziali in quattro categorie e la diversificazione dei percorsi relativi alla gravidanza fisiologica o a quella patologica.

L'assistenza alla **gravidanza fisiologica o a basso rischio** dovrà prevedere la presa in carico da parte dell'ostetrica del consultorio, per proseguire all'interno dell'ospedale con la conduzione autonoma del travaglio/parto/puerperio, fino alla dimissione della mamma e del neonato. Dopo la dimissione la donna sarà nuovamente presa in carico dall'ostetrica del consultorio e il neonato dal PLS.

L'assistenza alla **gravidanza patologica o a rischio** dovrà prevedere un percorso che inizia dal consultorio e dagli ambulatori ostetrici, proseguendo negli ambulatori ospedalieri di II livello/ambulatori delle gravidanze a rischio, coerentemente con il profilo di rischio individuato. In questo percorso la presa in carico sarà del ginecologo in integrazione con l'ostetrica. La gestione dei casi a rischio vedrà la collaborazione dei professionisti anche all'interno di una *équipe* multidisciplinare, per rispondere a bisogni assistenziali specifici. I *team* assistenziali saranno composti da neonatologi/pediatri, anestesisti, psicologi,

genetisti, cardiologi, diabetologi, nefrologi, neurologi, psichiatri, chirurghi, con il supporto dei servizi trasversali.

Lo psicologo prenderà parte al progetto in quanto professionista riconosciuto essenziale nel processo di cura.

Nei percorsi di tutela della salute dell'area materno infantile la Genetica occuperà un ruolo rilevante per rispondere alle nuove esigenze diagnostiche e assistenziali. L'approccio combinato infatti di clinica e laboratorio consente di individuare in epoca preconcezionale e prenatale, condizioni in cui il rischio di patologia fetale è superiore a quella della popolazione generale. In epoca postnatale la diagnosi causale della malattia consente di valutarne il rischio di ricorrenza e mettere in atto trattamenti terapeutici e assistenziali adeguati.

La riorganizzazione della rete ospedaliera perinatale deve considerare come elemento imprescindibile il concetto di sicurezza nel rispetto dei requisiti minimi, cambiati radicalmente negli ultimi 20 anni.

Oggi si concorda che a ogni parto, ovunque avvenga, deve essere presente personale esperto, in grado di affrontare le emergenze ostetriche e quelle neonatali, con interventi tempestivi ed appropriati, attuati da specialisti formati, già presenti nella struttura, e non solo prontamente reperibili.

La comunità scientifica è unanime nel riconoscere nei **bassi volumi di attività dei punti nascita** uno dei più rilevanti fattori di rischio; gli ospedali per essere sicuri dovrebbero effettuare almeno un numero di parti superiore a 1000 all'anno e questo perché solo la *clinical practice*, consente di acquisire le competenze necessarie a garantire efficienza, efficacia ed in particolare la capacità di saper fronteggiare qualsiasi emergenza sanitaria sia ostetrica che neonatologica.

L'Intesa Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 ha previsto il progressivo superamento dei punti nascita con meno di 1000 parti. I requisiti organizzativi sono stati ben delineati e prevedono, nei punti nascita attivi, la presenza della guardia H24 ginecologica, anesthesiologica e neonatologica. Questi requisiti sono stati confermati in tutta la normativa successiva:

- Decreto Balduzzi convertito in Legge sul Regolamento ospedaliero del 2012;
- Patto per la Salute 2013-2016 del 2014 (con Intesa Stato-Regioni);
- Decreto Ministeriale 70 del 2015 (8) sul riordino della rete ospedaliera.

In ottemperanza a tutta questa legislazione e analizzando, in virtù degli improcrastinabili requisiti di sicurezza, i dati di volume dei differenti punti nascita, la Commissione Nascita Regionale aveva chiesto già nel 2017 la chiusura del punto nascita di Castelnovo ne' Monti e quella di Scandiano (insieme a quelle di Borgo Val di Taro e di Pavullo - PG/2017/0517154 del 11/07/2017).

In particolare il DM 70/2015 ha individuato in 500 il numero minimo di parti annui utili per mantenere in attività un punto nascita, ed in caso di richieste di deroghe per tali presidi ha indicato anche quali siano gli *standard* strutturali, tecnologici e di personale indispensabili per l'ottenimento della deroga stessa. Per quanto attiene al personale, ha stabilito la necessità di garantire un h24 ginecologica, anesthesiologica e pediatrica per ciascun punto nascita lasciato in attività.

La Regione Emilia-Romagna, in aderenza al DM 11/11/2015 ed al protocollo

metodologico elaborato al fine specifico, nel luglio del 2017 (Prot. N. 1112 del 24/07/2017) ha fatto richiesta di deroga per i punti nascita di montagna.

Successivamente, la Commissione sul Percorso Nascita Nazionale e il Ministero della Salute hanno deliberato di rigettare la richiesta di deroga avanzata dalla Regione (Prot. N. 2017/0092913 del 05.10.2017), motivando questo parere con la mancanza in quelle sedi dei requisiti di sicurezza e con i ridotti volumi di attività. Hanno invece stabilito di procrastinare le decisioni conclusive per Scandiano, raccomandando uno stretto monitoraggio insieme all'indicazione di rispettare, prima possibile, i requisiti organizzativi di sicurezza e di efficacia.

D'altronde il Ministero della Salute conosceva bene la realtà dei punti nascita montani della regione Emilia-Romagna, perché già nel 2014, al tavolo congiunto Ministero-Regioni per la valutazione dei livelli di adempienza ai LEA (livelli essenziali di assistenza), relativamente al percorso nascita venne assegnato all'Emilia-Romagna una valutazione di adempienza con impegno; e l'impegno era proprio relativo ai Punti Nascita con meno di 500 parti/anno per i quali si doveva procedere a una progressiva chiusura.

Per monitorare e garantire efficienza e sicurezza in tutti i punti nascita attivi in provincia di Reggio Emilia è stata effettuata una dettagliata analisi della qualità dell'assistenza perinatale erogata.

Attualmente nascono ogni anno circa 3.700-3.800 bambini e tali parti si realizzano in 4 punti nascita. Circa il 60% si realizza nell'*Hub* dell'ASMN e i restanti nei 3 punti nascita provinciali. A Scandiano negli anni 2016, 2017 e 2018 i parti sono stati inferiori ai 500. Su questa programmazione si evidenzia il ruolo di indirizzo della Regione Emilia-Romagna che si avvale anche dei risultati dell'audit perinatale regionale.

Alla luce delle considerazioni fatte, nel prossimo futuro l'organizzazione delle cure perinatali provinciali ospedaliere dovrà essere profondamente revisionata. La realizzazione del MIRE contribuirà a una ulteriore redistribuzione delle nascite, per effetto della inevitabile attrattività che eserciterà sulle donne della provincia reggiana.

Il MIRE dovrà fornire un'appropriata risposta ai bisogni assistenziali di elevata complessità e quindi la maggior parte della patologia ostetrica, fetale e neonatologica, sarà qui centralizzata. Al contempo però nel MIRE sarà attiva e implementata una sezione dedicata alla gestione della fisiologia del parto, il cosiddetto "centro nascita" (modello tipo "*Alongside Midwifery Unit*"), un'area quindi gestita in totale autonomia dalle ostetriche. L'assistenza alla nascita sarà rispettosa delle scelte delle donne e garantirà al contempo sicurezza e qualità delle cure, nonché efficienza organizzativa.

Nel contesto reggiano i **punti nascita di primo livello** (quali Montecchio e Scandiano) implementeranno progetti di promozione della fisiologia della gravidanza, del parto, della nascita e del puerperio, all'interno di *setting* di cura sicuri ed efficienti. L'ostetrica seguirà la donna dalla presa in carico presso l'ambulatorio della gravidanza fisiologica fino alla dimissione. In caso di complicanze, l'assistenza sarà integrata da un'*équipe* ostetrico-ginecologica e pediatrica, con tempestive misure diagnostiche e terapeutiche.

La presenza di uno "STAM" (Servizio di trasporto materno) e di uno "STEN" (Servizio di trasporto neonatale) continuerà a garantire rapidi interventi di supporto da parte dei professionisti esperti del centro di 2° livello (ASMN). Una formazione continua delle *équipe* ginecologiche, ostetriche e pediatriche dei centri di 1° livello sarà assicurata attraverso periodi di *stage* presso il centro di 2° livello. Saranno previsti periodi di rotazione del personale, in modo da garantire a ciascun professionista adeguati volumi di attività e il mantenimento della "*Clinical competence*".

Nel punto nascita di **Guastalla**, grazie al mantenimento della presenza di una guardia H24 ginecologica, anestesiologicala e pediatrica, sarà possibile garantire l'assistenza a una parte della patologia ostetrica di medio rischio. Oltre che a Reggio Emilia, proseguirà l'offerta del parto in analgesia e anche la possibilità del parto vaginale nelle donne pre-cesarizzate.

Ulteriori progetti che si intendono perseguire a livello provinciale sono rappresentati da:

- Progetti provinciali di confronto e di informazione sullo stato dell'assistenza perinatale: saranno previste conferenze periodiche socio-sanitarie sui principali *step* del percorso nascita provinciale per evidenziare aspetti positivi e critici e stabilire gli obiettivi futuri;
- Progetto di prevenzione delle infezioni in gravidanza e in periodo neonatale sulla base delle indicazioni del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 (23);
- Progetto di contenimento del dolore: a parte l'offerta attiva della parto-analgesia saranno implementati progetti per l'introduzione di metodiche di controllo del dolore non farmacologiche;
- Progetto di "Screening per la violenza in gravidanza" in considerazione dell'incidenza e diffusione del fenomeno di genere e in particolare dell'elevata percentuale del problema (11,8% dato ISTAT 2015) durante la gravidanza, con le relative sequele psico-fisiche sulla madre e sul nascituro;
- Progetti di assistenza individualizzata alla fragilità: il percorso intende intercettare in gravidanza e in puerperio il disagio psichico ed emozionale, attraverso il coinvolgimento di ostetriche, ginecologi, pediatri e medici di base per la fase di screening e di psicologi per la conferma diagnostica ed il trattamento;
- Corsi di accompagnamento alla nascita e alla genitorialità e Progetto di "*home visiting*": saranno implementati progetti di sostegno alla genitorialità e verranno intrapresi programmi di "*home visiting*" da parte delle ostetriche ospedaliere integrate con quelle territoriali;

- Progetto di presa in carico integrata ospedale-territorio della gravida multi-problematica con criticità bio-psico-sociali;
- Progetti per la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno;
- Progetto Chirurgia Neonatale, dedicato ai neonati necessitanti di interventi chirurgici urgenti e il cui trasferimento ad altri centri può essere considerato "a rischio";
- Progetto di Dimissione Protetta del neonato con bisogni assistenziali speciali.

4.4 Assistenza pediatrica: prospettive future

La rete pediatrica comprenderà tre reparti di degenza (ASMN, Guastalla e Castelnuovo ne' Monti) che agiranno in sinergia e continuità. Il centro di secondo livello ASMN sarà organizzato per continuità di cure, funzionali ai progetti assistenziali provinciali.

L'area pediatrica dell'Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia

Emergenza-urgenza

I servizi in emergenza ed urgenza pediatrica trovano il punto di accoglienza in prossimità del Pronto Soccorso generale; a breve questi locali saranno oggetto di una profonda ristrutturazione. Negli ultimi 5 anni gli accessi medi annui si sono aggirati intorno ai 15.000; è sempre più evidente la necessità di dare risposte ai codici cosiddetti minori (bianchi e verdi) che negli ultimi anni hanno costituito rispettivamente il 20% e il 70% circa degli accessi totali per anno e soprattutto nelle fasce serali e prefestive/festive. Il dato degli accessi inappropriati è un tema nazionale e la casistica di Reggio Emilia è inferiore alla media regionale.

La Pediatria ASMN è il centro di secondo livello per l'emergenza-urgenza e i Pronto Soccorso di Montecchio e Scandiano inviano all'ASMN i minori sotto i 15 anni, mentre negli Ospedali di Castelnuovo ne' Monti e di Guastalla si giovano di una consulenza in sede da parte dei pediatri presenti che eventualmente centralizzano sulla base di protocolli specifici. Per i casi che necessitano di terapia intensiva, la pediatria proseguirà la collaborazione con la Rianimazione e la Neonatologia dell'ASMN; i lattanti critici che necessitano di una terapia intensiva vengono già ospitati nella Neonatologia, dove è in progetto l'apertura di una sezione di terapia intensiva "post-neonatale" (fino a 12-18 mesi) che lavorerà in continuità e sinergia con Pediatria e Rianimazione adulti.

I bambini più grandi, in base alla gravità e al quadro clinico e ai bisogni assistenziali verranno trasferiti presso la Rianimazione adulti, dove è in atto una riorganizzazione con la definizione di una rete di professionisti con competenze pediatriche, oppure dopo opportuna stabilizzazione saranno trasferiti nei centri *Hub* regionali e/o extraregionali.

Patologia cronica

Su tale ambito l'area pediatrica dell'ASMN ha da diversi anni sviluppato competenze molto rilevanti, grazie anche alla presenza e al contributo dato da talune strutture afferenti a tale contesto quali l'UGDEE (Unità delle Gravi Disabilità

dell'Età Evolutiva) - unica nel suo genere nel panorama nazionale - e la NPI (Neuro Psichiatria Infantile) ospedaliera - tra le poche in regione - che attirano casistica di questo tipo. Anche il resto dell'area pediatrica (Genetica Medica e Reumatologia pediatrica) ha indirizzato le proprie attività verso la patologia cronica, motivo per cui la Pediatria dell'ASMN si è configurata come un contenitore particolarmente recettivo verso le patologie complesse e la disabilità.

Queste peculiarità assistenziali trovano un ulteriore punto di forza nella tipologia del panorama pediatrico circostante, che vede l'ASMN circondato da due strutture universitarie (una è anche sede di ospedale pediatrico), dotate di servizi di chirurgia e onco-ematologia pediatrica e quindi già con una connotazione assistenziale ben definita e differente, permettendo quindi all'area pediatrica di Reggio Emilia di potersi proporre come luogo di cura per le patologie croniche. Si ritiene pertanto che, anche nell'ottica di costruzione di progetti a lungo termine potenzialmente ospitabili nel futuro MIRE, questo sia l'ambito su cui programmare maggiormente, con la creazione di area a maggiore intensità che permetta di ospitare bambini cronici complessi.

Il modello organizzativo a Rete, istituito in Azienda, di cui l'ambulatorio Cure Palliative costituisce uno dei nodi, rappresenta un esempio di integrazione con il territorio, soprattutto con il servizio infermieristico domiciliare, la NPIA e i pediatri di libera scelta.

L'eleggibilità alle Cure Palliative pediatriche, come da Delibera Regionale (24), sarà valutata in sede di UVMP (Unità di Valutazione Multifunzionale/disciplinare Pediatrica), modalità già consolidata in provincia, con il compito di definire il percorso assistenziale più appropriato nell'ambito della rete: assistenza domiciliare, ricovero ospedaliero, e futuro *hospice* pediatrico.

Unità delle gravi disabilità dell'età evolutiva (UGDEE)

Per quanto attiene l'UGDEE, tra gli obiettivi futuri c'è quello di garantire continuità all'attività di chirurgia funzionale, con una piena formalizzazione e strutturazione di questa elettiva funzione e con l'implementazione degli interventi riabilitativi a essa connessi.

Per la tipologia di paziente a cui si rivolge, questa chirurgia prevede competenze tecniche specifiche, una capacità valutativa e di *follow-up* peculiare, l'attitudine a lavorare in *team*, professionalità e tempi dedicati.

Occorre inoltre sostenere l'attività di collaborazione con centri *HUB* di Terapia Antalgica per il posizionamento delle pompe al *baclofen* intratecale per il trattamento della spasticità grave e del dolore nel bambino. È auspicabile una implementazione del percorso di transizione per il disabile divenuto adulto, in collaborazione con i Servizi dell'Adulto.

L'area pediatrica di Castelnovo ne' Monti e Guastalla

Le Pediatrie di Castelnovo ne' Monti e Guastalla, oltre ad affrontare le principali patologie acute della popolazione locale, dovranno mettere in atto percorsi ambulatoriali di *follow-up* in collaborazione con i PLS, al fine di garantire la continuità assistenziale ospedale-territorio. Presupposto è la condivisione di

protocolli e linee guida tra centro di 2° livello e pediatrie provinciali, al fine di garantire uniformità di comportamento e analoga qualità di cura a tutti i bambini della provincia. Questa rete presuppone inoltre formazione continua e stage strutturati del personale dei centri di 1° livello presso il centro di 2° livello e continuo scambio di competenze. Una attenta e puntuale attività di audit clinico sulle casistiche trattate e sui singoli casi garantirà il monitoraggio continuo e l'appropriatezza clinica. Per quanto attiene la patologia acuta entrambe le sedi possono svolgere il ruolo di camera di espansione per la Pediatria dell'ASMN.

Castelnovo ne' Monti

Questa sede ha alcune peculiarità organizzative ben esplicitate in dettaglio nel progetto "**Sant'Anna plus**". Verranno implementate le collaborazioni con le altre unità operative dell'ospedale e in particolare con il PS attraverso la condivisione di protocolli e procedure ad hoc.

Inoltre, il progetto regionale sulle cure palliative pediatriche e la cronicità grave (DR N. 9153 del 10.07.2012), che prevede la nascita di un *hospice* pediatrico regionale (in provincia di Bologna) e di alcuni presidi idonei per garantire "ricoveri di sollievo" (ricovero di pazienti ad alto impatto assistenziale, ma stabili), offre l'opportunità alla Pediatria di Castelnovo ne' Monti di candidarsi a tale ruolo. Nell'ambito della patologia cronica si potranno anche istituire percorsi per pazienti che necessitano di terapie programmate (es. fibrosi cistica, terapia antibiotica endovenosa) che richiedono ricoveri prolungati.

Guastalla

Guastalla ha un bacino di utenza significativo, poiché coinvolge pazienti del distretto e della provincia di Mantova, con un tasso di immigrati elevato, sovente gravato da fragilità socio-sanitarie e bisogni assistenziali cospicui.

Le caratteristiche epidemiologiche e le competenze esistenti in questo ospedale inducono a supportare e migliorare il percorso tubercolosi (TBC) pediatrica, avvalendosi comunque delle consulenze anche a distanza degli specialisti ASMN (radiologo, infettivologo). I pediatri di Guastalla sono già attivamente coinvolti nell'ambulatorio prevenzione TBC nei minori presso il Centro Salute Famiglia Straniera a Reggio Emilia, e questa esperienza potrà essere ulteriormente implementata.

Maltrattamento e abuso infantile

Il fenomeno del maltrattamento e dell'abuso dei minori, ancora sottostimato nel nostro territorio (in particolare con riferimento ai dati medi dei paesi occidentali), richiede una forte attenzione ai segnali di disagio e lo sviluppo di maggiori competenze tra gli operatori.

I Servizi Sociali integrati della provincia, coerentemente con il mandato normativo in materia, stanno investendo sul presidio e la cura delle situazioni di violenza sui minori, sia essa fisica, sessuale, psicologica o legata alla patologia delle cure; in questo ambito si registrano esperienze territoriali maggiormente avanzate in termini di qualità e appropriatezza degli interventi:

- sia nel riconoscere con competenza la necessità di accoglienza appropriata ai minori vittime di maltrattamenti e abusi e intervenendo con tempestività ed appropriatezza laddove non è possibile la permanenza presso la propria famiglia;
- sia garantendo tempestivamente accesso alle cure specialistiche per i minori vittime di eventi e vissuti traumatici, in particolare modo grave trascuratezza, violenze, maltrattamenti e abusi, condizioni che in letteratura vengono correlate ai disturbi traumatici dello sviluppo.

