

AVVIO SECONDA FASE DEL PERCORSO DI DISCUSSIONE E PROGETTAZIONE INERENTE I TEMI TRATTATI NEL DOCUMENTO DEL NUCLEO TECNICO DI PROGETTO**PREMESSA**

Il percorso di informazione e consultazione ha concluso la prima parte del suo svolgimento alla fine dello scorso anno. Ha coinvolto, così come programmato, la molteplicità di attori che animano la sanità metropolitana e, in particolare, le diverse categorie professionali, sanitarie e amministrative, oltre che le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le forze sociali e i cittadini.

Molte delle riflessioni raccolte, soprattutto quelle provenienti dalla componente professionale, si sono concentrate sulla richiesta di una ulteriore fase del percorso che proceda ad una declinazione più mirata delle diverse progettualità, garantendo un progresso in direzione del passaggio alla fase di implementazione o almeno alla sperimentazione di una o più ipotesi di lavoro. Bisogna aprire dunque, come già ampiamente annunciato sin dall'avvio del percorso, una seconda fase di discussione e progettazione, caratterizzata per l'appunto dalla necessità di produrre successivi stati di avanzamento, puntando al coinvolgimento pieno dei professionisti e proseguendo contestualmente il confronto con gli altri stakeholder.

Per questi motivi la CTSS Metropolitana di Bologna in diverse sedute tra dicembre 2018 e marzo 2019 ha approvato le indicazioni per l'inizio di tale seconda fase che si propone di orientare alla costruzione di proposte operative nei diversi ambiti delineati dal Documento e che prevede la costituzione di Tavoli di lavoro espressamente tecnici, e quindi dedicati alla progettazione con la componente professionale per la definizione, nel segno dell'integrazione, delle reti territoriali e ospedaliere in area metropolitana.

In generale la discussione nella prima fase di confronto ha fatto emergere con forza la necessità per il sistema di concentrarsi sui bisogni e sui e sui percorsi di presa in carico dei cittadini, condizione indispensabile e necessaria per ancorare saldamente l'attenzione per la dimensione organizzativa al riconoscimento prioritario della centralità della persona.

La logica di costruzione dei tavoli con i professionisti è stata quindi orientata in tale direzione; le pagine seguenti spiegano più in dettaglio modalità, obiettivi e estensione temporale del loro lavoro, prevista alla fine dell'anno corrente, nonché le fasi intermedie previste. La comunità professionale possiede un patrimonio di cultura, valori, esperienze, conoscenze che vanno indispensabilmente e nuovamente messe in connessione con questo progetto, anche al fine di promuovere coesione, senso comune e motivazione al cambiamento.

A tutti i Tavoli parteciperà anche l'Università di Bologna e l'Assessorato Regionale alle politiche per la Salute con propri rappresentanti.

La grande attenzione per il territorio e per il modello organizzativo di presa in carico in questo ambito ha accompagnato l'intero percorso di informazione e consultazione. Si è discusso sulle ipotesi di lavoro presentate dal Documento ma, soprattutto, si è riflettuto sulle modalità più efficaci per garantire tempestività di accesso e continuità delle cure ai pazienti con fragilità sanitarie e sociali e alle pluricronicità ad elevato impatto clinico e assistenziale. Case della Salute e Dipartimenti di continuità hanno intercettato l'interesse della gran parte dei contributi, perché rappresentano punti di riferimento potenziali per i cittadini e luoghi che possono giocare un ruolo importante nella definizione dei setting assistenziali per queste categorie di pazienti. Una attenzione preliminare è stata inoltre richiesta nei confronti della ridefinizione del ruolo dei *Direttori di Distretto* e dell'aggiornamento del ruolo di committenza e garanzia.

Per questo un primo ambito, fondamentale, sarà dedicato allo sviluppo e al governo dell'assistenza territoriale e all'integrazione tra quest'ultima e quella ospedaliera. A questo scopo sono stati costituiti una serie di *Tavoli* di lavoro, composti da professionisti, dedicati per l'appunto alla *Integrazione delle cure nell'Area metropolitana*.