Un ambito per il quale si segnala la necessità di maggiore attenzione e investimento è quello della prevenzione: numerose esperienze internazionali indicano interventi di prevenzione efficaci e buone pratiche, basati sul sostegno alla genitorialità, che nelle situazioni più fragili, richiedono strumenti specifici come l'*home visiting*.

Psicologia ospedaliera

La psicologia clinica è direttamente integrata nelle attività clinico-assistenziali, di formazione e di ricerca del Dipartimento Materno Infantile. Le attività sono ampiamente distribuite in tutto l'ambito del Dipartimento Materno Infantile: dall'area perinatale (presa in carico di gravide a rischio, multiproblematiche, morti fetali, disagio emotivo in gravidanza e nel *post partum*), a quella neonatologica (sostegno ai genitori e personale in caso di grande prematurità, patologie severe, *follow-up* neuro-psicologico, ecc.), all'area pediatrica (sostegno ai bambini e adolescenti con patologie gravi e/o croniche oppure con problematiche psicosomatiche), all'ambito ginecologico (sostegno a donne sottoposte a trattamenti chirurgici demolitivi sia oncologiche che non) e infine all'area della diagnosi e terapia della sterilità (con un percorso di sostegno psicologico individuale e/o di coppia durante tutte le fasi del percorso diagnostico e terapeutico). Il continuo evolvere dei bisogni psicologici richiede che l'intervento nel contesto ospedaliero dipartimentale sia disposto come servizio integrato nel sistema di cura e sviluppato lungo diverse direttrici operative in base ai differenti destinatari (bambini, adolescenti, famiglie, donne, coppie, operatori sanitari). È importante che ogni paziente che accede nelle realtà ospedaliere territoriali abbia la possibilità di usufruire degli stessi percorsi clinico-assistenziali di quelli garantiti nel centro di 2° livello. A tal fine è indispensabile che l'attività psicologica in tali ambiti sia fortemente integrata, che garantisca una continuità assistenziale piena tra ospedali di 1° e 2° livello e tra ospedale e territorio, con una condivisione dei percorsi clinico-assistenziali specifici, al fine di rispondere in modo efficiente e tempestivo ai bisogni assistenziali.

Percorsi che andranno implementati nei prossimi anni in area pediatrica

1. Servizio trasversale di anestesia

Al fine di assicurare un livello assistenziale adeguato, in termini di efficacia, appropriatezza e sicurezza secondo *standard* clinici nazionali e internazionali, l'attività di anestesia pediatrica deve essere erogata da anestesisti con una

opportuna formazione e con competenze specifiche che devono essere mantenute nel tempo. Esiste infatti una correlazione tra l'insorgenza di complicanze e numero di anestesi eseguite dal singolo anestesista.

Pur non esistendo una unità operativa di chirurgia pediatrica è utile menzionare che nel solo Santa Maria Nuova si svolgono circa 400 casi chirurgici pediatrici di cui quasi 300 in bambini di età inferiore ai 10 anni e che nella stessa struttura si trattano patologie complesse dell'età infantile (Chirurgia ORL, Chirurgia Oculistica, UDGEE, ecc.). La creazione di un gruppo di anestesisti con preparazione in anestesia pediatrica consentirebbe di fornire assistenza di maggior qualità non solo in attività chirurgiche, ma anche nella gestione del dolore pediatrico, nella consulenza rianimatoria del bambino critico e nelle procedure svolte al di fuori della sala operatoria che per la loro invasività (infiltrazioni intra-articolari, iniezioni di farmaci intratecali, riduzione fratture ossee) o per la necessità della collaborazione del bambino (risonanze magnetiche, esami TC, esami endoscopici) necessitano di sedazione.

In sintesi i progetti futuri potrebbero così essere riassunti:

- implementare la formazione anestesiologicala e rianimatoria pediatrica con simulazione avanzata;
- realizzare un *team* dell'emergenza pediatrica all'ASMN;
- attivare e/o implementare attività ambulatoriale nell'ottica dell'integrazione ospedale-territorio;
- promuovere l'attivazione di nuovi percorsi assistenziali che consentano la realizzazione di attività diagnostico-terapeutiche per pazienti pediatrici "fragili";
- condividere percorsi per la gestione del paziente critico integrati tra la UTIN e la Rianimazione.

2. Percorso del minore con problematiche di scompenso psichiatrico

Attualmente un minore che accede a uno dei PS della provincia per problematiche di acuzie psicopatologica, viene portato al Pronto Soccorso dell'ASMN.

L'invio può essere fatto da

- Pediatra di Libera Scelta/MMG
- NPIA
- Accesso diretto del paziente

Fasce anagrafiche:

- 0-14 anni: arrivo in PS pediatrico, consulenza NPI ospedaliera o psichiatrica negli orari di non presenza della NPI ospedaliera, ricovero in NPI (oppure ricovero in Pediatria negli orari in cui non opera la NPI);
- 14-17 anni: arrivo in PS generale, consulenza NPI ospedaliera o psichiatrica negli orari di non presenza della NPI ospedaliera. Si valuterà, in base alla gravità, alle condizioni cliniche e alle caratteristiche fisiche e psichiche del paziente, il ricovero in OBI oppure in Medicina d'Urgenza oppure presso SPDC.

La presa in carico può essere ambulatoriale, se il paziente viene stabilizzato durante l'osservazione breve. Si concordano sempre con la NPIA territoriale, ed

eventualmente con il servizio sociale territoriale, percorsi di dimissioni protette a domicilio (famiglia o strutture sostitutive) o passaggi in RTI (residenza terapeutica intensiva), con l'obiettivo di rendere il più breve possibile la permanenza in ospedale. Nel futuro si procederà a implementare e formalizzare questi percorsi con una ridefinizione globale dei percorsi di emergenza-urgenza nella rete della NPI ospedaliera, del Diagnosi e Cura, delle Residenze Terapeutiche Intensive, della NPIA territoriale e dei Servizi Sociali territoriali con potenziamento delle attività a sostegno della degenza e della domiciliarità e definizione di procedure nei passaggi di competenze.

4.5 Assistenza ginecologica: prospettive future

Le reti integrate specialistiche ospedale-territorio intendono essere un'efficace risposta organizzativa alla sfida rappresentata dal *gap* crescente tra domanda di prestazioni sanitarie e calo delle risorse disponibili.

Presupposto per una corretta allocazione delle stesse è il superamento di logiche divisive, basate su gerarchie di competenza autoreferenziali. Un sistema centrato sul bisogno dell'utente privilegerà infatti un'organizzazione di matrice funzionale in cui segmenti diversi di un determinato percorso potranno essere svolti all'interno di diversi *asset* logistici con determinati requisiti da personale competente. Tutto questo cercando di garantire un appropriato impiego delle competenze di più elevata vocazione specialistica e al tempo stesso, valorizzando tutti gli operatori coinvolti, contribuendo il più possibile alla circolazione e alla condivisione delle competenze e individuando altresì abilità distintive di struttura. Le diverse strutture ospedaliere avranno vocazioni differenti e specifiche in modo da poter sviluppare precise competenze nella selezione, nella diagnosi, nel trattamento e nell'assistenza delle diverse patologie.

Obiettivo strategico, quindi, è l'organizzazione chirurgica ginecologica provinciale, con la razionalizzazione dell'utilizzo degli spazi operatori dedicati alla chirurgia ginecologica su scala provinciale, condotta sulla base dei fabbisogni e della suddivisione della casistica a diverso grado di complessità tra ospedale di riferimento (*Hub*) e ospedali provinciali (*Spoke*).

L'organizzazione *Hub & Spoke* ha portato a una centralizzazione della casistica operatoria più impegnativa verso l'ospedale di dimensione e casistica maggiore. Questo spostamento rischia di comportare una diminuzione della *competence* degli ospedali periferici e soprattutto una diminuzione motivazionale delle professionalità coinvolte che si vedrebbero private dalla casistica chirurgica più complessa a livello di personale medico, infermieristico, anestesiologicalo e radiologico.

Una delle soluzioni è creare una rete per gestire la disomogeneità di percorsi e la qualità dell'assistenza nell'area ginecologica chirurgica nel contesto di un'unica realtà aziendale provinciale attraverso la creazione di una rete integrata tra gli ospedali.

L'innovazione principale della presente proposta risiede nel formare i professionisti affinché non si sentano più parte di una singola struttura provinciale, ma parte di un'*équipe* che può operare su diverse sedi trasferendo e acquisendo capacità e competenze professionali maggiori.

Obiettivo dell'organizzazione integrata provinciale è anche permettere la formazione dei dirigenti medici, dedicando sedute alla crescita delle competenze chirurgiche dei giovani medici.

Il vecchio modello, non più sostenibile dell'autosufficienza territoriale, lascerà il posto ad ospedali con una vocazione di cui tutti i professionisti potranno usufruire e arricchire.

L'*équipe* itinerante costituisce la risposta più adeguata a garantire negli ospedali provinciali il trattamento di casistica di media complessità, diminuendo il tasso di centralizzazione e mantenendo in periferia un adeguato livello di *expertise* chirurgico compatibile col *service mix*.

Si verrebbe a formare un *network* con l'ASMN di riferimento per la patologia neoplastica e la patologia complessa, mentre per gli ospedali della provincia si individuerebbe un particolare campo di azione specialistica che diventerebbe di riferimento provinciale.

Storicamente l'Ospedale di Montecchio è dedicato alla terapia dei difetti del pavimento pelvico, per Scandiano si individua la terapia della patologia benigna dell'età feconda, per Guastalla la complessità media oncologica (patologia del corpo dell'utero) e la terapia dell'endometriosi e per Castelnovo ne' Monti la isteroscopia diagnostica ed operativa. Ogni ospedale sarà, per la propria competenza distintiva, riferimento per la formazione chirurgica.

Nell'ambito della riorganizzazione complessiva della rete materno infantile si svilupperà un progetto per il trasferimento del Centro PMA da Reggio Emilia a Scandiano, nel rispetto dei requisiti di accreditamento e della normativa nazionale e regionale.

5. Rete di oncologia medica e IRCCS

5.1 Premessa

In Italia il *trend* di incidenza delle neoplasie nell'ultimo triennio si presenta in netto calo negli uomini mentre è stabile nelle donne: calano i tumori dello stomaco e del colon-retto e diminuiscono le leucemie (26). La mortalità continua a diminuire in maniera significativa in entrambi i sessi.

La patologia oncologica costituisce una delle priorità della sanità pubblica per incidenza e prevalenza, richieste e complessità assistenziali nonché per impatto sulle risorse professionali, tecnologiche ed economiche disponibili.

Le raccomandazioni nazionali e regionali e le evidenze tratte dalla letteratura scientifica indicano la necessità di articolare un'offerta sanitaria in ambito oncologico che tenga conto dei volumi di attività, del rapporto volumi/qualità e complessità delle prestazioni richieste, del miglior utilizzo delle risorse umane e tecnologiche disponibili, rispondendo alle esigenze dei pazienti in un'ottica di equità di accesso ai servizi e omogeneità di trattamento tra i diversi punti di erogazione, in un contesto di integrazione multidisciplinare e multiprofessionale e di continuità ospedale-territorio.

La patologia oncologica è complessa poiché legata alla molteplicità e diversità delle differenti forme tumorali, alla loro presentazione clinica e biologica, alla differenza e molteplicità degli interventi necessari, di professionisti e discipline coinvolte, all'impatto sulle condizioni sociali e psicologiche del malato, oltre che alla necessità di porre attenzione ai bisogni dei pazienti sopravvissuti, c.d. "survivors". L'ambito oncologico è caratterizzato, inoltre, da una forte sinergia tra attività di cura e ricerca.

Si rende quindi necessario un modello organizzativo che permetta di governare i collegamenti tra strutture e professionisti diversamente coinvolti nella patologia oncologica, di pianificare l'uso delle risorse, di definire, applicare e valutare i percorsi dei pazienti.

5.2 Obiettivi della nuova rete di oncologia medica provinciale

Dati il contesto e le premesse, nel 2016 è stata avviata nella provincia di Reggio Emilia l'implementazione di una rete oncologica provinciale (RORE), formalmente istituita con Delibera del Direttore Generale 80/2016.

L'obiettivo prioritario è stato quello di rendere omogenei i percorsi di diagnosi, terapia e *follow-up* attraverso la contestualizzazione locale delle migliori evidenze scientifiche (definizione e applicazione dei PDTA) in modo da:

- offrire ai pazienti in tutta la provincia cure di alto valore che facciano parte di un progetto univoco, condiviso a livello centrale e basato su solide evidenze scientifiche;
- facilitare il percorso clinico del paziente attraverso la presa in carico globale;
- garantire appropriatezza degli interventi diagnostico-terapeutici e assistenziali;
- ridurre l'eterogeneità delle cure ovvero quello che la letteratura definisce *unwanted variation* (variazione indesiderata).

Ne consegue un miglior accesso ai servizi diagnostici e di cura, insieme alla garanzia di un approccio alla patologia che abbia caratteristiche interdisciplinari e multiprofessionali, oltre che accuratezza e appropriatezza delle indagini svolte. L'impegno si estende anche al supporto psicologico, sociale e riabilitativo e all'ottimizzazione delle risorse professionali, tecnologiche e strutturali. Viene favorito, inoltre, l'accesso dei pazienti agli studi clinici e traslazionali, con riguardo a nuovi farmaci, tecnologie e strategie terapeutiche, modalità assistenziali. È incentivata, inoltre, l'integrazione con la rete delle cure palliative e i servizi territoriali.

5.3 La nuova rete oncologica provinciale di Reggio Emilia

Nei primi due anni di vita la rete oncologica provinciale ha visto lo sviluppo delle attività di riorganizzazione delle strutture di oncologia medica con particolare riferimento a:

- ridefinizione delle attività di trattamento in alcune sedi ospedaliere: apertura del CORE e contestuale apertura di posti letto di degenza ordinaria di oncologia medica; rimodulazione dell'attività negli Ospedali di Montecchio e di Correggio;
- condivisione dei PDTA di patologia oncologica a livello provinciale;
- condivisione dei protocolli terapeutici e delle procedure di prescrizione, preparazione e somministrazione della chemioterapia, grazie all'attivazione della nuova centrale UFA e del nuovo sistema informatizzato.

La rete vede ora l'opportunità di un ulteriore sviluppo da realizzare nei prossimi anni, seguendo un modello organizzativo a matrice trasversale all'Azienda che, con un approccio multiprofessionale e multidisciplinare, governi i collegamenti tra tutte le strutture e i professionisti coinvolti nel percorso del paziente, al fine di definire, applicare e valutare i PDTA, pianificare l'uso ottimale delle risorse umane e tecnologiche, garantire omogeneità di trattamento a tutti i pazienti ed offrire l'accesso alle migliori cure ed ai migliori programmi di ricerca possibili.

È naturale che il nodo principale della rete che vede diversi *setting* e livelli di complessità sia rappresentato comunque dall'oncologia medica.

5.3.1 Organizzazione e funzioni della oncologia medica provinciale

La nuova organizzazione prevede che venga istituita un'unica SOC di oncologia medica provinciale con sede all'ASMN che integri tutte le strutture ed il personale deputati all'attività di oncologia medica.

L'unità operativa di oncologia medica provinciale svolgerà le funzioni di:

- coordinamento organizzativo e funzionale di tutta l'area di Oncologia medica provinciale;
- coordinamento clinico con applicazione dei PDTA per le singole patologie neoplastiche, condivisi con professionisti e specialisti di altre discipline;
- interfaccia con l'attività dell'Unità Farmaci Antiblastici (UFA);
- interfaccia con la rete delle cure palliative ospedaliera e territoriale;
- interfaccia con i servizi deputati alla continuità assistenziale ospedale-territorio;
- attività di ricerca clinica in integrazione con la direzione scientifica dell'IRCCS;

- interrelazione con il Registro Tumori;
- interrelazione con il Centro Screening;
- interrelazione con i MMG;
- formazione continua dei professionisti.

Alla SOC provinciale afferiranno due strutture operative semplici (SOS) una di area Sud (Scandiano-Montecchio-Castelnovo ne' Monti) e una di area Nord (Guastalla-Correggio).

5.3.2 I differenti livelli dell'attività oncologica dell'unità operativa di oncologia provinciale

Nell'ambito dell'unità operativa di oncologia provinciale vengono definiti tre differenti livelli di attività oncologica:

- **Livello 1 - Ambulatorio di oncologia:** attività di consulenza ai pazienti e ai professionisti dell'ospedale e del territorio, attività ambulatoriale di terapia ormonale per il tumore della mammella e terapie orali/ormonali per altre sedi di patologia, attività di *follow-up*, esecuzione di procedure cliniche diagnostiche previste nell'ambito dei PDTA di patologia, connessione con la rete cure palliative territoriali.
- **Livello 2:**
 - **Livello 2a - Day service di oncologia:** tutte le attività di livello 1, cui si aggiunge la terapia medica antineoplastica (chemioterapia, immunoterapia, ormonoterapia, terapie target) somministrata in regime di day service;
 - **Livello 2b - Day service di oncologia:** tutte le attività di livello 2a, cui si aggiunge l'attività di ricerca clinica.
- **Livello 3 - Day service di oncologia e degenza ordinaria:** tutte le attività di livello 1 e 2, procedure (diagnostiche, terapeutiche, sintomatiche/palliative) che per complessità e tecnologie richieste non sono effettuabili nei livelli precedenti.

5.3.3 Distribuzione dei livelli dell'attività oncologica dell'unità operativa di oncologia provinciale nei sei stabilimenti ospedalieri

Tutte le strutture oncologiche dei 6 stabilimenti avranno funzione di punti di accesso (PAC) alla RORE. I PAC consentiranno di indirizzare direttamente i pazienti per la presa in carico secondo il livello di attività richiesto in base ai PDTA condivisi a livello provinciale e con la più adeguata logistica. I PAC saranno punto di collegamento con la rete territoriale delle cure palliative, con i servizi di diagnostica e con altri servizi specialistici, rappresenteranno il primo riferimento per tutti i servizi e reparti dell'ospedale.

La distribuzione organizzativa dei tre livelli di attività è riassunta nella tabella sottostante. È opportuno evidenziare che strutture, attività e servizi citati sono riferiti al periodo giugno 2018 ed è possibile che, con il trascorrere del tempo, vadano incontro a modifiche determinate da fattori quali variazioni nelle casistiche oppure dal sopravvenire di innovazioni nella tecnologia e nei modelli assistenziali e clinici. L'implementazione dei livelli di attività oncologica nei diversi ospedali è stata definita come un obiettivo da raggiungere a medio termine (approssimativamente

2 anni) progressivamente e compatibilmente con le risorse disponibili ed i bisogni di salute della popolazione.

Tabella 11 **Distribuzione dei livelli dell'attività oncologica dell'unità operativa di oncologia provinciale nei sei stabilimenti ospedalieri^a**

SEDE	LIVELLO ATTIVITÀ ONCOLOGICA	STRUTTURA	ATTIVITÀ	PRINCIPALI STRUTTURE/SERVIZI IN SEDE
Correggio Attività garantita in giornate stabilite	Livello 1	Ambulatorio	Prime visite Consulenze Ormonoterapia Follow-up	Laboratorio (prelievi) Radiologia Diagnostica endoscopica Chirurgia generale e specialistiche ^c Cure palliative Riabilitazione Psico-oncologia Servizio Sociale
Montecchio Attività garantita in giornate stabilite	Livello 1	Ambulatorio	Prime visite Consulenze Ormonoterapia Follow-up	
Scandiano Attività garantita in giornate stabilite	Livello 1	Ambulatorio	Prime visite Consulenze Ormonoterapia Follow-up	
Castelnovo ne' Monti Attività garantita dal lunedì al venerdì	Livello 2a	Day Service	Prime visite Consulenze Terapia medica ^b Follow-up	
Guastalla Attività garantita dal lunedì al venerdì	Livello 2b	Day Service	Prime visite Consulenze Terapia medica ^b Studi clinici di fase II-III Follow-up	
Reggio Emilia Attività garantita 7 giorni/settimana	Livello 3	Degenza ordinaria e Day Service	Prime visite Consulenze Terapia medica ^b Studi clinici di fase II-III Studi clinici di fase I Follow-up	Laboratorio Analisi Laboratorio Genetica Radiologia Medicina Nucleare Diagnostica endoscopica Anatomia patologica Biologia molecolare Chirurgia generale e specialistica Radioterapia Cure palliative Riabilitazione Psico-oncologia Servizio Sociale Ematologia Medicina Oncologica Medicina TrASFusionale Pneumologia Ostetricia-PMA

Note:

- a Le strutture, le attività ed i servizi riportati in tabella fanno riferimento a giugno 2018.
- b La terapia medica include: chemioterapia, immunoterapia, ormonoterapia, terapie *target*.
- c Attività presente solo presso gli Ospedali di Guastalla e Reggio Emilia.

5.4 Altre prospettive future: sviluppo delle attività di riabilitazione oncologica

Spesso la malattia e i relativi trattamenti conducono a limitazioni fisiche, psichiche e sociali. L'obiettivo dei programmi di riabilitazione oncologica è fornire supporto riabilitativo ai pazienti, per migliorare la loro qualità di vita e facilitare il reinserimento nelle attività quotidiane e lavorative. A quanto già descritto, si aggiunge l'obiettivo a lungo termine di implementare programmi di riabilitazione, sviluppati su più progetti organizzativi dedicati ai pazienti oncologici ed oncoematologici, in regime di ricovero ma anche di consulenza e ambulatoriale. I programmi sono già in atto al CORE in regime ambulatoriale.

5.5 Requisiti per la realizzazione della rete oncologica provinciale di Reggio Emilia

1. **Cambiamento culturale:** improntato sulla centralità della persona con patologia oncologica – e dei *caregiver* - e sui suoi bisogni di salute con il fine di migliorare la qualità delle cure e dell'assistenza: in qualunque punto della rete il paziente riceverà la stessa qualità delle cure e un miglior accesso alle stesse.
2. Definizione di una **unità operativa di oncologia medica provinciale** per coordinare e uniformare l'attività di oncologia medica.
3. **Approccio multiprofessionale e multidisciplinare** che permetta la definizione, applicazione, valutazione e aggiornamento dei PDTA per ogni patologia oncologica trattata e che vada a definire le interfacce e le modalità di lavoro per le patologie di particolare rarità che devono far riferimento a centri sovraregionali o nazionali (es. patologia ortopedica, rete tumori rari).
4. **Presenza di coordinamento oncologico centrale** in grado di governare i collegamenti tra le diverse strutture della rete, pianificando l'uso delle risorse, collaborando nella definizione, applicazione e valutazione dei percorsi dei pazienti per le diverse patologie neoplastiche.
5. Lo sviluppo di **modelli innovativi di assistenza nelle professioni sanitarie** quali il *primary nursing*, il *case management* e il coinvolgimento di professionisti sanitari con competenze specifiche applicate all'ambito oncologico (fisioterapisti, terapisti occupazionali, dietisti, ecc.).
6. **Strumenti informatici:** standardizzazione e integrazione degli strumenti informatici in tutti i punti della rete per favorire l'accesso e la consultazione da ogni sede.
7. **Individuazione e definizione di caratteristiche e volumi richiesti dai singoli servizi per la diagnostica e il trattamento delle diverse patologie neoplastiche.** In quest'ambito devono essere individuate le prestazioni diagnostiche e terapeutiche eseguibili nelle 6 strutture ospedaliere provinciali. In particolare, per le diverse patologie oncologiche vanno considerati i dati di incidenza/prevalenza, il volume di attività, la numerosità dei casi gestiti con appropriatezza, la presenza di tecnologie e l'*expertise* dei professionisti. Questi elementi vanno correlati alla complessità della singola patologia e alle risorse professionali e tecnologiche necessarie.

8. **Coinvolgimento dei servizi territoriali** per le azioni di promozione della salute/prevenzione, adesione agli screening, tempestività diagnostica, equità di accesso, integrazione dei percorsi di cura, programmazione del *follow-up*, interventi riabilitativi e facilitanti il reinserimento sociale, rete delle cure palliative, *hospice* e servizio di psico-oncologia, servizi sociali, SID. Partecipazione e corresponsabilizzazione delle Cure Primarie con coinvolgimento in tutte le fasi dei MMG, in particolare nel promuovere stili di vita sani e favorire l'adesione a programmi di screening e *follow-up*.
9. **Partecipazione dei cittadini, delle loro associazioni e del volontariato** per una presenza attiva alle scelte programmatiche, per una valutazione della qualità percepita dei vantaggi offerti dal sistema e per contribuire alla diffusione delle corrette informazioni agli altri cittadini.
10. **Standardizzazione della diagnosi, della stadiazione, dei controlli in corso di terapia e del follow-up** per rendere più appropriata, tempestiva ed economica la loro esecuzione, in coerenza con quanto definito nei PDTA.
11. **Coordinamento della ricerca clinica** in ambito oncologico con uguale possibilità di accesso per i pazienti - indipendentemente dal domicilio/residenza - agli studi su farmaci sperimentali, nuove tecnologie e nuovi modelli assistenziali. Ciò può essere facilitato attraverso una condivisione progettuale, gestionale e amministrativa che veda una chiara definizione delle procedure operative e dei rapporti con la Direzione Scientifica, con l'Infrastruttura della Ricerca IRCCS e con il Comitato Etico.
12. **Progetto di comunicazione e informazione continuo che sia rivolto sia all'esterno che all'interno:**
 - a. **All'esterno** per garantire che il cittadino sia informato sui percorsi, sui trasporti, sulle opportunità, sui diritti e sulla qualità della terapia offerta, sottolineando l'aspetto che la qualità delle cure fornite sarà la medesima in tutta la provincia. Inoltre, saranno garantite le informazioni relative agli studi sperimentali e alla possibilità di parteciparvi. Dovrà essere veicolato, in sintesi, il messaggio del *Clinical Cancer Care Network* che vede l'attività oncologica non concentrata in un grande *Hub* ma diffusa su tutto il territorio provinciale, secondo i criteri di migliore equità e appropriatezza clinica e assistenziale - il "CORE diffuso" - anche attraverso la ridenominazione degli ambulatori e dei vari nodi della rete. Tale attività dovrà essere supportata da un lato dai sistemi di diffusione aziendali (sito internet, URP, ecc.), dall'altro da materiale informativo dedicato. Dovrà essere valutata, inoltre, la possibilità di ampliare l'attività dello sportello Informa-Salute attualmente collocato al CORE e dedicato alla diffusione di materiale a pazienti e cittadini e a veicolare informazioni tra pazienti, associazioni e professionisti in ambito prevalentemente oncologico.
 - b. **All'interno** dell'Azienda per aggiornare tutti gli operatori coinvolti e diffondere il "*know how*" indispensabile per una disciplina in rapida evoluzione quale l'oncologia. In quest'ambito va previsto annualmente un programma di formazione e aggiornamento per professionisti e operatori della rete oncologica in merito alla gestione clinica e organizzativa.

13. **Percorsi formativi ad hoc per tutto il personale coinvolto** per colmare il fabbisogno formativo correlato alle innovazioni organizzative introdotte con la costituzione di reti sul modello *Clinical Cancer Care Network* e sui principali strumenti (Reti professionali, PDTA, HTA, gestione del rischio clinico, etica e comunicazione).
14. **Miglioramento della sinergia tra area sociale e area sanitaria** su tematiche quali il trasporto del paziente vulnerabile che coinvolga tutti gli attori, il volontariato, i cittadini, gli enti locali e l'Azienda Sanitaria. Il servizio di trasporto, ma sarebbe meglio dire di accompagnamento, si qualifica come un percorso integrato per la predisposizione di progetti di sostegno al domicilio e di supporto alla rete familiare in collaborazione con le associazioni del territorio al fine di garantire un sistema curante e accogliente, riferimento per le necessarie informazioni alla persona e alla sua famiglia. Si tratta di superare la logica dell'invio ai servizi (che genera spesso smarrimento nelle persone) per costruire percorsi di accompagnamento all'interno della rete dei servizi.

5.6 L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di Reggio Emilia

Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) sono strutture di eccellenza che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico ed in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità o svolgono altre attività aventi i caratteri di eccellenza. Il Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria 2017-2020 (PNRS 2017-2019) descrive la funzione degli IRCCS come quella di *"... volano dell'applicazione delle conoscenze alla pratica clinica attraverso un percorso di valutazione di percorsi e processi, la costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e di linee guida, la valutazione dei costi e dei processi organizzativi, l'impatto sull'utenza affinché gli interventi sanitari siano corretti e sostenibili"*.

L'accento è dunque posto sulla traslationalità dell'attività di ricerca, vale a dire sulla trasferibilità dei risultati della ricerca alla pratica clinica.

Parte integrante del SSN, e sua punta di diamante per quel che riguarda l'attività di ricerca, gli IRCCS hanno la peculiarità di poter accedere agli strumenti di finanziamento che il Ministero della Salute utilizza per sostenere l'attività di ricerca: Ricerca Corrente, Ricerca Finalizzata e Bando per i Finanziamenti in Conto Capitale. La Ricerca Corrente è lo strumento attraverso il quale il Ministero finanzia l'attività di ricerca istituzionale degli IRCCS, sia pubblici che privati. I fondi messi a disposizione variano di anno in anno, e sono ripartiti tra gli IRCCS sulla base delle *performance* degli istituti nell'anno precedente, calcolate su una serie di indicatori di tipo sia scientifico che assistenziale, quali ad esempio le pubblicazioni scientifiche, i finanziamenti per la ricerca ricevuti da soggetti pubblici e privati, la partecipazione ai *trial* multicentrici, l'indice di *case mix* ecc. La Ricerca Finalizzata, a differenza della Ricerca Corrente, non è destinata soltanto agli IRCCS, bensì a tutto il SSN. Si tratta di un bando competitivo per il finanziamento dei singoli progetti di ricerca, che vengono sottoposti a *peer*

review con revisori esterni, nazionali e internazionali. Le caratteristiche del bando variano da edizione ad edizione, ma sono tenute in considerazione la qualità del *team* di ricerca e la sua *expertise* nell'area tematica del progetto, la qualità scientifica del progetto, ecc. Infine, il Bando per i Finanziamenti in Conto Capitale è finalizzato all'aggiornamento del parco tecnologico degli IRCCS, visto come elemento strategico fondamentale per raggiungere e mantenere livelli di eccellenza nell'ambito dell'attività scientifica di interesse pubblico. A tale scopo, una parte delle risorse destinate alla ricerca sanitaria è indirizzata all'ammodernamento delle attrezzature scientifiche degli IRCCS, con particolare attenzione all'acquisizione di strumentazione ad alta tecnologia. Le proposte di acquisto avanzate dagli IRCCS vengono valutate dal Comitato Tecnico Scientifico – Sezione Ricerca Sanitaria del Ministero della Salute.

L'IRCCS di Reggio Emilia: riconoscimento e conferma del carattere scientifico

L'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia di Reggio Emilia è un centro di ricerca oncologico incorporato nell'Azienda USL di Reggio Emilia. Dotato di 193 posti letto, abbina un altissimo livello di qualità dell'assistenza a un orientamento all'attività di ricerca di tipo traslazionale, clinico e sanitario in campo oncologico.

È stato riconosciuto dal Ministero della Salute come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nel 2011, come parte integrante dell'allora Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova, ospedale di riferimento del territorio provinciale reggiano, che dal 1 luglio 2017 ha ultimato il processo di fusione con l'Azienda USL. Come previsto dalla normativa vigente (art. 15 del decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003 e successive modificazioni), il riconoscimento come IRCCS ha validità di due anni, al termine dei quali è necessario intraprendere il percorso di conferma del carattere scientifico dell'Istituto. In tale occasione, l'Istituto fornisce tutti i documenti richiesti dal Ministero per valutare la persistenza dei requisiti assistenziali e scientifici. Il Ministero nomina quindi una commissione indipendente che effettua una *site visit* e stila un verbale in cui mette in luce punti di forza e criticità dell'Istituto, ed esprime un parere sulla base del quale il Ministero conferma o meno il riconoscimento come IRCCS. L'IRCCS di Reggio Emilia ha ottenuto la conferma del riconoscimento con decreto del Ministero della Salute l'8 settembre 2015 e il 23 novembre 2017.

Governance, organizzazione e bilancio

La peculiarità dell'IRCCS di Reggio Emilia, nel panorama degli IRCCS pubblici italiani, è l'essere un Istituto mono-specialistico inserito nel contesto dapprima di un ospedale generalista e ora di un'Azienda USL. Questo ha comportato, soprattutto in fase di costruzione dell'IRCCS e nei suoi primi anni di vita, una grande complessità nella gestione amministrativa e nello sviluppo delle procedure interne. D'altro canto, il fortissimo radicamento del Santa Maria sul territorio ha rappresentato, fin dall'inizio, uno dei suoi punti di forza principali, specialmente nelle collaborazioni con l'Azienda USL di Reggio Emilia sui temi della prevenzione (progetti di screening e promozione dei corretti stili di vita) e dei percorsi

diagnostico terapeutici assistenziali che si snodano tra i differenti nodi ospedalieri e territoriali della rete dei servizi provinciale. Tali collaborazioni si sono rafforzate a seguito della fusione aziendale.

A livello di *governance*, l'IRCCS condivide gli organi e organismi di indirizzo e controllo dell'Azienda USL: Direttore Generale, Collegio di Direzione e Collegio Sindacale. A seguito della fusione, sono diventati organi dell'Azienda USL IRCCS anche gli organi propri dell'IRCCS, quali Direttore Scientifico e Consiglio di Indirizzo e Verifica. Il Direttore Generale nomina altresì il Direttore Operativo IRCCS, con funzioni di gestione complessiva dell'Istituto.

L'IRCCS è strutturato in un Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate, che racchiude al suo interno tutte le strutture a prevalente indirizzo oncologico, e da una rete oncologica aziendale, trasversale agli altri dipartimenti aziendali, che raccoglie l'attività oncologica svolta dalle altre strutture. Il Dipartimento Oncologico accorpa strutture la cui *mission*, specialistica esclusiva e prevalente, è orientata alla prevenzione, diagnosi e trattamento della patologia oncologica anche mediante l'utilizzo di tecnologie evolute ed innovative, che partecipano alla promozione dell'innovazione nell'ambito dell'*Health Technology Assessment*. La rete oncologica aziendale è costituita dall'insieme delle strutture, non afferenti al Dipartimento Oncologico, che erogano interventi sanitari e sociosanitari, di tipologie e livelli diversi in ambito oncologico, nel rispetto della continuità assistenziale e dell'appropriatezza clinica ed organizzativa (reti dell'offerta) nonché dai professionisti che assicurano la presa in carico del paziente mettendosi in relazione, con modalità coordinate (rete clinica).

All'Istituto è riconosciuta autonomia economico-finanziaria e gestionale sulle complessive risorse assegnate (personale, beni, servizi, investimenti) per lo svolgimento delle funzioni ed il conseguimento degli obiettivi, nell'ambito della complessiva programmazione e gestione dell'Azienda USL IRCCS. L'Istituto è dotato di un proprio sistema di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, al fine di predisporre gli strumenti fondamentali quali il bilancio economico preventivo ed il bilancio consuntivo, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente.

Il sistema di finanziamento dell'Istituto si basa sulle seguenti fonti: la valorizzazione economica dell'attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale prodotta in ambito oncologico; i finanziamenti per la ricerca da soggetti pubblici (Ministeri, Regioni, Unione Europea ed altri) e privati (Fondazioni, Associazioni ed altri); le donazioni da soggetti privati e pubblici destinate ad attività di ricerca; le quote del fondo sanitario regionale da destinare alla ricerca.

Partecipazione alle reti e accreditamento

L'AUSL IRCCS attua l'integrazione tra la funzione di assistenza e di ricerca anche in condivisione con le altre Aziende del SSN, del SSR, con gli altri IRCCS e con l'Università, avvalendosi, in particolare, delle reti all'interno delle quali attuare progetti di ricerca, praticare comuni protocolli di assistenza, operare la circolazione delle conoscenze, con l'obiettivo di garantire al paziente le migliori condizioni assistenziali e le terapie più avanzate, nonché le ricerche pertinenti. L'Azienda aderisce alle attività della rete nazionale degli IRCCS nelle patologie

oncologiche, in particolare ad Alleanza Contro il Cancro (ACC), attività prodromica alle verifiche ministeriali di conferma del riconoscimento in IRCCS.

A partire dal 2014, l'IRCCS è inoltre accreditato secondo il modello A&D OEI (*Accreditation & Designation* secondo *Organisation of European Cancer Institutes*) e certificato in *Clinical Cancer Centre*. Il sistema A&D OEI certifica la qualità dell'assistenza, della formazione e della ricerca dei Centri Oncologici secondo *standard* europei e prevede un sistema di accreditamento quinquennale.

6. Neuroscienze

6.1 Premessa

Secondo una definizione classica le Neuroscienze si occupano dello studio del sistema nervoso e della cura delle patologie che ne alterano il funzionamento, dall'età evolutiva a quella adulta.

Questa vasta area d'interesse coinvolge sia discipline di base, orientate alla ricerca e alla definizione dei meccanismi funzionali e patologici fondamentali, sia discipline cliniche impegnate nello sviluppo delle possibilità diagnostiche e terapeutiche, organizzate in percorsi che ne garantiscano la fruibilità nel rispetto della dignità delle persone, dell'equità di accesso e del corretto utilizzo delle risorse disponibili.

Secondo la visione moderna, le Neuroscienze comprendono una serie di sotto-discipline, la cui crescita ha aumentato le potenzialità di conoscenza e assistenza, quali la neurobiologia molecolare, la neurogenetica, la neuroepidemiologia, la neurofisiologia, le neuroscienze cognitive, le neuroimmagini e la neuroradiologia interventistica, la neurochirurgia funzionale, per finire con le più recenti frontiere della neuroingegneria e delle neuroscienze computazionali.

L'impatto clinico e in termini di assorbimento di risorse delle malattie neurologiche è imponente, così come l'impatto sulla qualità di vita, in base all'indicatore DALYs (*Disability Adjusted Life Years*), che stima gli anni di vita persi rispetto all'aspettativa, in relazione a disabilità e mortalità conseguenti a una certa categoria di patologie. Ne risulta che le malattie neurologiche incidono per oltre 6% rispetto al totale delle cause, in misura superiore ad altre importanti categorie quali neoplasie maligne, AIDS/HIV, malattie cardiache ischemiche e respiratorie (Dati WHO 2006) (30).

Da queste premesse generali ne consegue che, essendo l'Emilia-Romagna tra le regioni italiane con PIL più alto e con un indice di vecchiaia consistente, l'impatto delle patologie neurologiche, anche nella nostra provincia, sia già importante e prevedibilmente in forte crescita. Da un punto di vista normativo esistono riferimenti nazionali e regionali, su cui si basa l'organizzazione e l'offerta sanitaria nel campo delle Neuroscienze (8, 18, 31, 32).