Per quanto attiene al livello ospedaliero e ai modelli organizzativi riguardanti le attività comuni tra le Aziende, l'attenzione si è concentrata sui percorsi di cura, con particolare riferimento ai principali determinanti di malattia, ai dati di prevalenza nella popolazione, alla necessità di guardare in maniera integrata all'offerta complessiva del Servizio sanitario nell'area metropolitana di Bologna. La riflessione sui *Dipartimenti intera-*

ziendali di ambito metropolitano è stata affrontata prevalentemente in questa chiave, più che partendo dalla prefigurazione dei modelli organizzativi.

Un secondo ambito di lavoro sarà dunque dedicato all'integrazione tra le Aziende con riferimento alla dimensione ospedaliera e alla costruzione di percorsi di cura metropolitani. Anche in questo caso a tal fine sono stati previsti diversi *Tavoli* con la componente professionale per la definizione delle reti e dei livelli assistenziali ospedalieri.

Molto interesse ha riscosso l'ipotesi di realizzazione di un nuovo modello di integrazione tra Azienda USL e Università al fine di consentire il collegamento tra assistenza, didattica e ricerca nei livelli territoriali ed ospedaliero distrettuale di riferimento, oltre che lo sviluppo di una collaborazione stabile per la formazione delle professioni mediche e sanitarie in relazione alle competenze richieste alla nuova articolazione territoriale di servizi prima ospedalieri. Analogamente una riflessione apposita ha riguardato il tema della ricerca in ambito metropolitano e le sue potenzialità di sviluppo.

Un ulteriore *Tavolo* di lavoro con l'apporto indispensabile dell'Università di Bologna è stato dunque dedicato allo sviluppo delle funzioni di didattica e ricerca in area metropolitana.

Infine, come già ricordato, la seconda fase prevede lo sviluppo di un ulteriore confronto con gli stakeholder che hanno partecipato alla discussione precedente con l'obiettivo di far emergere indicazioni, approfondimenti, priorità, valutare stati di avanzamento e proposte anche attraverso l'interlocuzione con il lavoro via via sviluppato dai *Tavoli* dei professionisti. Un percorso particolare verrà sviluppato con Associazioni e CCM avvalendosi del contributo della Fondazione Innovazione Urbana anche al fine di definire modalità permanenti e sistematiche di relazione con la CTSS. Si è altresì convenuto l'opportunità e la necessità che il Distretto Imolese proceda con un percorso territoriale specifico di partecipazione e progettazione.

TAVOLI PER LA COSTRUZIONE DELL'INTEGRAZIONE DELLE CURE E LO SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NELL'AREA METROPOLITANA BOLOGNESE

Una delle tematiche prioritarie su cui focalizzarsi vi è la valutazione dei sistemi di sviluppo e governo dell'assistenza territoriale per disegnare un sistema in grado di assicurare l'accesso tempestivo ai servizi di base e specialistici e, insieme, la necessaria continuità di cura ed assistenza. L'istituzione del Dipartimento di continuità, la ridefinizione del ruolo dei Direttori di Distretto e l'aggiornamento del loro ruolo di committenza e garanzia previsti dal Documento rappresentano elementi chiave per rispondere a queste esigenze.

La scelta del tema dell'integrazione risulta strategica per gli obiettivi della CTSSM in quanto l'integrazione delle cure rappresenta un concetto multidimensionale che si focalizza sulla centralità della persona e si basa su meccanismi di coordinamento e condivisione dei processi assistenziali tra professionisti e servizi diversi (National Collaboration for Integrated Care and Support, 2013; Singer et al. 2011). È importante sottolineare che nel definire l'integrazione è necessario focalizzarsi principalmente sui pazienti e sui cittadini piuttosto che solo sulle organizzazioni e le strutture. Infatti, l'integrazione tra organizzazioni e servizi diversi non necessariamente può tradursi in cure integrate per i pazienti.