6.2 La rete delle Neuroscienze

La realtà delle Neuroscienze di Reggio Emilia si colloca nell'ambito dell'AVEN e implica molteplici sinergie interaziendali soprattutto con le Aziende Ospedaliere Universitarie di Modena e di Parma, in particolare nel campo del trattamento endovascolare dell'ictus, della neurochirurgia, del trauma cranio-spinale, della neuroriabilitazione, della neurologia cognitiva e delle malattie degenerative, oltre che nella formazione dei medici all'interno delle Scuole di Specialità di Neurologia, Neuropsichiatria Infantile e Medicina Riabilitativa.

La rete locale delle Neuroscienze, inserita nei Dipartimenti Neuromotorio-Riabilitativo, Diagnostica per Immagini, Materno Infantile, fortemente integrata con il Dipartimento Emergenza-Urgenza e Internistico, si articola nelle seguenti strutture:

- SOC di Neurologia dell'ASMN, dotata di:

- a) 41 posti letto di degenza ordinaria di cui 12 per la SOS di Stroke Unit e un numero variabile (10-12) dedicati all'attività di Neurochirurgia;
- b) DH/DS nell'ambito della struttura del DH/DS polispecialistico;
- c) SOS di Neurofisiologia clinica con laboratori di EEG, EMG e Potenziali evocati e attività di monitoraggio intraoperatorio e in terapia intensiva;
- d) Ambulatori di Neurosonologia per ecodoppler TSA e doppler transcranico;
- e) SOS di Neuropsicologia clinica, disturbi cognitivi e dislessia dell'adulto;
- f) Centri ambulatoriali per le patologie croniche (epilessia, malattie neuromuscolari, demenza, Parkinson, cefalea, sclerosi multipla, malattie rare neurovascolari);
- Rete Neurologica territoriale, con attività, presso i presidi della provincia, di consulenza, visita ambulatoriale generica e finalizzata ad alcune patologie croniche, diagnostica neurofisiologica (EEG ed EMG) e neurosonologica (Ecodoppler TSA e doppler transcranico) di I livello;
- Centro *Spoke* di Neurochirurgia, afferente all'*Hub* dell'Azienda Ospedaliera di Parma, con attività chirurgica per patologia oncologica, traumatica, del rachide e attività di consulenza clinica per tutta la rete ospedaliera;
- Neuropsichiatria Infantile che comprende:
 - g) SOC ospedaliera con possibilità di ricovero ordinario nell'ambito della SOC di Pediatria, attività di DH/DS, visita ambulatoriale generica o finalizzata su specifiche patologie, diagnostica neurofisiologica di EEG ed EMG;
 - h) SOC territoriale, articolata in 5 SOS distrettuali, 1 SOS Tutela Minori e 1 SOS Centro Autismo; si occupa di presa in carico di minori di 18 anni per valutazione e trattamenti abilitativi/riabilitativi, farmacologici e psicologici;
- Rete Neuroriabilitativa articolata nelle strutture di:
 - i) UDGEE dell'ASMN, centro di terzo livello e riferimento nazionale per l'età pediatrica, che rappresenta un punto di riferimento per famiglie e operatori e luogo di erogazione delle procedure più complesse (attività di chirurgia funzionale, inoculi tossina botulinica, impianti pompe al *baclofen* intratecale, trattamenti fisioterapici dedicati);
 - j) SOC di Medicina Fisica e Riabilitativa per adulti dell'ASMN, con attività di degenza (24 posti letto), consulenza, visita ambulatoriale di I e II livello e presa in carico riabilitativa per il paziente prevalentemente di tipo neurologico e ortopedico ma anche oncologico;
 - k) SOC di Neuroriabilitazione dell'Ospedale di Correggio, Riabilitazione Intensiva Neurologica di III livello per adulti in coma e/o gravi cerebrolesi; è inserita nella rete GRACER, accogliendo oltre a quelli locali, numerosi pazienti provenienti dall'AVEN, in particolare dalla provincia di Modena.
 - l) SOC Riabilitazione territoriale, articolata in SOS di recupero e riabilitazione funzionale Area Sud e SOS RRF Area Nord, che comprendono le unità operative di recupero e riabilitazione funzionale (RRF) dei vari ospedali, e Centro Riabilitativo di Albinea. Le attività si esplicano sia sui pazienti ricoverati nei reparti dei vari ospedali dei distretti e del Nucleo GRAD di Albinea, sia sui percorsi ambulatoriali dei pazienti neurologici, ortopedici e respiratori.

- SOSD di Neuroradiologia presso l'ASMN, con attività di tipo diagnostico ed interventistico, in collegamento funzionale con le strutture radiologiche degli ospedali provinciali. Offre esami di TC, RMN e angiografia ed esegue prestazioni d'interventistica mini-invasiva con tecnica RX o TC guidata: infiltrazioni antalgiche, vertebroplastica e biopsie vertebrali e disco-vertebrali.

6.3 Linee di sviluppo

- Telemedicina

Nell'ambito delle patologie specialistiche, un elemento di criticità è la difficoltà a presidiare in modo continuativo e capillare tutti i nodi di una rete assistenziale, soprattutto per quanto riguarda la gestione delle patologie acute (ictus, trauma, epilessia) o per la refertazione e monitoraggio degli esami neurofisiologici. A tal fine sono stati avviati i seguenti progetti:

- a) *Telestroke*: questo programma di tele-cooperazione ha lo scopo di creare una connessione audio-visiva tra i due ospedali più periferici (Castelnuovo ne' Monti e Guastalla) e la *Neurologia-Stroke Unit*, per la corretta e tempestiva selezione dei casi di ictus ischemico da sottoporre a trombolisi e centralizzare all'ASMN;
- b) Teleconsulto su immagini neuroradiologiche, già operativo, con la SOC di Neurochirurgia di Parma per le decisioni terapeutiche nel paziente con trauma cranio-spinale o emorragia cerebrale, e con la SOC di Neuroradiologia di Modena per la selezione di pazienti con ictus ischemico da sottoporre a trombectomia;
- c) Neurofisiologia in rete che prevede il collegamento in unica rete di tutti i laboratori di EEG ed EMG dell'AUSL, consentendo ai neurologi dell'ASMN di refertare, anche in urgenza, esami eseguiti presso altri presidi. Tale modalità faciliterà inoltre i controlli nel tempo, la richiesta di "second opinion" su casi complessi, il risparmio di tempo e risorse;
- d) Controllo remoto dell'attività motoria, svolta dal paziente a domicilio, tramite utilizzo di sensori inerziali indossabili, per il monitoraggio di: attività fisica adattata, bilancio nutrizionale, rischio di cadute, compenso terapeutico in pazienti con malattia di Parkinson.

- Degenza integrata Neurologia-Neurochirurgia

Un modello assistenziale avviato nel 2007, unico in ambito regionale e verosimilmente anche nazionale, è il percorso di ricovero del paziente neurochirurgico nell'ambito della SOC di Neurologia dell'ASMN, con presa in carico condivisa da parte del neurologo e del neurochirurgo. Il primo completa il bilancio diagnostico e la preparazione all'intervento e, in fase post-operatoria, si occupa del monitoraggio clinico e del trattamento delle complicanze mediche. Il secondo pone l'indicazione chirurgica, predispone la fase operatoria, monitora le complicanze post-operatorie di sua pertinenza e definisce il *follow-up*. Tale modello ha, come punto di forza, fornire al paziente con patologia neoplastica, emorragica o traumatica del sistema nervoso centrale, tutte le competenze necessarie che intervengono in modo coordinato e complementare.

- **Rete neurologica malattie croniche**

All'indomani dell'unione delle due aziende provinciali si è aperta la possibilità di un collegamento funzionale tra Neurologia ospedaliera e territoriale, particolarmente efficace nella gestione delle patologie croniche, attraverso la creazione di una serie di reti patologia-specifica (epilessia, cefalea, Parkinson, ecc.) fra nuovi ambulatori di I livello nei diversi distretti e Centro di II livello all'ASMN. Grazie ad una corretta definizione delle interfacce e dei criteri di invio, si sta ottenendo un miglioramento dell'offerta sia in termini quantitativi che di corretta stratificazione in base alla complessità. Non ultimo, la delocalizzazione degli ambulatori per patologia specifica, migliorerà l'equità di accesso per pazienti penalizzati dalla collocazione geografica.

- **Attività di ricerca**

Diverse unità operative sono coinvolte attivamente in attività di ricerca su progetti locali o in studi multicentrici, in stretto collegamento con la Direzione Scientifica dell'IRCCS.

6.4 Tematiche e obiettivi

Considerando aspetti clinici e organizzativi, sono stati individuati 9 ambiti principali che meritano un'analisi specifica relativamente ad aspetti epidemiologici, offerta assistenziale, criticità, scenari di sviluppo ed innovazione possibili:

1. Neuropediatria ospedaliera e territoriale
2. Neuro-oncologia
3. Patologie tempo-dipendenti (vascolari e traumatiche)
4. Patologie neurologiche croniche
5. Cefalea e dolore neuropatico
6. Neurologia cognitiva e disturbi dell'apprendimento
7. Neurofisiologia clinica
8. Neuroradiologia diagnostica e interventistica
9. Neuroriabilitazione

6.5 Proposte di sviluppo e di miglioramento dell'offerta:

Neuropediatria (33-35)

- Ridefinizione della dotazione di posti letto e del percorso di ricovero nell'ambito del progetto MIRE (Maternità e Infanzia Reggio Emilia), allo scopo di garantire lo spazio previsto per i ricoveri programmati in NPI e al tempo stesso la corretta collocazione di casi urgenti provenienti dal PS pediatrico;
- definizione del percorso urgenze differibili insieme ai Pediatri di Libera Scelta, con lo scopo di migliorare ulteriormente la collaborazione e facilitare l'invio con modalità idonee e sulla base di criteri clinici adeguati e condivisi;
- attivazione PDTA disturbi del movimento in età pediatrica, sulla base delle linee d'indirizzo che si stanno definendo a livello regionale;
- consolidamento del ruolo per lo studio EMG-ENG età pediatrica e per la diagnosi e il trattamento di neuropatie ereditarie e paraplegie spastiche nell'età evolutiva.

Neuropsichiatria Infanzia e Adolescenza territoriale

- Negli ultimi anni l'aumento dell'offerta (7% annuale) si è concentrato prevalentemente sulle prime visite e il relativo percorso di valutazione e diagnosi. L'obiettivo prossimo sarà ridefinire e migliorare i criteri e le priorità per i trattamenti riabilitativi;
- rivalutazione dell'offerta anche su base regionale di ricovero per situazioni di gravissima disabilità;
- ridefinizione dei percorsi di emergenza-urgenza nella rete della NPIA ospedaliera, del Diagnosi e Cura, delle Residenze Terapeutiche e della NPIA territoriale con potenziamento delle attività a sostegno della degenza e della domiciliarità, allo scopo di offrire una risposta adeguata e tempestiva;
- attivazione del PDTA regionale sui disturbi psicopatologici.

Neuro-Oncologia (36, 37)

Nell'ottica di ottimizzare l'offerta ci si propone di favorire la:

- divulgazione e implementazione del PDTA recentemente prodotto, integrandolo con il percorso del trattamento della compressione midollare;
- maggior coinvolgimento della rete ospedaliera della provincia, soprattutto nella gestione del *follow-up* presso la sede di Guastalla;
- crescita del *team* con l'individuazione di specifiche figure professionali (*case manager*) allo scopo di migliorare la gestione dei percorsi.

Eventi cerebrovascolari

A causa del progressivo aumento dell'incidenza e della disponibilità di nuove terapie, più efficaci ma ad alta complessità, l'assistenza del paziente con ictus richiede un sempre maggior assorbimento di risorse ed una continua revisione dei percorsi sia dal punto di vista clinico che organizzativo. Si elencano le azioni di sviluppo individuate per portare un significativo miglioramento del contesto attuale:

- intensificazione dell'informazione ai MMG e dell'educazione dei cittadini sulla prevenzione ed identificazione precoce (fondamentali per le patologie tempo dipendenti) e sulle nuove opportunità terapeutiche, attraverso incontri pubblici anche nelle scuole, giornate a tema, distribuzione di materiale informativo, in collaborazione con associazioni di volontariato. Queste azioni sono in continuità con un precedente progetto sullo stesso tema (EROI);
- incentivazione del Teleconsulto neurologico tra l'ASMN e gli ospedali provinciali per la miglior definizione diagnostica e la corretta e tempestiva centralizzazione presso l'ASMN delle patologie acute;
- programma di *telectroke* con gli ospedali di Guastalla e Castelnovo ne' Monti per ottimizzare la diagnosi ed iniziare in sede, e quindi più precocemente, la trombolisi endovenosa la cui efficacia è tempo-dipendente. Tale procedura favorirà la crescita professionale degli specialisti che intervengono nel percorso ictus;
- realizzazione del programma di trombectomia all'ASMN, per ridurre i tempi di terapia e recuperare risorse di personale e mezzi, attualmente impegnate nei

- trasporti verso il centro *Hub* di Modena;
- rivisitazione, alla luce delle nuove opportunità terapeutiche, nell'ambito del concetto di *Hospital Network*, dei percorsi di ricovero del paziente con ictus e della dotazione di PL dedicati nelle strutture in cui afferisce (*Stroke Unit, Stroke Area*, Rianimazione);
 - creazione di un percorso dedicato ai pazienti con emorragia cerebrale, basato sulle più recenti linee guida, corredato di un registro dei pazienti, condiviso tra le strutture coinvolte;
 - creazione di un ambulatorio specialistico dedicato alla presa in carico e sorveglianza ambulatoriale dei pazienti affetti da patologie cerebrovascolari.

Neurotraumatologia (38-42)

La ridefinizione della rete ospedaliera provinciale, potrà offrire, al paziente con trauma cranio-spinale, la possibilità di accedere a cure continue e coordinate su tutta la rete, con collegamenti funzionali anche con il territorio. Tale modello, anche se trova meno applicazione nell'aspetto strettamente chirurgico della patologia traumatica, soprattutto cranica, può comunque aumentare la flessibilità, almeno per casi specifici o per alcune parti del percorso.

Come per altre patologie neurologiche, anche nel campo della neurotraumatologia è in continua crescita l'impiego di metodiche di *neuroimaging*, tra cui lo studio ultrasonografico e metodiche avanzate di RMN, che consentono di ottenere un bilancio più approfondito del danno da trauma e un monitoraggio dell'evoluzione o delle eventuali complicanze. Lo stesso si dica per nuove tecniche chirurgiche, ancora poco adottate, nella patologia traumatica. L'obiettivo è di diffondere e rendere sempre più disponibili queste metodiche garantendo la formazione professionale necessaria.

Malattie neurologiche croniche (30, 43)

Le proposte di miglioramento e sviluppo, generate a partire dall'analisi delle criticità cliniche e organizzative, hanno portato ad alcune considerazioni di carattere generale valide, in varia misura, per tutte le malattie neurologiche croniche e ad altre azioni attinenti alla patologia specifica:

- realizzazione del progetto "Rete malattie neurologiche", con attivazione e de-localizzazione ambulatori di I livello nel territorio e consolidamento dei centri di II livello all'ASMN, per i quali verrà definita l'interfaccia funzionale con il territorio e altri specialisti;
- completamento PDTA sclerosi multipla e realizzazione PDTA per Parkinson ed epilessia, con creazione, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Cronicità, della figura del *case manager* infermieristico, per la gestione funzionale dei percorsi, anche con funzioni di interfaccia con gli ambulatori cronicità afferenti alle case della salute;
- implementazione del PDTA SLA, con ambulatorio condiviso neurologo/pneumologo nel paziente in ventilazione non invasiva e valutazioni neurologiche domiciliari nei pazienti con tracheostomia;

- riorganizzazione laboratorio di video-EEG e video-poligrafia, con possibilità di registrazioni prolungate per pazienti epilettici ricoverati o a domicilio (cEEG, Holter EEG);
- consolidamento dell'offerta di supporto psicologico nella sclerosi multipla;
- creazione, con tutte le figure professionali coinvolte, di un percorso interdisciplinare per il paziente miastenico;
- aumento dell'offerta ambulatoriale e sviluppo di collaborazione in rete sia in ambito regionale/nazionale che internazionale per le malattie rare neurovascolari;
- azioni divulgative verso popolazione, associazioni di pazienti e MMG, dell'offerta di percorsi esistenti e risposte per condizioni specifiche (ad es. gravidanza in corso di malattia neurologica cronica).

Percorsi riabilitativi

- Sensibilizzazione MMG rispetto a prevenzione e appropriatezza d'invio ai servizi riabilitativi, e presa in carico riabilitativa;
- sviluppo, nei distretti carenti, di percorsi di attività fisica adattata (AFA) dedicati;
- formazione operatori dei Servizi RRF, anche attraverso incontri coi colleghi neurologi, rispetto a specifiche malattie neurologiche croniche (Parkinson, sclerosi multipla, ecc.), con sensibilizzazione alla presa in carico secondo i modelli della cronicità;
- implementazione e formalizzazione dei percorsi disfagia già in essere, con ambulatori dedicati a livello distrettuale. Omogeneizzazione delle modalità di valutazione e monitoraggio della disfagia neurogena tra servizi (degenze, riabilitazione, SID, ecc.);
- strutturazione percorsi con Laboratorio Analisi Movimento (LAM) per completamento iter diagnostici, valutazione appropriatezza/efficacia di trattamento riabilitativo, valutazione strumentale rischio cadute;
- creazione *case manager* di area riabilitativa distrettuale per la presa in carico del paziente neuro-degenerativo.

Cefalea e dolore neuropatico

Cefalea

La Regione Emilia-Romagna ha delineato un percorso per la gestione del paziente cefalalgico (PERCORSO CEFALEA; DRG 02/12/2013) che prevede, in sintonia coi suggerimenti OMS, una gestione gerarchica a 3 livelli:

I Livello:

- a) MMG per iniziale impostazione diagnostica e/o cefalee primarie in buon compenso terapeutico.
- b) PS: cefalea acuta di nuova insorgenza o inabituale per intensità, o associata a febbre o altri segni neurologici ingravescenti.

II Livello:

- a) Centro/ambulatorio cefalee aziendale: casi di elevata complessità diagnostica o terapeutica; dubbio di forma secondaria. Selezione pazienti da inviare a centri di III Livello.

III Livello:

- a) Centro Cefalee di Area Vasta: necessità di modalità diagnostiche avanzate; cefalee farmaco-resistenti o croniche con iperuso di analgesici se non risolte al II livello; cefalee rare genetiche o metaboliche. Terapie innovative o sperimentali.

A seguito dell'unificazione delle due Aziende Sanitarie provinciali, in linea con le indicazioni regionali, è stato definito un programma di integrazione in rete della offerta neurologica per la cefalea a Reggio Emilia, con la realizzazione di una gestione condivisa secondo livelli di assistenza e di complessità clinica, allo scopo di migliorare la qualità della risposta e la gestione delle risorse:

- definizione dei criteri di priorità con relativi percorsi:
 - emergenza: accesso al PS;
 - urgenza h24 e urgenza differibile: visita neurologica presso ASMN e ospedali provinciali;
 - visita ordinaria e controlli: presso Centro cefalee ASMN e Ambulatori cefalee territoriali (attivi dal settembre 2018)
- Centro cefalee ASMN (II livello) - *Centro Accreditato SISC, attivo dal 1990, Collaborazione con Centri Regionali di III livello (Modena, Parma, Bologna)*. Nel 2017 il Centro ha offerto 213 visite; a partire dal 2018, grazie alla collaborazione di un nuovo medico, l'offerta è aumentata, con 200 visite già nei primi 6 mesi. È disponibile inoltre un accesso facilitato per casi giunti attraverso il percorso urgenze.
- Ambulatori cefalee territoriali: Scandiano, Castelnovo ne' Monti e Montecchio, sono collegati in rete con il Centro cefalee ASMN, in particolare per la gestione di casi complessi, di difficile diagnosi e trattamento.
- Con la nuova organizzazione, dal 2019, l'offerta per cefalea nella provincia di Reggio Emilia passerà da 213 accessi del 2017 (tutti all'ASMN) a oltre 500 distribuiti su tutto il territorio.
- Il percorso cefalea si avvale della terapia con agopuntura presso le sedi di Correggio e Reggio Emilia, che prevede visita e 8 sedute di trattamento.

Dolore neuropatico

È centro di riferimento aziendale per il trattamento del dolore con tecniche invasive gestito da medici anestesisti dedicati, che si occupano di: inquadramento clinico del dolore cronico; offerta di terapia farmacologica locale abbinata a trattamenti di mini-invasività crescente con supporto ecografico e radiologico. È iniziata inoltre una collaborazione con l'Ospedale di Castelnovo né Monti.

- L'attività ha visto un recente potenziamento con introduzione di nuove tecniche:
- a) trattamento con radiofrequenza per denervazione articolazioni sacroiliache, cefalee post-traumatiche o tensive con interessamento nervi occipitali;
 - b) impianto neurostimolatori e pompe sottocutanee per grave dolore e spasticità;
 - c) iniezione di ozono trasforaminale e intradiscale.

Infiltrazioni antalgiche RX/TC guidate

La Neuroradiologia ASMN si occupa del trattamento della patologia algica derivante da conflitti disco-radicolari e da sindrome faccettale, tramite Infiltrazioni antalgiche RX/TC guidate, previa visita preliminare neuroradiologica.

Proposte di sviluppo e di miglioramento dell'offerta (44, 45)

- Miglioramento della gestione clinica del dolore, con capillare informazione e collaborazione con i MMG sull'invio motivato e selezionato dei pazienti;
- per la rete cefalee, uniformare le prestazioni offerte dal Centro Il livello ASMN e gli ambulatori del territorio, in adesione alle linee guida ed ai criteri classificativi IHS III 2018;
- attivazione di percorsi psicologici individuali o di gruppo, finalizzati alla gestione della componente emotiva relativa all'esperienza dolore;
- introduzione terapia con tossina botulinica nell'emicrania cronica, previa autorizzazione regionale;
- implementazione nuovi *device* per interventistica spinale neuroradiologica a scopo antalgico;
- estensione ad altre patologie del trattamento con tecniche neuroradiologiche interventistiche.

Disturbi cognitivi, dell'apprendimento e comportamentali dell'adulto (38, 46)

- Attività di sensibilizzazione di tutti i professionisti (MMG, medici e personale dei reparti per acuti) coinvolti nella gestione di persone con disturbo cognitivo-comportamentale per il riconoscimento degli stessi e l'avvio ai percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi idonei, nelle diverse patologie (GRACER, malattie degenerative, ecc.).
- Favorire la conoscenza dei servizi offerti presso tutti i potenziali invianti (MMG, Servizi Sociali), con particolare attenzione per le valutazioni neuropsicologiche a fini medico-legali richieste da enti quali INPS, Commissione Medica Locale Patenti, Medicina Legale, ecc.).
- Diffusione territoriale in tutti i nodi della rete (compresi i nuclei demenze, i centri diurni, le CRA che gestiscono temporaneamente i pazienti con disturbi di comportamento) di terapie psico-sociali e di stimolazione cognitiva.
- Migliorare i percorsi tra i nodi territoriali e quelli ospedalieri per garantire a tutti i pazienti un'adeguata valutazione diagnostica e strumentale (eventualmente di 2° livello), la presa in carico da parte del team più adeguato (neurologico, fisiatrico o geriatrico) in relazione alle priorità assistenziali, trattamenti di stimolazione cognitiva o terapie psicosociali se indicate ed appropriate.
- Creazione di percorsi di interfaccia tra Rete per i disturbi cognitivi e Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, per definire specifici professionisti referenti, criteri e modalità di presa in carico congiunta di pazienti con caratteristiche sovrapposte.
- Attivazione di percorsi formativi, per favorire la diffusione provinciale di strumenti di valutazione neuropsicologica, condivisi e standardizzati, in tutti i nodi della rete cognitiva.

Neurofisiologia (47)

La neurofisiologia clinica si occupa della valutazione funzionale del sistema nervoso centrale (SNC) e periferico (SNP) attraverso tecniche di registrazione di segnali elettrici, spontanei o provocati, che rientrano grossolanamente in tre principali metodiche: elettroencefalografia (EEG), elettromiografia (EMG) e potenziali evocati (PEv);

Il ruolo della diagnostica neurofisiologica nell'ambito delle malattie neurologiche è consolidato da decenni, anche se è in continua ridefinizione, da una parte per una nuova o maggiore espansione in alcuni campi (monitoraggio intraoperatorio e in terapia intensiva, studio pre-chirurgico nell'epilessia, ecc.), grazie alle continue innovazioni tecnologiche che ne aumentano la potenzialità; dall'altra per un ridimensionamento del ruolo in alcune patologie (cefalea, vertigini, disturbi cognitivi, ecc.) in cui risultano più efficaci le neuro-immagini e altre metodiche diagnostiche. Rimane invece fondamentale e imprescindibile l'impiego nell'epilessia e nelle patologie neuromuscolari.

Proposte di sviluppo e miglioramento dell'offerta

- Contenimento tempi di attesa per EEG ed EMG attraverso:
 - a) un lavoro sull'appropriatezza che coinvolga i principali prescrittori (MMG, specialisti in neurologia, ortopedia, neurochirurgia, fisioterapia);
 - b) condivisione di protocolli di tecniche diagnostiche per le principali patologie, al fine di evitare la ripetizione di esami incompleti;
 - c) implementazione di *setting* diagnostici, relativi a patologie a bassa complessità, che consentano il lavoro in autonomia del tecnico di neurofisiopatologia.
- Esecuzione di monitoraggio EEG prolungato presso la Terapia Intensiva ai fini di modulare sedazione, seguire e trattare in modo adeguato pazienti in coma e stato epilettico;
- implementare il progetto di telemedicina che consenta ai neurologi dell'ASMN di consultare EMG e consultare e refertare EEG eseguiti presso altri presidi della rete. Tale modalità faciliterebbe i controlli nel tempo, la richiesta di *second opinion* su casi acuti e complessi, il recupero di tempo e risorse umane;
- informatizzazione completa del referto neurofisiologico che potrà essere fruibile all'interno della cartella clinica informatizzata e del fascicolo sanitario.

Neuroradiologia diagnostica e interventistica (48-51)

Il ruolo della neuroradiologia nelle malattie del sistema nervoso è sempre maggiore sia dal punto di vista diagnostico che interventistico. Ciò comporta una continua rivalutazione dei protocolli e dei percorsi assistenziali, con necessità di ripianificare le attività adeguandole alle esigenze emergenti.

Esiste un problema di consolidamento di competenze specifiche, e quindi di formazione continua, nel trattamento endovascolare dell'ictus, nella patologia pediatrica, nell'applicazione di metodiche di RMN funzionale in ambito oncologico.

La crescita di domanda pone la necessità di adeguamento dei servizi dal punto

di vista organizzativo, secondo gli *standard* richiesti, a fronte della scarsità di alcune professionalità specifiche, che dovrà inserirsi in una rivisitazione della rete neuroradiologica provinciale con razionalizzazione delle risorse.

Per rispondere alle sempre nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche, a fronte della continua evoluzione tecnologica, s'impone un costante adeguamento delle dotazioni strumentali in particolare per la RMN (macchine ad alto campo) e la diagnostica angiografica dedicata alla neuroradiologia vascolare.

Si rende necessaria la creazione di percorsi definiti per la gestione dell'ictus emorragico e delle angiopatie cerebrali.

Infine rimane fondamentale mantenere l'attenzione sull'appropriatezza prescrittiva per evitare spreco di risorse e allungamento dei tempi di attesa.

Neuroriabilitazione (52, 53)

Proposte strutturali

- Implementazione della struttura di Albinea per l'accoglienza di pazienti cronici, specie se fragili, compresi quelli dimessi dall'Ospedale di Correggio non accolti nei letti della rete GRACER. Possibilità di erogazione di interventi rieducativi, se giustificati, tramite il concorso della struttura ambulatoriale presente ad Albinea.
- Individuazione di una struttura di accoglienza a bassa intensità riabilitativa che affianchi quelle esistenti e permetta, al termine del ricovero presso ASMN e Ospedale di Correggio, di promuovere il ritorno a domicilio del paziente tramite l'abilitazione dei *caregiver* e la promozione delle necessarie modifiche adattive del domicilio. L'organizzazione dovrebbe privilegiare il ruolo dei tecnici (infermieri, fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti), limitando la responsabilità medica fisiatrica ad una azione di guardia diurna con consulenza al bisogno. Questa struttura per sua natura potrebbe assolvere ai bisogni dei cosiddetti ricoveri di sollievo.

Proposte organizzative

- Implementazione PDTA per i gravi cerebrolesi (in fase di realizzazione);
- ridefinizione dei percorsi di emergenza-urgenza nella rete della NPIA ospedaliera e della NPIA territoriale con potenziamento delle attività a sostegno della degenza e della domiciliarità;
- miglioramento dell'attività di screening verso problematiche complesse (disfagia, rischio cadute, ecc.);
- prosecuzione della cura domiciliare, da parte dei terapisti (fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali) che trattano i pazienti in degenza riabilitativa, per un periodo di almeno tre mesi, a cominciare dai fine settimana di prova, in modo da formare opportunamente i *caregiver*, favorendo una dimissione più precoce e facile, che non venga vissuta dalla famiglia come un ingiustificato abbandono;
- implementazione dell'assistenza domiciliare anche nei confronti dei minori più complessi;
- dimissione protetta sostenuta da personale con formazione riabilitativa di

- base (infermieri domiciliari, ecc.) per le esigenze assistenziali e da terapisti occupazionali per quelle più propriamente riabilitative;
- possibilità di offrire alle famiglie “ricoveri di sollievo” in strutture a bassa intensità riabilitativa e per periodi non superiori alle tre settimane;
 - creazione di un ambulatorio dedicato alla transizione dall’adolescenza all’età adulta del paziente complesso, che possa farsi carico della persona offrendo un controllo clinico programmato;
 - impegno nella formazione e nella corretta collocazione dei fisioterapisti in base alle aree di competenza (settore neurologico, ortopedico, cardio-respiratorio, oncologico, ecc.), mantenendo separate le diverse professionalità per l’area infanzia dall’area adulto/anziano;
 - sviluppo di un programma di telemedicina con particolare riferimento all’utilizzo di sensori inerziali indossabili per il controllo remoto dell’attività motoria complessiva svolta dal paziente (attività fisica adattata, bilancio nutrizionale, rischio di cadute, ecc.).

7. Struttura Intermedia

7.1 Premessa

Il progressivo aumento della speranza di vita e il cambiamento del profilo epidemiologico della popolazione, caratterizzato da un forte incremento della multimorbilità e della fragilità, hanno accelerato il processo di consolidamento della rete dei servizi di assistenza primaria territoriali quale ambito prioritario per l'accoglienza, l'orientamento e la gestione delle problematiche sanitarie e sociali dei cittadini.

In questa ottica, il potenziamento della rete assistenziale territoriale si avvale:

- della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza primaria, le Case della Salute, quale punto d'accesso al sistema socio-sanitario per il cittadino che necessita di prestazioni a bassa intensità di cura e complessità, nodo strutturale di una rete integrata di servizi, con relazioni cliniche e organizzative definite, che mettono in relazione i Nuclei di cure primarie (assistenza primaria) con gli altri nodi della rete (assistenza specialistica, ospedaliera, sanità pubblica, salute mentale);
- di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di posti letto sanitari territoriali (es. Ospedali di Comunità), con l'obiettivo di garantire la continuità dell'assistenza tra i diversi setting, sulla base dell'intensità assistenziale.

La necessità di fornire risposte appropriate alla nuova domanda di salute implica l'attivazione di forme assistenziali innovative, in cui vanno ricercati modelli organizzativi e assistenziali che sviluppino modalità di lavoro integrato (tra ospedale, territorio, enti locali, terzo settore, associazionismo) e nuove e più coerenti risposte ai bisogni dei cittadini.

Appare quindi strategico programmare anche la realizzazione di strutture in grado di fornire risposte che risultino appropriate ai bisogni del paziente e dei suoi familiari. Anche nel Piano Sociale e Sanitario dell'Emilia-Romagna (PSSR) 2017-2019 (54) viene affermato che: *“il potenziamento della rete assistenziale territoriale si dovrà avvalere della realizzazione di strutture territoriali di riferimento per l'erogazione dell'assistenza territoriale (Case della Salute) e di strumenti di continuità delle cure e di integrazione ospedale-territorio, come l'attivazione di posti letto territoriali gestiti da personale Infermieristico (Ospedali di Comunità)”*.

Nello specifico, il PSSR, alla scheda 3, prevede le seguenti azioni da sviluppare:

- *Sviluppo di una rete il più possibile integrata dei servizi e delle strutture caratterizzanti le cure intermedie in Regione Emilia-Romagna, per livelli crescenti di intensità assistenziale, in coerenza con le indicazioni internazionali e nazionali, ma soprattutto con la specificità locale, prevedendo la realizzazione di centrali operative/punti unici di coordinamento per la continuità dell'assistenza, prevedendo letti territoriali in ogni distretto.*
- *Valutazione dell'appropriatezza organizzativa nell'accesso alla rete delle cure intermedie e delle modalità di risposta tempestiva.*
- *Valutazione dell'impatto degli Ospedali di Comunità:*

1. *sull'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari ospedalieri e territoriali (ad es. ricoveri potenzialmente evitabili in ambito ospedaliero, trasferimento tempestivo dall'ospedale per acuti in OsCo, domiciliarità);*
 2. *sulla salute dei pazienti (ad es. nel miglioramento dell'autonomia attraverso scale di valutazione come la Barthel Modificata);*
 3. *l'esperienza dei pazienti con questionario ad hoc;*
 4. *l'esperienza dei professionisti coinvolti (operatori dell'OsCo, Ospedale per acuti, Case della Salute, Nuclei di Cure Primarie, Strutture socio-sanitarie e del Sociale).*
- *Le Aziende USL, in accordo con le Conferenze Sociali e Sanitarie Territoriali, proseguono il percorso di attivazione dei posti letto di Ospedale di Comunità, in coerenza con la ridefinizione della rete ospedaliera, valorizzando i percorsi di riconversione (DM n. 70/2015; DGR 2040/2015).*

Esiste un'ampia varietà di malati, in prevalenza anziani, fragili, multiproblematici, con comorbidità, a rischio intermedio, che necessitano di un qualificato intervento clinico, assistenziale e riabilitativo estensivo, senza peraltro richiedere procedure diagnostico-terapeutiche complesse e articolate, specifiche del momento ospedaliero. In questa casistica si collocano le cure intermedie.

Le cure intermedie sono un concetto e non un servizio, intese come cerniera tra la rete ospedaliera e i servizi territoriali; sono una modalità di intervento, attraverso il concorso di molteplici servizi.

Il concetto è che una persona, prevalentemente anziana, che si trova in difficoltà a causa di un evento acuto, deve trovare risposte adeguate:

- se a domicilio, comprese le CRA, che evitino un inutile o inappropriato ricovero ospedaliero;
- se ricoverata in ospedale, che facilitino la sua dimissione predisponendo un adeguato percorso assistenziale.

Se le cure intermedie sono inserite, secondo il significato del termine intermedio, in una rete di servizi sociosanitari, il loro ruolo può essere anche quello di fornire prestazioni a persone non dimesse dall'ospedale, ma di provenienza territoriale, soprattutto se arruolate in un modello assistenziale come quello del *Chronic Care Model* (CCM), per evitare, dove è possibile, l'ospedalizzazione applicando diversi *setting* di cura, in maniera innovativa, rivolgendosi al complesso delle risorse territoriali non solo di tipo curativo, ma anche comunitario.

I principi fondamentali delle cure intermedie sono:

- l'enfasi su un'assistenza appropriata che ha al centro la persona;
- la necessità di un robusto processo di valutazione;
- l'importanza cruciale della *partnership* tra diversi attori;
- la garanzia di un tempestivo accesso ai servizi specialistici.

La normativa di riferimento pone in capo alle cure intermedie l'obiettivo di evitare ricoveri impropri in ospedale e di favorire le dimissioni dalle strutture di ricovero, con varie funzioni, sia nella gestione della fase acuta al domicilio, così come nei programmi di ospedalizzazione domiciliare per particolari ambiti patologici.

La messa in campo di meccanismi organizzativi, quali le dimissioni protette o l'utilizzo di strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità dell'assistenza, rappresenta la risposta all'obiettivo di tendere al sostegno della domiciliarità e prossimità, assicurando continuità di presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale.

Laddove si rendano necessari sorveglianza infermieristica continuativa, interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (struttura e familiare), la presenza di un Ospedale di Comunità rappresenta la risposta prevista dalla DGR. n. 2040/2015 (18).

Questa concezione delle Cure Intermedie trova una sua realizzazione in presenza di una rete di servizi territoriali (dalle cure domiciliari ai centri diurni) che promuove sempre più l'avvicinamento delle persone con frequenti necessità di assistenza sanitaria al proprio ambiente di vita, nelle migliori condizioni di autonomia e ricevendo le opportune cure in sedi extra-ospedaliere.

L'obiettivo verso cui tendere è un'integrazione tra rete ospedaliera e territorio che evolva verso un'unica rete in cui le *primary care* e le *specialist care* interagiscano all'interno delle stesse reti cliniche e si interfaccino sia con le *super-specialist care* che con le *informal care* e le *self care*.

Le competenze distintive delle cure specialistiche e delle cure primarie dovranno essere valorizzate nei percorsi degli assistiti, superando progressivamente la distinzione ospedale-territorio, dettata dall'attuale strutturazione della rete dell'offerta.

7.2 L'Ospedale di Comunità (OsCo)

Il Piano Attuativo Locale ospedaliero rappresenterà il riferimento progettuale dei prossimi anni per quanto attiene il modello di funzionamento della rete ospedaliera, della struttura dell'offerta, delle soluzioni organizzative previste per rispondere in modo appropriato, tempestivo, efficiente, innovativo e integrato alla domanda di assistenza ospedaliera nella provincia di Reggio Emilia.

Tra le aree strategiche individuate vi è, appunto, la Struttura Intermedia; in relazione a tale area, si è avviato il percorso che, dall'analisi e valutazione dei bisogni di struttura intermedia nella nostra provincia, porterà alla ridefinizione dell'utilizzo degli spazi ex RSR di Albinea, lasciati liberi a seguito del trasferimento a Correggio della lungodegenza-riabilitazione estensiva.

La sede individuata per la possibile collocazione dei letti intermedi è il primo piano ala ovest della ex RSR Albinea per un totale di massimo 18 posti letto.

Nell'altra ala della struttura è prevista la collocazione di una Medicina di gruppo, a cui è già stato proposto di seguire i pazienti con gravissime disabilità acquisite (GRAD), per i quali è previsto un ampliamento dei posti letto da 10 a 20.