Inoltre, affrontando il tema dell'integrazione delle cure è essenziale considerare non solo l'integrazione tra i servizi sanitari, ma anche tra i servizi sanitari e quelli sociali (alla luce anche del contesto attuale relativo al ritiro delle deleghe) che rappresenta, in molti casi, un supporto fondamentale alle cure clinico-assistenziali.

Un altro elemento essenziale da considerare è l'integrazione professionale per la quale vi sono almeno due aspetti rilevanti da approfondire. Il primo riguarda la dimensione del personale impiegato in centri a differente specializzazione, nella misura in cui è alto il rischio di diseguità professionale e dove è necessario quindi contemplare logiche di rotazione o coinvolgimento differenziato delle risorse. Il secondo aspetto, invece, pertiene l'indispensabile governo dell'integrazione fra professioni sanitarie diverse, ancor più oggi visti i diversi fronti conflittuali o critici.

OBIETTIVO

Valutare l'integrazione delle cure nell'Area metropolitana di Bologna attraverso misurazioni quantitative e qualitative per fornire elementi conoscitivi in grado di fornire indicazioni strategiche sul possibile riassetto dei nodi ospedalieri e territoriali dell'assistenza sanitaria e disegnare un sistema in grado di assicurare l'accesso tempestivo ai servizi di base e specialistici e la continuità di cura ed assistenza.

METODO

Al fine di valutare l'integrazione è necessario sottolineare che questa può essere rappresentata in diverse modalità, a seconda del punto di vista. Può essere declinata su tre livelli definiti in base ai soggetti a cui le cure si rivolgono: il livello *macro* individua l'intero spettro dei servizi sanitari per la popolazione (es. Distretto), il livello *meso* individua cure erogate per specifiche sottopopolazioni o in determinati setting di cura (es. soggetti anziani, salute mentale) e il livello *micro* si riferisce alle cure del singolo paziente.

In alternativa, l'integrazione delle cure può essere definita sulla base delle dimensioni attraverso cui si sviluppa (es. integrazione amministrativa/funzionale dei servizi o dei processi clinici, professionale, economico-finanziaria) oppure può essere distinta in orizzontale quando coinvolge servizi o professionisti allo stesso livello nel sistema di erogazione delle cure (es. due ospedali) oppure verticale quando coinvolge servizi o professionisti con differenti responsabilità nel percorso di cura (es. cure di primo e secondo livello). Si può anche distinguere un'integrazione virtuale dove le organizzazioni lavorano insieme attraverso reti o "reale" quando condividono strutture o staff di professionisti. (Ham et al. 2011, Goddard, 2017)

Sulla base dell'esigenza di analizzare e rivedere l'autosufficienza territoriale e il ruolo dei Distretti, l'integrazione delle cure verrà valutata in tutte le sue dimensioni e in particolare nelle dimensioni:

- MACRO: revisione ruolo dei Direttori di Distretto relativo ai compiti di committenza e garanzia del Distretto
- MESO: analisi priorità per assicurare l'accesso tempestivo ai servizi sanitari e la continuità di cura
- MICRO: analisi caratteristiche dei singoli pazienti (per differenziarli in base a fragilità, bisogni assistenziali...) e possibili risposte e modalità di presa in carico sanitaria e/o sociale

A questo scopo verranno istituiti dei tavoli di lavoro che si occuperanno di casi di studio relativi a specifici gruppi di pazienti, percorsi di cura, reti, modelli di transizione tra ospedale e territorio in grado di esplorare le molteplici dimensioni dell'integrazione. In particolare, verranno costituiti i seguenti tavoli di lavoro:

- Tavolo Cure Palliative
- Tavolo Scopenso cardiaco
- Tavolo Terapia Anticoagulante Orale (TAO) / Fibrillazione Atriale (FA)
- Tavolo Reumatologia

La scelta di tali tematiche si basa sia sulla rilevanza della patologia considerata dal punto di vista epidemiologico che sul fatto che siano percorsi di cura che attraversano più setting o organizzazioni, chiedendo una forte integrazione tra servizi sanitari o tra i servizi sanitari e quelli sociali.