Il termine "Ospedale di Comunità" deriva dalla traduzione letterale di "Community Hospital", nato in Gran Bretagna negli anni '20, gestito dai General Practitioners (medici di medicina generale); ha una valenza prevalentemente sanitaria e nasce per rispondere più tempestivamente e con maggiore appropriatezza alle crescenti necessità cliniche della persona affetta da patologie croniche in fase di

riacutizzazione, che richiedono un attento monitoraggio o dei percorsi riabilitativi intensivi. L'obiettivo prioritario è la riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati e favorire un approccio bio-psico-sociale ai problemi della persona. Nelle delibere di Giunta regionale 284/2013 e 221\2015 sono stati forniti gli indirizzi per la realizzazione degli Ospedali di Comunità, strutture sanitarie territoriali (assistenziali e riabilitative) finalizzate al ricovero di persone con problemi di salute cronici che prolungherebbero, senza particolari benefici, la durata di un ricovero ospedaliero o che potrebbero essere trattati appropriatamente anche al di fuori dell'ospedale, ma non a domicilio. (55)

Il Decreto del Ministero della Salute del 2 aprile 2015 n.70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (8) definisce l'Ospedale di Comunità come "una struttura con un numero limitato di posti letto (circa 15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con il SSN".

Il testo del decreto prevede, per quanto concerne la sede fisica dell'ospedale di comunità, che essa "potrà essere opportunamente allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali."

7.3 La valutazione del bisogno e ipotesi organizzativa

Sono state individuate tre aree principali:

1. bisogno di alleggerire il carico di gravosità per l'ospedale che deve rimanere incentrato sulle acuzie; tale bisogno si presenta con molteplici sfaccettature, grossolanamente riassumibili in due grandi categorie:
 - necessità di ridurre i ricoveri inappropriati, a partire dai re-ricoveri,
 - facilitare i percorsi di dimissione;
2. bisogno di alleggerire il carico delle famiglie, gravate da molteplici ricoveri ospedalieri in strutture specializzate nel trattamento delle acuzie e, conseguentemente, poco attrezzate per la gestione delle complicanze nelle patologie croniche;
3. bisogno di assistenza personalizzata e accogliente delle storie familiari e personali.

Nell'ambito della valutazione del bisogno va sottolineata, inoltre, l'importanza del tema della fragilità, da intendersi, al di là dell'età del paziente, come fragilità complessiva sanitaria/contesto socio familiare: è noto come famiglie attrezzate siano in grado di gestire bene a casa situazioni sanitarie/assistenziali estremamente complesse, mentre famiglie fragili o assenti non riescano a gestire situazioni anche meno difficili.

Partendo da questi bisogni, si concordano gli orientamenti generali per delineare la tipologia di pazienti da candidare al ricovero nei letti intermedi:

- pazienti provenienti dall'ospedale, clinicamente dimissibili, che hanno concluso il percorso diagnostico-terapeutico ma che necessitano di assistenza infermieristica continuativa, o per i quali il *setting* domiciliare non è ancora

adeguato all'accoglienza (es. mancanza di presidi, addestramento del *care-giver*);

- pazienti provenienti dal domicilio con riacutizzazioni di patologie preesistenti o patologie di nuova insorgenza, ma che non necessitano di un'assistenza medica continua.

7.4 Setting assistenziali da cui è possibile accedere ai letti intermedi

- Accesso diretto da reparti dell'ASMN, compresa l'area ricoveri del Pronto Soccorso. L'attivazione di questa area ha consentito di raggiungere, tra gli altri risultati, anche un miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri, grazie alla possibilità di collocare il paziente in un'area protetta in attesa di individuare percorsi alternativi al ricovero stesso.
- Circa il 25% dei pazienti che transitano dall'area ricoveri non vengono ricoverati, ma riaffidati al MMG o a strutture extraospedaliere. È attivo, inoltre, un percorso ad hoc con la Casa di Cura accreditata Villa Verde per pazienti con diagnosi e iter già definiti. Se si percorre tale ipotesi si rende necessaria una valutazione particolarmente tempestiva in quanto i pazienti restano in area ricoveri solitamente per un massimo di 24/48 ore. In ogni caso, va sottolineata l'opportunità di prendere in considerazione una "gestione unica" che regoli tutti i flussi di dimissione.
- Accesso dal territorio/domicilio, anche per evitare che l'OsCo si trasformi in una lungodegenza o in un semplice prolungamento dell'ospedale.
- Accesso dai reparti ospedalieri di pazienti (20-30 casi l'anno circa) che necessitano di riattivazione motoria; la vicinanza con la struttura riabilitativa potrebbe rappresentare un'opportunità in quanto consente gli interventi riabilitativi di consulenza al personale della struttura, di educazione a paziente/*caregiver* e di riattivazione per contrastare le complicità dell'allettamento, utili a un rientro al domicilio nella miglior forma fisica possibile.

Si renderà necessario in ogni caso prevedere per i pazienti fragili e/o con comorbidità una regia unica per la valutazione in accesso ai percorsi e la predisposizione del Piano Assistenziale Individuale (PAI).

7.5 Criteri di accesso e di esclusione pazienti

In coerenza con la DGR ER 221/2015 (56) alla struttura accedono:

- pazienti prevalentemente anziani provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico-terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- pazienti fragili e/o cronici provenienti dal domicilio per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, comunque non necessitanti di ricovero presso ospedale per acuti;
- pazienti che necessitano di assistenza infermieristica nelle attività di vita quotidiana, nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi non erogabili a domicilio, monitoraggi che richiedono una sorveglianza continua o quasi continua, anche se non di tipo intensivo; necessità

di formazione/educazione/addestramento del paziente e del *caregiver* prima dell'accesso a domicilio;

- pazienti che necessitano di riattivazione motoria o di supporto riabilitativo-rieducativo respiratorio o di altro organo/distretto.

Per le caratteristiche che assumerà la struttura e tenuto conto della organizzazione della rete dei servizi territoriali si prevede che non trovino risposta nell'OsCo:

- pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;
- pazienti in fase di terminalità;
- pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;
- pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico.

I pazienti anziani e/o adulti fragili con fratture (ad esempio del bacino), stabilizzati dal punto di vista sanitario, devono trovare una collocazione in *setting* assistenziali appropriati del territorio provinciale alternativi all'OsCo.

Vanno sottolineati alcuni aspetti fondamentali che devono orientare la gestione dei letti intermedi:

- deve essere predefinita una progettualità: il paziente entra con un progetto già definito (PAI) e andrà posta attenzione alla comunicazione con il nucleo familiare affinché abbia la consapevolezza del limite temporale della degenza (si potrebbe prevedere un patto tra la famiglia e l'*équipe* curante). In caso contrario si impedisce il *turnover* e si rischia di saturare immediatamente il sistema (da normativa, la durata della degenza non deve superare le 6 settimane, ma l'esperienza regionale suggerisce di limitarla a 10/15 giorni, con possibilità di sforamenti in casi eccezionali, per evitare la trasformazione in una lungodegenza);
- i posti letto devono essere riservati a bisogni principalmente sanitari; non possono rispondere a bisogni esclusivamente sociali, anche se è noto che spesso le due sfere sono fortemente connesse;
- l'ingresso deve essere regolamentato da una valutazione congiunta medico-infermieristica, utilizzando un modello molto snello per facilitare la tempestività;
- tra gli obiettivi primari del ricovero, deve essere posto anche l'*empowerment* di pazienti e *caregiver*, attraverso l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

7.6 Assistenza medica e bacino di utenza

La normativa di riferimento definisce che l'assistenza medica all'interno degli OsCo sia garantita dai MMG dei pazienti ricoverati o da altro personale medico individuato dall'Azienda sanitaria, che si coordinano con il personale infermieristico della struttura sulla base di quanto previsto dal Piano Assistenziale Integrato.

Considerato che l'OsCo è pensato, in fase sperimentale, con una valenza distrettuale (distretto di Reggio Emilia), vi sono esperienze regionali che indicano come opportuna l'individuazione di un gruppo ristretto di MMG, possibilmente di nuclei vicini alla struttura, che ruotino sui letti intermedi, prendendo in carico anche

pazienti di altri MMG, coordinati da un eventuale medico referente. In alternativa, mantenendo in ogni caso fondamentale il coinvolgimento e la partecipazione del MMG del paziente (perché alla dimissione sarà lui che nella stragrande maggioranza dei casi attiverà un'ADI, al fine di evitare che il paziente rientri precocemente in ospedale), si prevede la presenza di medici dell'Azienda che garantiscano continuità. È doveroso tenere in considerazione l'esperienza in corso, citata successivamente, che dal 2006 vede i MMG attivi sul territorio montano.

La consulenza medica notturna, pre-festiva e festiva viene, invece, garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale.

7.7 Le esperienze in corso

Dal 2006 sono attivi 3 posti letto territoriali sanitari presso la CRA di Villa Minozzo per rispondere ai bisogni sanitari di pazienti cronici riacutizzati fragili. Viene così evitato il ricovero ospedaliero inappropriato, anche tenendo conto del territorio particolarmente ampio del Distretto di Castelnovo ne' Monti, già identificato come zona disagiata, e di quello del Nucleo di Cure Primarie di Villa Minozzo e Toano, identificato come zona disagiatissima.

Questi posti letto, che rappresentano un anello di congiunzione fra la realtà ospedaliera e il territorio, sono inseriti nella rete dei servizi distrettuali domiciliari e residenziali e sono a supporto della domiciliarità.

Sempre in area sud, all'interno della progettazione "Strategia per le Aree Interne", è prevista l'attivazione di 2 posti letto ad alto grado di intensità assistenziale, classificabili secondo la tipologia R1, in considerazione del fatto che il territorio montano è caratterizzato da un significativo invecchiamento della popolazione e da un conseguente incremento di bisogni assistenziali complessi dal punto di vista sia sanitario che sociale, per i quali la permanenza nel *setting* ospedaliero sarebbe inappropriata e quella al domicilio non indicata ai fini della efficace gestione dei bisogni. La tipologia R1, così come definito dal Decreto Ministeriale 17/12/08 ("Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali") (57), riguarda l'erogazione di trattamenti in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti, inclusi i trattamenti specialistici ad alto impegno per persone in fase terminale.

La struttura residenziale individuata è la Casa Residenza Anziani (CRA) "I Ronchi" di Castelnovo ne' Monti, di proprietà dell'Amministrazione Comunale, gestita da Coopselios, e convenzionata con l'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia. La struttura è dotata di 40 posti letto, una parte dei quali ad alta valenza sanitaria, ed è integrata nella rete dei servizi socio sanitari rivolti alla popolazione anziana del distretto di Castelnovo ne' Monti. I 2 posti letto saranno collocati nel modulo ad alta valenza sanitaria in stanze singole.

L'assistenza alle persone ospitate sarà garantita sulle 24 ore da personale infermieristico già operante in struttura. Il coinvolgimento delle specifiche professionalità mediche e di altre figure sanitarie dipenderà dagli specifici bisogni assistenziali, tra cui le cure palliative, garantite dal medico palliativista e dallo psicologo dell'Azienda USL.

La struttura intermedia Giovanni XXIII

L'OSCO verrà collocato all'interno della Struttura Intermedia Giovanni XXIII di Albinea nello sviluppo della quale si è inteso valorizzare i punti di forza in essere, sia strutturali-ambientali (recentissima ristrutturazione/dotazione di impiantistica, ampie palestre, atelier, parco, parcheggio, posizione strategica nel distretto di RE, agevole collegamento con mezzi pubblici), sia in termini di elevate competenze maturate dal personale infermieristico e riabilitativo, sia per i rapporti presenti col territorio e l'attrattività per i cittadini.

Determinanti nelle scelte sono inoltre stati l'affacciarsi di nuovi bisogni legati a situazioni croniche di estrema gravità, la necessità di risposte sanitarie a ponte fra l'ospedale e il domicilio, la necessità di offrire nuove risposte in ambito riabilitativo.

All'interno della Struttura è attivo un **Centro riabilitativo ambulatoriale** con l'attivazione del quale si è ampliato/potenziato l'offerta riabilitativa ambulatoriale, tale da identificare nel Centro un polo riabilitativo territoriale di eccellenza, con caratteristiche innovative. Le attività riabilitative si declinano in diversi setting: Riabilitazione ambulatoriale, Day Service Ambulatoriale Riabilitativo, Interventi domiciliari, Nucleo GRAD.

Per quanto concerne la Riabilitazione ambulatoriale, l'offerta di Visite Fisiatriche è articolata in una serie di ambulatori sia di base (Visita Fisiatrica, Urgenza differita), sia dedicati a specifici percorsi a valenza provinciale : Paradismorfismi dell'età evolutiva, Neurofisiatrico dedicato alle patologie neurologiche croniche e cronico-progressive (ad es. m. di Parkinson), Centro Riabilitativo Sclerosi Multipla, Centro SLA, Disfagia, Ambulatorio Protesica per valutazione e collaudo ausili, Centro Terapia Occupazionale.

Nelle palestre e negli atelier si effettuano trattamenti di riabilitazione neurologica, ortopedica, respiratoria, valutazione ausili (anche grazie alla presenza del Terapista Occupazionale), trattamenti cognitivi. Le situazioni complesse e le continuità terapeutiche in dimissione dagli Ospedali vengono affrontate in team multiprofessionale, in forte integrazione con i servizi sociali e sanitari del territorio.

Il **Day service ambulatoriale** riabilitativo rappresenta un modello assistenziale innovativo, alternativo al ricovero ospedaliero, dedicato a pazienti con necessità di trattamenti complessi che necessitino di una presa in carico multiprofessionale, ad es. esiti di stroke, SM, SLA, politraumi, o in fase precoce dopo chirurgia protesica in elezione.

Gli interventi riabilitativi domiciliari del Fisioterapista e del Terapista Occupazionale sono finalizzati alla valutazione ecologica del paziente nel contesto di vita, al fine di una corretta prescrizione degli ausili, della modifica dell'ambiente domestico, di un'ottica educativa rivolta ai *caregiver* o ai servizi di assistenza domiciliare.

Il progetto per la presa in carico delle gravi/gravissime disabilità vede l'intervento riabilitativo domiciliare per pazienti gravi in dimissione dall'OSMN, nonché la collaborazione con i Centri Diurni residenziali e semiresidenziali per disabili.

Presso la struttura è altresì attivo da diversi anni il **Nucleo GRAD**: un nucleo di residenzialità previsto dalla DGR Emilia Romagna 2068/2004 e successive integrazioni, dedicato a un'utenza con complessi bisogni sanitari-assistenziali che non può essere assistita al domicilio: esiti di gravissima cerebrolesione acquisita, SLA in fase avanzata anche in ventilazione invasiva h 24, gravissime patologie neurodegenerative.

Può trattarsi di residenzialità permanente o temporanea, come passaggio da una dimissione ospedaliera verso il domicilio o per sollievo. Si tratta di un nucleo attivo da 13 anni; il nuovo assetto, come da accreditamento DGR 514/09, porta a un raddoppiamento dei posti letto (fino a 22) a responsabilità infermieristica, con presenza di Medici esperti, Fisioterapisti, Counsellor. In crescita l'indispensabile collaborazione con la Rete Cure Palliative.

Il team di cura sta lavorando alla definizione del progetto "di struttura", anche nell'ottica di differenziare l'assistenza per tipologia di utenza.

Nella struttura ha sede il **Centro distrettuale disturbi cognitivi**, servizio ambulatoriale per la diagnosi e la terapia delle demenze che opera prendendo in carico il paziente e la sua famiglia. L'attività è dedicata all'analisi dei diversi deficit per differenziare varie forme di demenza, offrire un approccio terapeutico idoneo e un sostegno negli aspetti funzionali, comportamentali, psicologici e assistenziali legati alla malattia.

All'interno di questa realtà nei prossimi mesi verrà attivata una **Medicina di Gruppo** composta di 4 MMG ai quali si unirà una PLS.

Il Programma S. Anna plus

Il Programma Sant'Anna plus è dedicato allo sviluppo e al potenziamento delle attività clinico-assistenziali dell'Ospedale di Castelnovo ne' Monti ed è stato approvato dalla Conferenza Sociale e Sanitaria Territoriale (CTSS) di Reggio Emilia il 20 novembre 2017.

L'ufficio di Presidenza della CTSS ha valutato di stralciare dal PAL 2019 gli interventi previsti dal Programma e le risorse a questo dedicate.

Il responsabile aziendale del Programma è il Direttore Sanitario che si avvale della collaborazione del Direttore di Presidio Ospedaliero e del Direttore di Distretto. Per la programmazione e attuazione delle azioni in esso contenute è stato istituito un gruppo di pilotaggio che ha competenze multidisciplinari ed è coordinato dal Direttore di Presidio Ospedaliero.

Del gruppo fanno parte:

- Direzione infermieristica di presidio
- Direzione dei Dipartimenti Ospedalieri interessati ai progetti
- Direzione Operation Management
- Direzione Medica dell'Ospedale Sant'Anna
- Direzione dello Staff Comunicazione
- Direzioni dei Dipartimenti Tecnico e Amministrativo
- Direzione di Distretto

Il monitoraggio dello stato di avanzamento del Programma è seguito da un gruppo di lavoro rappresentativo degli stakeholder istituzionali, composto dal Sindaco o da suo delegato nell'ambito del Comitato di distretto, dal Presidente del CCM (Comitato Consultivo Misto), da un rappresentante della CTSS. In rappresentanza dell'Azienda partecipa al gruppo il Direttore di Distretto.

Il Programma gode di un finanziamento regionale di 4 milioni di euro per assicurare una corsia preferenziale all'area montana e al suo ospedale ed è suddiviso in quattro aree di intervento, ciascuna con uno o più progetti:

- emergenza-urgenza;
- chirurgia elettiva e specialistica;
- materno infantile;
- prevenzione e riabilitazione cardiovascolare.

A ogni progetto è dedicato un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale coordinato da un responsabile gestionale scelto tra i componenti del top management aziendale e da un responsabile tecnico, secondo la metodologia del project work. Ogni gruppo di lavoro definisce gli aspetti organizzativi, le azioni attuative e la tempistica di realizzazione.

Area dell'emergenza-urgenza: progetti e risorse

1. Ristrutturazione e ampliamento del Pronto Soccorso con l'istituzione di un'area di osservazione multi-disciplinare;
2. Potenziamento dell'emergenza territoriale con l'attivazione di un mezzo di soccorso avanzato infermieristico.

Le risorse dedicate a questi progetti prevedono:

- un finanziamento in conto capitale pari a 2 milioni di euro da parte della Regione cui si aggiungono 800.000 euro di risorse aziendali;
- un finanziamento in conto esercizio per incrementare l'organico con 1 medico e 6 infermieri.

STATO DI AVANZAMENTO A DICEMBRE 2018

L'intervento di cui al punto (1) è stato approvato dall'AUSL con delibera DG n. 234/17 e ha ottenuto il finanziamento regionale con DGR 1940 del 4.12.2017. Nel corso del 2018 è stato completato l'iter per l'affidamento delle opere propedeutiche: ristrutturazione della ex Palazzina "Suore" per la ricollocazione del Servizio Farmaceutico (consegna del progetto esecutivo nel mese di aprile 2019 ed esecuzione dei lavori dal 20/5/2019 al 20/11/2019); realizzazione degli interventi utili al trasferimento provvisorio del PS (consegna progetto esecutivo nel mese di maggio 2019 ed esecuzione lavori dal 3/9/2019 al 31/12/2019); aggiudicazione della gara per la progettazione del nuovo PS entro il mese di gennaio 2019; avvio della gara per l'affidamento dei lavori nel mese di ottobre 2019.

Quanto all'intervento di cui al punto (2), il 1° dicembre 2017 è stata attivata in via sperimentale l'autoinfermieristica nella fascia oraria diurna (11 ore) dotata di personale già formato nell'ambito dell'Arcispedale Santa Maria Nuova; da gennaio 2018 sono stati attivati corsi di formazione abilitante per il personale da destinare all'autoinfermieristica; dal 16 aprile 2018 l'autoinfermieristica è operativa tutti i giorni nelle 24 ore e, con l'inserimento di 6 unità, è completato l'incremento di organico infermieristico.

Area della chirurgia elettiva e specialistica: progetti e risorse

1. Potenziamento dell'attività chirurgica del comparto operatorio con incremento del numero di sale per la chirurgia generale e specialistica;
2. Potenziamento dell'attività specialistica in termini di attività ambulatoriale, chirurgica e di degenza con riferimento a:
 - a. Urologia: trasformazione della struttura semplice in struttura dipartimentale;
 - b. Chirurgia otorinolaringoiatrica: attivazione della chirurgia protesica dell'orecchio quale centro di riferimento del Presidio ospedaliero provinciale;

- c. Chirurgia senologica: attivazione di sedute dedicate svolte dalla Breast unit aziendale in collaborazione con la struttura di Anatomia patologica per le prestazioni di diagnostica istopatologica in estemporanea;
- d. Chirurgia ortopedica del piede: potenziamento dell'attività ultraspecialistica volta a conferire alla sede di Castelnovo ne' Monti competenze distintive in ambito provinciale.

Le risorse dedicate a questi progetti prevedono:

- finanziamento in conto esercizio per l'incremento dell'organico infermieristico con 4 unità da assegnare al comparto operatorio;
- incremento di circa 200 sedute operatorie aggiuntive o allungamento della durata delle sedute;
- finanziamento in conto esercizio per l'incremento dell'organico medico di 4 unità (1 urologo, 1 otorino, 1 chirurgo senologo, 1 anestesista).

STATO DI AVANZAMENTO A DICEMBRE 2018

Con riguardo al punto (1), è stato integrato l'organico del comparto operatorio con 2 infermieri. Dal mese novembre 2017 sono state aggiunte 2 sedute/mese di chirurgia oculistica, da metà febbraio 2018 è stato attivato l'allungamento delle sedute di chirurgia maggiore (termine alle ore 16, anziché alle ore 14, per urologia, senologia, ginecologia, oculistica) e sono state aggiunte 2 sedute/mese di chirurgia senologica. Dal mese di marzo 2018 ha preso il via l'attività di chirurgia otorinolaringoiatrica (interventi di settoplastica e turbinoplastica), dal mese di giugno 2018 è stata attivata la chirurgia otologica (da settembre 1 seduta a settimana ed è in via di perfezionamento il training dell'*équipe*) e da ottobre 2018 è stato completato l'inserimento in comparto operatorio degli infermieri mentre è imminente l'inserimento di 1 anestesista.

Quanto al punto (2), è stata attivata la struttura operativa semplice dipartimentale di Urologia, potenziato l'organico con l'aggiunta di 1 medico urologo (da novembre 2017) e incrementata l'attività specialistica ambulatoriale urologica (+1 seduta/settimana); per la specialità otorinolaringoiatrica, è stata attivata la struttura operativa semplice dipartimentale di Audiologia ed Otochirurgia (giugno 2018), incrementato l'organico con 1 medico ORL e, dal mese di giugno 2018, è stata incrementata l'attività specialistica ambulatoriale (+ 12 ore).

Area materno infantile: progetti e risorse

1. Revisione nell'ambito del percorso nascita dell'assistenza alla gravidanza e al puerperio con il potenziamento delle attività consultoriali/ambulatoriali (es. gravidanza a termine) e attivazione di funzioni innovative (es. registro gravidanze, consulenza telefonica, home visiting, trasporto ostetrico assistito);
2. Istituzione di un'unità operativa di Pediatria integrata ospedale-territorio che valorizza la sinergia

tra la struttura di Pediatria dell'Arcispedale Santa Maria Nuova e pediatria locale di libera scelta; si prevede, in seguito, lo sviluppo di una competenza distintiva per l'assistenza pediatrica, in particolare sul bambino cronico.

STATO DI AVANZAMENTO A DICEMBRE 2018

Con riguardo al punto (1), dal mese di dicembre 2017 sono attivi il registro delle gravidanze, il servizio di puerperio a domicilio (home visiting), il servizio di consulenza ostetrica telefonica nelle 24 ore con numero dedicato. È resa disponibile, inoltre, la foresteria gratuita in miniappartamento a Reggio Emilia. Dal mese di ottobre 2017 è stato potenziato il trasporto materno assistito verso l'Arcispedale Santa Maria Nuova con l'aggiunta di 1 ambulanza in pronta partenza dotata di professionisti identificati sulla base delle necessità cliniche (ostetrica / infermiere / ginecologo / anestesista). Sono state potenziate le prestazioni consultoriali con l'aggiunta di 12 ore settimanali (da 48 a 60) e svolti incontri tematici dedicati a donne gravide e a coppie/genitori.

Con riguardo al punto (2), dal mese di dicembre 2017 è attivo il gruppo di lavoro multidisciplinare dedicato ed è stato elaborato il progetto sperimentale che vede l'ampliamento dell'integrazione dei pediatri di libera scelta del distretto con la pediatria di comunità e con quella ospedaliera; nel mese di giugno 2018 sono stati completati i passaggi per la formalizzazione della collaborazione tra pediatri e definite le relative procedure operative; dal 1° luglio 2018 è attiva la collaborazione dei pediatri di libera scelta di Castelnovo ne' Monti con la pediatria dell'Ospedale Sant'Anna, secondo quanto previsto dagli accordi siglati; dal mese di novembre 2018 sono operativi un ambulatorio specialistico di gastroenterologia pediatrica e il percorso di sviluppo di una competenza distintiva per la pediatria nell'ambito della cronicità, con ricoveri di sollievo per bambini affetti da patologie croniche severe in condizioni di stabilità clinica; è iniziata la progettazione di spazi ospedalieri in cui ospitare gli ambulatori dei pediatri di libera scelta (attuazione prevista dal 2° semestre 2019); dal mese di dicembre 2018 è attiva la programmazione tesa ad ampliare l'offerta ambulatoriale pediatrica.

Area della prevenzione e riabilitazione cardiovascolare: progetti e risorse

1. Attivazione di un Centro per la valutazione e il trattamento del rischio cardiovascolare che affianchi alla degenza riabilitativa le funzioni di prevenzione primaria, secondaria e terziaria con approccio multidisciplinare di tipo nutrizionale, psicologico e motivazionale, in collaborazione con la struttura regionale che ha sede a Reggio Emilia "Luoghi di prevenzione".

Le risorse dedicate a questo progetto prevedono:

- il finanziamento proveniente dalla Strategia Nazionale Aree Interne cui si aggiungono risorse dell'AUSL- IRCCS di Reggio Emilia destinate al Programma S. Anna Plus e dedicate all'inserimento di 1 medico cardiologo nell'équipe.

STATO DI AVANZAMENTO A DICEMBRE 2018

Nel mese di marzo 2018 è stato presentato il bando di concorso “Montagne di Salute 3.0” rivolto agli studenti degli istituti superiori Cattaneo e Mandela di Castelnovo ne’ Monti e collegato all’apertura e inaugurazione del Centro. Nel mese di maggio 2018 è stato attivato il gruppo di lavoro multidisciplinare per la progettazione delle attività del Centro, a giugno sono stati definiti il layout degli spazi e gli interventi necessari all’ampliamento degli ambulatori. La consegna del progetto esecutivo è attesa per il mese di marzo 2019, il termine dei lavori per il mese di giugno dello stesso anno con momento inaugurale a seguire. In contemporanea, è previsto l’espletamento delle procedure concorsuali per l’assunzione di 1 medico cardiologo.

Conclusioni

L'impegno elaborativo rappresentato da questo PAL è chiaramente focalizzato su temi specifici che, a prescindere dalla loro complessità e rilevanza, costituiscono di fatto solo alcuni degli ambiti di attività sui quali è chiamata ad operare l'Azienda USL per assicurare un'adeguata e appropriata assistenza alla comunità provinciale di riferimento. In generale, anche se alcuni degli ambiti di attività analizzati in questo documento sono caratterizzati, per loro natura, in ragione delle attività che li contraddistinguono, da un intreccio tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale particolarmente spiccato, non vi è dubbio che il tema dominante l'elaborazione programmatica del PAL sia costituito in modo largamente prevalente dall'ospedale.

A questo proposito, vale la pena sottolineare quanto questa elaborazione sia solo apparentemente circoscritta e limitata rispetto all'insieme delle attività assistenziali. In realtà, le dinamiche evolutive di trasformazione dei servizi che sono stati oggi oggetto delle attenzioni da cui questo documento è scaturito, finiscono inevitabilmente per investire, direttamente e indirettamente, la realtà aziendale nel suo complesso, coinvolgendo anche quegli ambiti che ora appaiono solo sullo sfondo del disegno programmatico delineato.

Questo essenzialmente perché nella moderna assistenza sanitaria le attività dei singoli servizi sono comunque fortemente intrecciate tra loro. Questo vale anche per l'attività chirurgica, area in prima istanza apparentemente definita e delimitata nella puntuale erogazione degli interventi, in ambito prevalentemente ospedaliero. Questa area di attività, che il PAL affronta declinando le potenzialità di sviluppo delle singole sedi ospedaliere inquadrando in un disegno complessivo che le vuole integrate e complementari, si trova ad essere di fatto parte di un contesto generale, quello dei percorsi assistenziali dei pazienti, che la costringono positivamente ad interagire con altri servizi, ospedalieri e territoriali. In questo senso, le traiettorie di evoluzione e cambiamento che il PAL prefigura hanno inevitabilmente esternalità di carattere più generale, generando a loro volta cambiamenti ulteriori sull'insieme delle altre attività assistenziali, anche ben al fuori dei confini dei singoli ospedali. Da questo punto di vista, questo documento deve essere visto come l'avvio di processi di trasformazione innovativa che semplicemente "partono" dagli ambiti di attività esplicitamente considerati, ma sono destinati ad arrivare ad altri contesti, investendo ulteriori e ancora più estesi settori dell'Azienda. Per questa ragione, dipartimenti, servizi, settori di attività che non paiono oggi immediatamente "visibili" nel PAL, saranno comunque tra i protagonisti dei processi di cambiamento che questo documento intende innescare.

Si tratta dunque di un'elaborazione che ha un carattere sistemico, affatto circoscritto, del quale occorre essere consapevoli, anche per le sue implicazioni. Una di queste è certamente la necessità che la sua progressiva implementazione sia adeguatamente sostenuta da politiche aziendali altrettanto sistemiche, in grado di abbracciare l'Azienda nel suo insieme. In questa prospettiva infatti, si colloca la politica aziendale di sviluppo delle reti cliniche, come modello

innovativo di *governance* dei processi assistenziali e della loro complessità clinica (legata alle caratteristiche dei pazienti), tecnologica (la conseguente dotazione di spesso sofisticati strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi) ed organizzativa (la necessità di costruire e mantenere organiche relazioni collaborative tra servizi per sostenere i percorsi assistenziali). Il tema della rete, come entità determinata dalla piena integrazione delle attività dei singoli punti di erogazione dei servizi e dalla convergenza sui bisogni assistenziali dei pazienti dell'insieme di diverse competenze professionali è stato, non casualmente, uno dei temi centrali dell'impegno elaborativo rappresentato in questo documento.

Non solo, la costruzione delle reti cliniche richiede un impegno complessivo aziendale rivolto non soltanto agli aspetti tecnici, organizzativi e gestionali, ma anche allo sviluppo nel corpo professionale di una cultura organizzativa coerente con il livello di dinamicità e di apertura e disponibilità al cambiamento innovativo che rappresenta una delle più evidenti implicazioni del PAL e di una politica finalizzata allo sviluppo di reti cliniche. Tra le tante implicazioni del PAL, questo è certamente un punto di particolare importanza. Si tratta, in sostanza, di intervenire non soltanto sull'*hardware* dell'Azienda, ma anche sul *software*, vale a dire sulla cultura organizzativa che la deve permeare, valorizzando anche in questo modo la risorsa più importante che una organizzazione sanitaria ha a disposizione: quella rappresentata dall'insieme delle competenze ed esperienze dei propri professionisti e dalla loro passione per il lavoro che svolgono. Su questo tema questa Azienda si è già peraltro attivata con l'avvio nel corso del 2018 dell'iniziativa "*Reggio Emilia Value Improvement Program*" (RE-VIP), finalizzato alla promozione del valore dell'assistenza sanitaria nelle sue diverse declinazioni, che vanno dalla capacità di riconoscere, rispettare e considerare le preferenze dei pazienti, al perseguimento dell'appropriatezza clinica e organizzativa, al conseguente miglioramento dell'efficienza allocativa attraverso la riallocazione delle risorse a sostegno delle modalità di assistenza in grado di ottenere i migliori risultati clinici. In questa iniziativa, rivolta a un gruppo selezionato di professionisti (clinici e non), identificati anche sulla base delle loro attitudini di predisposizione al cambiamento, l'impegno è rivolto allo sviluppo di una cultura organizzativa dinamica, presupposto essenziale affinché i professionisti possano effettivamente esercitare il ruolo auspicato nelle reti cliniche.

Infine, un'ulteriore implicazione di carattere sistemico che deriva dal PAL è la necessità di monitorarne, in itinere, lo sviluppo implementativo e i suoi effetti. Come è inevitabile che sia, questo documento prefigura una traiettoria di sviluppo dei servizi, proiettando l'Azienda in un futuro che, ovviamente, non è completamente prevedibile. Il percorso realizzativo del PAL sarà inevitabilmente perturbato da elementi di contesto che sono in larghissima misura al di fuori del controllo dell'Azienda, ma con cui occorrerà costantemente misurarsi. Le risorse economiche, la disponibilità di competenze specialistiche, i cambiamenti possibili nel contesto economico-sociale complessivo, sono solo alcuni degli elementi che andranno considerati. Anche per questa ragione il documento descrive un indirizzo programmatico, lasciando che i dettagli attenenti agli aspetti più immediatamente

operativi possano essere di volta in volta definiti in funzione delle concrete situazioni che si verranno a determinare. Ma è anche per questo quadro di instabilità, che è parte inevitabile dell'orizzonte futuro in cui il PAL ha inteso proiettarsi, che assume particolare rilevanza la necessità di dotarsi di strumenti valutativi che consentano all'Azienda e ai suoi professionisti di verificare di volta in volta i processi avviati e i loro effetti, rispondendo, in questo modo, anche al dovere di rendere conto alla propria comunità di riferimento dei risultati ottenuti.

Elenco componenti dei gruppi di lavoro

Hospital Network	
Giorgio Mazzi	Coordinatore - Direttore Presidio Ospedaliero Provinciale
Antonio Boccia Zoboli	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie Presidio Ospedaliero Provinciale
Paolo Colli	Sindaco Comune di Montecchio Emilia
Sandra Coriani	Direttore Direzione Professioni Sanitarie
Giancarlo Gargano	Direttore Neonatologia ASMN, Direttore Dipartimento Materno Infantile
Mirca Ghiacci	Componente designato dal CCM di Guastalla
Roberto Giuseppe Grilli	Direttore Area Governo Clinico
Mirco Lusuardi	Direttore Dipartimento Neuromotorio e Riabilitativo
Ilenia Malavasi	Sindaco Comune di Correggio
Alessio Mammi	Sindaco Comune di Scandiano
Antonio Manari	Sindaco Comune di Ventasso
Barbara Monte	Direttore Amministrativo Presidio Ospedaliero Provinciale
Maria Teresa Montella	Direttore Gestione Operativa Presidio Ospedaliero Provinciale
Maurizio Paterlini	Assessore alle Politiche socio-sanitarie Comune Castelnovo di Sotto
Mirco Pinotti	Direttore Dipartimento Cure Primarie
Pierpaolo Pattacini	Direttore Dipartimento Diagnostica Immagini e Medicina di Laboratorio
Roberta Riccò	Dirigente Direzione Professioni Sanitarie Presidio Ospedaliero Provinciale
Paola Salsi	Componente designato dal CCM Val d'Enza
Giuliana Turci	Direttore Distretto di Correggio

Gestione Operativa e Chirurgie	
Cristina Marchesi	Coordinatore - Direttore Sanitario
Giorgio Mazzi	Coordinatore - Direttore Presidio Ospedaliero Provinciale
Valerio Annessi	Direttore Chirurgia Generale Ospedale di Guastalla - Montecchio
Sara Baruzzo	Direttore Staff Sistema Informativo, Accountability, Performance
Emilio Belluzzi	Direttore Chirurgia Generale Ospedale di Scandiano
Antonella Benedetti	Infermiera comparto operatorio Ospedale Castelnovo ne' Monti
Franco Antonio Mario Bergamaschi	Direttore Urologia ASMN
Luciano Bigi	Direttore Chirurgia Generale Ospedale di Castelnovo ne' Monti
Stefano Bonilauri	Direttore Chirurgia Generale e d'Urgenza ASMN, Direttore Dipartimento Chirurgico

Gestione Operativa e Chirurgie	
Stefano Botti	Consigliere Comune di Castelnuovo di Sotto / Professioni sanitarie
Ermanno Briglia	Medico Anestesia e Rianimazione - Area Nord
Claudia Cagossi	Infermiera Centrale di Sterilizzazione ASMN
Paolo Colli	Sindaco Comune di Montecchio
Maria Elena Costa	Direttore Staff Programmazione e Controllo
Giorgio Francesco Danelli	Direttore Anestesia e Rianimazione ASMN
Salvatore De Franco	Componente designato dal CCM di Reggio Emilia
Lesley De Pietri	Medico Anestesia e Rianimazione ASMN
Guglielmo Ferrari	Direttore Chirurgia Senologica ASMN
Claudio Ferraù	Medico Ortopedia e Traumatologia ASMN
Luigi Fontana	Direttore Oculistica ASMN
Marco Foracchia	Direttore Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche
Francesco Monica	Sindaco Comune di Castelnuovo di Sotto
Antonio Frattini	Direttore Urologia Ospedale di Guastalla - Montecchio - Correggio
Giancarlo Gargano	Direttore Dipartimento Materno Infantile
Cinzia Gentile	Direzione Medica Ospedale di Guastalla
Reza Ghadirpour	Medico Neurochirurgia Spoke ASMN
Angelo Ghidini	Direttore Otorinolaringoiatria ASMN
Roberto Giuseppe Grilli	Direttore Area Governo Clinico
Cristina Incerti Medici	Direzione Medica Ospedale di Scandiano
Enrico Iotti	Medico Anestesia e Rianimazione ASMN
Francesco Legittimo	Medico Anestesia e Rianimazione - Area Nord
Antonio Manari	Sindaco Comune di Ventasso
Maria Teresa Montella	Direttore Gestione Operativa Presidio Ospedaliero Provinciale
Norberto Negriz	Direttore Ortopedia e Traumatologia Ospedale di Montecchio
Massimiliano Paci	Medico Chirurgia Toracica ASMN
Giovanni Pagliarini	Direttore Anestesia e Rianimazione Ospedali di Montecchio-Scandiano
Bruno Panno	Direttore Ortopedia e Traumatologia di Ospedali Guastalla-Correggio
Claudio Pedrazzoli	Direttore Chirurgia Generale a indirizzo oncologico ASMN
Giulio Pioli	Medico Geriatria Ospedale ASMN
Maurizio Pocaforza	Dirigente Professioni sanitarie Gestione Operativa Presidio Ospedaliero Provinciale
Antonio Poli	Direzione Medica Ospedale di Castelnuovo ne' Monti
Roberta Riccò	Direzione delle Professioni Sanitarie
Ettore Sabetta	Direttore Ortopedia e Traumatologia ASMN
Antonello Salsi	Direttore Ortopedia e Traumatologia Ospedale di Scandiano
Paolo Stefanini	Direttore Anestesia e Rianimazione - Area Nord
Maurizio Terzi	Sindaco Comune di Fabbrico
Alberto Vaccari	Sindaco Comune di Casalgrande
Marco Vecchi	Direttore Oculistica Provinciale
Enrico Vecchiati	Direttore Chirurgia Vascolare ASMN