I lavori saranno coordinati da una cabina di regia composta da professionisti afferenti alle Direzioni, ai Distretti, agli Staff e dal coordinatore del gruppo di supporto metodologico. La cabina di regia avrà il compito di coordinare i lavori dei singoli tavoli (definendone le tempistiche e le relative attività), indirizzare i contributi rispetto agli obiettivi da perseguire, monitorare il raggiungimento degli obiettivi.

I gruppi di lavoro faranno riferimento ad un gruppo di supporto metodologico composto da professionisti delle Direzioni, dei Distretti, degli staff/tecnostutture e qualche rappresentante dell'area clinico-assistenziale (attorno ai 10 membri) che si occuperà di dare indicazioni circa le modalità e i tempi di lavoro, fornire dati *evidence-based* e dati di contesto a supporto dell'attività di valutazione dei gruppi e sintetizzare le indicazioni operative di riorganizzazione dei servizi sanitari emerse da ciascun gruppo di lavoro.

In particolare, questo gruppo avrà il compito di:

- proporre i tempi e le modalità di lavoro di ciascun tavolo
- proporre a ciascun tavolo gli strumenti quantitativi (indicatori da flussi amministrativi correnti selezionati tra indicatori validati a livello internazionale o nazionale oppure costruiti ad hoc per misurare alcuni aspetti contesto-specifici) e qualitativi (es. survey, focus group, interviste semi-strutturate) affinché vengano valutati e condivisi
- collaborare all'analisi e rendicontazione dei risultati delle valutazioni quantitative e qualitative da sottoporre ai tavoli
- supportare in ogni fase l'attività dei tavoli di lavoro
- condividere e sintetizzare i dati e le indicazioni operative di riorganizzazione dei servizi sanitari emerse nei gruppi di lavoro sulla base degli obiettivi strategici del progetto

La composizione dei gruppi sarà quanto più multiprofessionale e multidisciplinare possibile, coinvolgendo professionisti in ambito sanitario e sociale e degli enti locali. Saranno scelti due rappresentanti con ruoli professionali diversi a cui affidare il ruolo di coordinamento e che rispondano al mandato e alle tempistiche predefinite.

Dopo un'approfondita analisi del contesto attuale, l'obiettivo prioritario dell'attività dei gruppi di lavoro sarà fornire proposte e indicazioni operative relative alla riorganizzazione dei servizi per favorire l'integrazione in tutti le sue declinazioni (es. relazione ospedale-territorio, ruolo del distretto, percorsi di cura), concentrando le proprie riflessioni su:

- Ruolo del Distretto (autosufficienza e governo dei bisogni e produzione di primo livello del territorio) e del suo Direttore
- Peculiarità dell'integrazione socio-sanitaria nel divenire del contesto (ritiro deleghe)
- Assetti organizzativi innovativi da calare nelle articolazioni già esistenti (es. macroarticolazione trasversale come leva per l'integrazione)
- Rivalutazione dei sistemi informativi e della loro interoperabilità

Ciascun tavolo di lavoro svolgerà le proprie attività secondo obiettivi e scadenze di seguito definiti.