Elenco componenti dei gruppi di lavoro

Emergenza-Urgenza	
Anna Maria Ferrari	Coordinatore - Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza
Sergio Alboni	Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza Area SUD Montana
Marco Armilli	Responsabile Professioni Sanitarie Dipartimento Emergenza-Urgenza
Germano Artioli	Sindaco Comune di Campegine
Rino Barilli	Componente designato dal CCM Distretto di Montecchio
Antonio Boccia Zoboli	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie Presidio Ospedaliero Provinciale
Emanuele Cavallaro	Sindaco Comune di Rubiera
Paolo Colli	Sindaco Comune di Montecchio
Antonio Di Mare	Direttore Igiene Tecnica Ospedaliera Presidio Ospedaliero Provinciale
Iacopo Fiorentini	Componente designato dal Distretto di Castelnovo né Monti
Lorenzo Lodi	Responsabile PPII Montecchio
Nicola Macarone	MET Referente Automedica
Paolo Marconi	Responsabile Professioni Sanitarie Reggio Soccorso
Gianmarco Marzocchini	Vicesindaco Comune di Correggio
Ermes Montanari	Componente designato dal CCM di Scandiano
Antonio Poli	Direzione Medica Ospedale di Castelnovo ne' Monti
Luca Rovina	Direttore Dipartimento Emergenza-Urgenza Area Nord
Matteo Sassi	Vice Sindaco e Assessore Politiche sociali e sanitarie Comune di Reggio Emilia
Camilla Verona	Sindaco Comune di Guastalla

Rete perinatale e materno infantile	
Giancarlo Gargano	Coordinatore - Direttore Neonatologia ASMN, Direttore Dipartimento Materno Infantile
Lorenzo Aguzzoli	Direttore Ostetricia e Ginecologia ASMN
Sergio Amarri	Direttore Pediatria ASMN
Daniela Bertani	Responsabile Ginecologia ed Ostetricia Consultorio di Reggio Emilia
Celestino Bertellini	Direttore Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Guastalla
Tommaso Bertolini	Vice Sindaco Comune di Quattro Castella
Enrico Bini	Sindaco Comune di Castelnovo ne' Monti
Patrizia Borgognoni	Dirigente Professioni Sanitarie - Responsabile Dipartimento Materno Infantile
Ciro Capuano	Medico Pediatra Ospedale di Montecchio
Andrea Carletti	Sindaco Comune di Bibbiano
Lillo Bruno Cerami	Medico Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Scandiano
Rosamaria D'Urzo	Assessore Servizi alla Persona e Sanità Comune di S. Martino in Rio
Alessandro De Fanti	Responsabile Reumatologia Pediatrica ASMN
Lesley De Pietri	Medico Anestesia e rianimazione ASMN
Alina Del Pozzo	Ostetrica Ospedale di Castelnovo ne' Monti
Lorena Ficarelli	Area Sociale Distretto di Reggio Emilia
Carlo Fusco	Direttore Neuropsichiatria Infantile ASMN
Livia Garavelli	Responsabile Genetica Medica ASMN
Gabriela Gildoni	Direttore Neuropsichiatria Infantile Territoriale
Cristina Incerti Medici	Direzione Medica Ospedale di Scandiano
Annarella Lusvardi	Ostetrica Dipartimento Cure Primarie
Marco Manfredi	Medico Pediatra Distretto di Castelnovo ne' Monti
Cristina Marchesi	Direttore Sanitario AUSL di Reggio Emilia
Maria Chiara Marinelli	Laboratorio di Genetica ASMN
Nilla Menozzi	Componente designato dal CCM di Montecchio
Gino Montagna	Pediatra Libera Scelta
Marcella Paterlini	Psicologa ASMN
Maria Chiara Rompianesi	Direzione Medica ASMN
Silvia Sassi	Medico Unità Riabilitazione Gravi Disabilità Età Evolutiva ASMN
Daniela Viviani	Direttore Ostetricia e Ginecologia Ospedale di Montecchio
Alessandro Volta	Direttore Programma Materno Infantile

Elenco componenti dei gruppi di lavoro

Rete oncologica e IRCCS	
Cristina Marchesi	Coordinatore - Direttore Sanitario
Fabrizio Allegretti	Sindaco Comune di Rolo
Giancarlo Bisagni	Medico Oncologo Responsabile Coordinamento <i>Breast Unit</i> Integrata e Rete oncologica provinciale
Liliana Cerfogli	Componente designato dal CCM di Montecchio Emilia
Sandra Coriani	Direttore Direzione Professioni Sanitarie
Massimo Costantini	Direttore Scientifico
Luca Cottafavi	Medico Oncologo, Responsabile Day Hospital oncologico Ospedale di Castelnovo ne' Monti e Scandiano
Giuliana Esposito	Assessore al Welfare, Politiche sociali e sanitarie Comune di Cadelbosco di Sopra
Monica Guberti	Dirigente Professioni Sanitarie Responsabile Dipartimento Oncologico e Tecnologie Avanzate e Rete Provinciale Oncologica
Simona Magnani	Vice-Sindaco e Assessore Sanità e Politiche sociali Comune di Campegine
Elisa Mazzini	Direzione Medica ASMN
Francesco Merli	Direttore Ematologia ASMN
Fiorenzo Orlandini	Medico di Medicina Generale Distretto di Guastalla
Carmine Pinto	Direttore Oncologia medica ASMN
Giuseppe Prati	Medico Oncologo Responsabile Day Hospital oncologico Ospedale di Guastalla
Matteo Sassi	Vice Sindaco e Assessore Politiche sociali e sanitarie Comune di Reggio Emilia
Francesco Soncini	Direzione Medica ASMN
Franco Stazzoni	Assessore al Welfare Comune di Vezzano sul Crostolo
Annibale Versari	Direttore Medicina Nucleare e Dipartimento Oncologico e Tecnologie avanzate

Neuroscienze	
Franco Valzania	Coordinatore - Direttore Neurologia ASMN
Enrico Bini	Sindaco Comune di Castelnovo ne' Monti
Antonio Boccia Zoboli	Responsabile Direzione Professioni Sanitarie Presidio Ospedaliero Provinciale
Laura Canovi	Dirigente Professioni Sanitarie - Responsabile Dipartimento Diagnostica per immagini e Medicina di Laboratorio
Giuseppe Chesi	Direttore Dipartimento Internistico
Antonio Di Mare	Direttore Igiene Tecnica Ospedaliera Presidio Ospedaliero Provinciale
Adriano Ferrari	Direttore Unità Riabilitazione Gravi Disabilità Età Evolutiva ASMN
Alena Fiocchi	Direttore Medicina Fisica e Riabilitativa Territoriale
Carlo Fusco	Direttore Neuropsichiatria Infantile ASMN
Gabriella Gildoni	Direttore Neuropsichiatria Infantile Territoriale
Ermanno Giombelli	Direttore Neurochirurgia AOP Parma e Neurochirurgia <i>Spoke</i> Reggio Emilia
Cinzia Iotti	Direttore Radioterapia ASMN
Francesco Lombardi	Direttore Neuroriabilitazione Ospedale di Correggio
Gianni Maiola	Sindaco Comune di Gattatico
Lucio Malavasi	Sindaco Comune di Rio Saliceto
Giovanni Malferrari	Medico Neurologo Responsabile <i>Stroke Unit</i> ASMN
Giorgio Mazzi	Direttore Presidio Ospedaliero Provinciale
Rosario Pascarella	Responsabile Neuroradiologia ASMN
Anna Pisanello	Responsabile Neuroradiologia ASMN
Jacopo Matteo Rancati	Dirigente Professioni Sanitarie - Responsabile Dipartimento Neuromotorio
Rossella Sabadini	Medico Neurologo Responsabile Neurofisiologia ASMN
Paola Salsi	Componente designato dal CCM Val d'Enza
Claudio Tedeschi	Direttore Medicina Riabilitativa ASMN
Tania Tellini	Sindaco Comune di Cadelbosco di Sopra
Riccardo Zucco	Medico Neurologo Responsabile Centro Cefalee ASMN

Elenco componenti dei gruppi di lavoro

Struttura Intermedia	
Elisabetta Negri	Coordinatore - Direttore socio-sanitario e Direttore del Distretto di Reggio Emilia
Andrea Carletti	Sindaco Comune di Bibbiano
Ivandro Catellani	Componente designato dal CCM di Montecchio
Ilaria De Santis	Assistente Amministrativo Direzione Sanitaria
Alena Fiocchi	Direttore Medicina Fisica e Riabilitativa Territoriale
Monica Gabbi	Professioni Sanitarie Distretto di Reggio Emilia
Sabina Giovanardi	Professioni Sanitarie Distretto di Reggio Emilia
Marina Greci	Responsabile Area Reggio Emilia Dipartimento Cure Primarie
Silvia Guidi	Responsabile Ufficio Provinciale di Piano Reggio Emilia
Roberta Ibattici	Assessore Servizi alla Persona Comune di Albinea
Mirco Pinotti	Direttore Dipartimento Cure Primarie
Sonia Romani	Dirigente Professioni Sanitarie Sistema Territorio
Monica Salsi	Professioni Sanitarie Area Anziani e Fragilità
Camillo Soncini	Medico di Medicina Generale di Albinea
Emanuela Vezzani	Dirigente Infermieristico - Referente Dipartimento Internistico
Francesco Vercilli	Direzione Medica ASMN

Comunicazione	
Federica Gazzotti	Coordinatore - Direttore Staff Comunicazione
Emanuele Cavallaro	Sindaco Comune di Rubiera
Paolo Colli	Sindaco Comune di Montecchio Emilia
Pietro Ferrari	Componente designato dal CCM di Castelnovo ne' Monti
Paolo Germani	Medico di Medicina Generale di Guastalla
Mirca Ghiacci	Componente designato dal CCM di Guastalla
Danilo Gualtieri	Componente designato dal CCM di Guastalla
Irene Marcello	Staff Comunicazione
Marcello Moretti	Sindaco Comune di Sant'Ilario d'Enza
Elena Prandi	Staff Comunicazione
Alessandro Santachiara	Sindaco Comune di Campagnola Emilia
Chiarina Spadoni	Componente designato dal CCM di Scandiano

Referenze bibliografiche e normativa

1. Bruce Bennett. The Hospital of 2015. LinkedIn2014 [Available from: <https://www.linkedin.com/pulse/20141027145539-140578627-the-hospital-of-2015/>].
2. Legge regionale n. 29/2004, “Norme generali sull’organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario regionale”. Regione Emilia-Romagna.
3. Hospital network: Wikipedia; 2018 [page was last edited on 8 March 2018: [Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_network].
4. Rodella S. Il Maestro e le margherite. La qualità dell’assistenza sanitaria secondo Avedis Donabedian 2010.
5. Hawkes N. Hospitals without walls. BMJ : British Medical Journal. 2013;347:f5479.
6. Il ruolo delle Aziende Sanitarie nelle reti cliniche in Italia. Osservatorio FIASO. 2012.
7. Tozzi V, Nicolini F, editors. Le reti come modelli d’integrazione in ambito oncologico. 2017; 1st di Meldola.
8. D.M. 2 aprile 2015 n. 70. Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera. (G.U. 4 giugno 2015, n. 127).
9. Skinner W. The focused factories. Harvard Business Review. 1974.
10. D.G.R. n. 272/2017, “Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati nella Regione Emilia-Romagna”. Seduta Num. 10. Servizio assistenza ospedaliera direzione generale cura della persona, salute e welfare assessore alle politiche per la salute. Regione Emilia-Romagna.
11. Lorenzo F, Federico L, Anna P. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano. Rapporto OASI 2018. L’Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da work in progress a work on process. CERGAS - Bocconi. 2018.
12. Patrizio A, Lorenzo F, Alessandro F, Francesco L, Francesco P, Alberto R. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano. Rapporto OASI 2016. Executive summary. 2016.
13. D.P.R. 27 marzo 1992, Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza (G.U. n. 76 del 31.03.1992).
14. Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. (G.U. n.114 del 17.05.1996).
15. D.G.R. n. 1349/2003, “Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - approvazione di linee guida per l’organizzazione del sistema emergenza urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118 secondo il modello hub and spoke”. Regione Emilia-Romagna.
16. D.G.R. n. 23/2005, “Requisiti Specifici per l’Emergenza - Urgenza”. Regione Emilia-Romagna.
17. D.G.R. n. 44/2009, “Requisiti Specifici per Soccorso/Trasporto Infermi”. Regione Emilia-Romagna.
18. D.G.R. n. 2040/2015, “Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla Legge 135/2012, dal Patto per la salute 2014/2016 e dal DM salute 70/2015. Regione Emilia-Romagna”.
19. Accordo, ai sensi del punto 8.1 dell’Allegato 1 al decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, sul documento “Linee guida per la revisione delle reti cliniche - Le reti tempo dipendenti”.
20. D.P.C.M. 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (G.U. Serie Generale , n. 65 del 18 marzo 2017).
21. D.G.R. n. 24/2005, “Approvazione Linee guida regionali per la funzione di Osservazione Breve Intensiva (OBI) - Determinazione della tariffa di remunerazione dell’attività e definizione degli adempimenti correlati ai flussi informativi”. Regione Emilia-Romagna.

Referenze bibliografiche e normativa

22. D.G.R. n. 1827/2017, “Linee di indirizzo alle aziende sanitarie per la gestione del sovraffollamento nelle strutture di pronto soccorso della regione Emilia-Romagna”. Regione Emilia-Romagna.
23. Intesa 19 gennaio 2017, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019”. (G.U. Serie Generale , n. 41 del 18 febbraio 2017).
24. D.G.R. n.1568/2012, “Recepimento dell’intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della Salute, di cui all’art. 5 della Legge 15 marzo 2010, n° 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”. Regione Emilia-Romagna.
25. D.G.R. n. 1677/2013, “Linee di indirizzo regionali per l’accoglienza di donne vittime di violenza di genere e linee di indirizzo regionali per l’accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso e allegati”. Regione Emilia-Romagna.
26. I numeri del cancro in italia 2017. Edizione 2017 a cura de Il Pensiero Scientifico Editore. ISBN 978-88-490-0592-9.
<http://www.aiom.it/professionisti/documentiscientifici/pubblicazioni/1,420,1>
27. Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria, PNRS 2017-2019. Ministero della Salute Direzione generale della ricerca e della innovazione in sanità.
28. LEGGE REGIONALE 01 giugno 2017, n. 9, “Fusione dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell’Azienda Ospedaliera ‘Arcispedale Santa Maria Nuova’. altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria”. Regione Emilia-Romagna.
29. The Burden of Neurological Disease in the United States: A Summary Report and Call to Action. *Annals of Neurology* 2017 vol 81 No 4; pag 479-484.
30. Neurological disorders: public health challenges. World Health Organization 2006.
31. Piano Sanitario Regionale 1999/2001 - approvazione di linee guida per l’organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub and spoke. Pubblicazione BUR: Num. 119 del 22/08/2002. Data adozione: 22/07/2002.
32. D.G.R. n. 972/2018, “Costituzione Organismi di coordinamento delle reti Cardiologica e Chirurgica cardiovascolare, Neuroscienze, Oncologica e Oncoematologica, ai sensi dell’accordo Stato Regioni 14/CSR del 24 gennaio 2018 e della delibera di Giunta regionale n. 2040/2015”. Regione Emilia-Romagna.
33. La sincope in età pediatrica. In *Prospetive in Neuropediatria: Linee Guida*. Luglio-Settembre 2009 vol 30 p155.
34. Il trattamento dell’Epilessia in età Pediatrica: Linee Guida SNPIA. 2018.
35. Marini C, Porro A, Rastetter A, Dalle C, Rivolta I, Bauer D, et al. HCN1 mutation spectrum: from neonatal epileptic encephalopathy to benign generalized epilepsy and beyond. *Brain: a journal of neurology*. 2018;141(11):3160-78.
36. Stupp R, Brada M, van den Bent MJ, Tonn JC, Pentheroudakis G. High-grade glioma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology*. 2014; 25 Suppl 3:iii93-101.
37. Weller M, van den Bent M, Hopkins K, Tonn JC, Stupp R, Falini A, et al. EANO guideline for the diagnosis and treatment of anaplastic gliomas and glioblastoma. *The Lancet Oncology*. 2014;15(9):e395-403.
38. Linee guida SPREAD 2016 - linee guida italiane di prevenzione e trattamento dell’ictus - 21 luglio 2016.
39. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/Ame-

- rican Stroke Association. *Stroke*. 2018;49(3):e46-e110.
40. Rusticali B, Villani R. Treatment of minor and severe traumatic brain injury. National reference guidelines. *Minerva anesthesiologica*. 2008;74(10):583-616.
 41. Sacco RL, Kasner SE, Broderick JP, Caplan LR, Connors JJ, Culebras A, et al. An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(7):2064-89.
 42. Iaccarino C, Carretta A, Nicolosi F, Morselli C. Epidemiology of severe traumatic brain injury. *Journal of neurosurgical sciences*. 2018;62(5):535-41.
 43. Piano Nazionale della Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016. .
 44. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2018;38(1):1-211.
 45. D.G.R. n. 1787/2013, "Organizzazione dell'assistenza integrata al paziente con cefalea: Percorso Cefalea - Approvazione linee guida per le Aziende Sanitarie della regione Emilia-Romagna". Regione Emilia-Romagna.
 46. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline. June 2018
 47. Guidelines and Consensus Statements of American Clinical Neurophysiology Society. 2016.
 48. Wardlaw JM, Smith EE, Biessels GJ, Cordonnier C, Fazekas F, Frayne R, et al. Neuroimaging standards for research into small vessel disease and its contribution to ageing and neurodegeneration. *The Lancet Neurology*. 2013;12(8):822-38.
 49. Essig M, Anzalone N, Combs SE, Dorfler A, Lee SK, Picozzi P, et al. MR imaging of neoplastic central nervous system lesions: review and recommendations for current practice. *AJNR American journal of neuroradiology*. 2012;33(5):803-17.
 50. Rocha M, Jadhav AP, Jovin TG. Endovascular therapy for large vessel occlusion stroke: an update on the most recent clinical trials. *Journal of cerebral blood flow and metabolism : official journal of the International Society of Cerebral Blood Flow and Metabolism*. 2018;271678x18805926.
 51. Zerna C, Thomalla G, Campbell BCV, Rha JH, Hill MD. Current practice and future directions in the diagnosis and acute treatment of ischaemic stroke. *Lancet (London, England)*. 2018;392(10154):1247-56.
 52. Cerebral palsy in under 25s: assessment and management. NICE guideline 25 January 2017.
 53. Raccomandazioni per la riabilitazione dei bambini affetti da paralisi cerebrale infantile. *Giornale Italiano di Medicina Riabilitativa* 2014 April;28(1):11-40.
 54. D.G.R. n.1423/2017, "Attuazione del Piano Sociale e Sanitario 2017-2019. Approvazione delle schede attuative d'intervento e di indirizzi per l'elaborazione dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale." Regione Emilia-Romagna.
 55. "Un nuovo approccio allo sviluppo della rete dei servizi di assistenza territoriale e la realizzazione degli ospedali di comunità in Regione Emilia-Romagna". Regione Emilia-Romagna. 2016.
 56. D.G.R. n. 221/2015, "Requisiti specifici per l'accreditamento del DCP". Regione Emilia-Romagna.
 57. D.M. 17 dicembre 2008, "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali". (G.U. Serie Generale, n. 6 del 09 gennaio 2009). Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

PAL

Piano Attuativo Locale
di riordino della rete ospedaliera
della Provincia di Reggio Emilia

2019