<p>Obiettivi entro giugno 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avviare le attività e predisporre il tempogramma degli incontri; • valutare i documenti programmatici a cui fa riferimento il caso studio per effettuare una valutazione "teorica" degli elementi di integrazione predisposti; • definire e condividere gli strumenti quantitativi e qualitativi con i quali valutare il caso studio che siano il più possibile strutturati partendo da evidenze e conoscenze di letteratura; • valutare il livello di integrazione del proprio caso di studio sulla base dei risultati delle analisi quantitative e qualitative.
<p>Risultati attesi entro giugno 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attraverso l'analisi dei casi di studio, i gruppi di lavoro costruiranno un primo affresco quali-quantitativo del livello di integrazione raggiunto nel contesto dello specifico tema analizzato, identificando barriere e fattori facilitanti; • presentazione di un Rapporto su valutazioni quali-quantitative relative al tema integrazione nel contesto metropolitano e prime indicazioni operative
<p>Obiettivi entro dicembre 2019</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificare e descrivere le barriere e i fattori facilitanti l'integrazione (usando come traccia la tassonomia riconosciuta in letteratura) con eventuali approfondimenti su elementi particolarmente contesto-specifici; • identificare gruppi di pazienti con specifiche caratteristiche i cui percorsi risultino poco appropriati e individuare i setting già in essere o da organizzare de novo che siano in grado di rispondere efficacemente ai loro bisogni di cura; • avanzare proposte riguardo a interventi volti a implementare il cambiamento verso l'integrazione delle cure e l'appropriatezza clinica e organizzativa

Risultati attesi entro dicembre 2019

- L'analisi dell'integrazione delle cure attraverso la valutazione dei percorsi reali sperimentati dai pazienti e l'esperienza e il vissuto dei professionisti permetterà di individuare quali pazienti con quali caratteristiche devono riferirsi a specifici servizi (in essere o innovativi) al fine di assicurare una presa in carico appropriata dei loro bisogni, perseguendo il tempestivo accesso e la continuità di cura
- Sulla base del livello di integrazione emerso nei casi studio e delle barriere e dei fattori facilitanti individuati, i gruppi di lavoro effettueranno delle proposte di riorganizzazione dei servizi sanitari per implementare il cambiamento verso l'integrazione.
- Redazione di documento conclusivo con proposta di piano azioni di riorganizzazione dei servizi sanitari da condividere in CTSSM

TAVOLI PER LA DEFINIZIONE DELLE RETI ASSISTENZIALI E DEI LIVELLI OSPEDALIERI

Durante la prima fase del percorso sono stati raccolti molti qualificati contributi e si è delineato uno scenario di cambiamento che prevede uno sviluppo della collaborazione e della sussidiarietà fra le Aziende per attività di interesse comune, senza rilevanti modifiche nell'architettura organizzativa delle Aziende stesse.

Per quanto concerne il livello ospedaliero, si sono affermati gli obiettivi della qualificazione delle vocazioni degli ospedali dell'intera area metropolitana e i propositi condivisi sono quelli di cogliere le opportunità insite nel cambiamento in corso nel sistema politico-istituzionale (sviluppo della Città Metropolitana di Bologna), per rilanciare il sistema ospedaliero del nostro territorio come un vero e proprio investimento nel medio periodo: l'intento è quello di arricchire e qualificare l'esistente, traguardando standard di eccellenza di livello internazionale, con la consapevolezza che i servizi presenti hanno dato prova di grande tenuta e qualità, ma che serva ora un progetto di rilancio di grande respiro, per non far prevalere la ricerca di soluzioni situazionali, autoreferenziali, foriere di un aumento della frammentazione degli interventi e dell'inefficienza.

L'attuazione di questo ambizioso progetto non rappresenta semplicemente una evoluzione dei modelli organizzativi, ma anche e soprattutto l'attuazione di una nuova concezione della relazione tra servizi e cittadino: l'interazione strutturata tra le diverse componenti del sistema è indispensabile per garantire la pratica attuazione dei principi dell'universalismo e dell'equità d'accesso alle cure.

L'integrazione fra i servizi presuppone che gli attori in campo debbano perseguire logiche di sistema ed interessi comuni, antepoendo finalità generali di sviluppo e logiche collaborative, alle spinte competitive.

In questo senso, l'integrazione rappresenta un fattore fondamentale di **qualificazione dell'offerta**, in quanto migliora e completa le performance dei servizi e riduce il disagio dei cittadini, attraverso risposte unitarie e compositive, a fronte di bisogni di cura e assistenza diversificati; rende i servizi più accessibili, meglio coordinati, più personalizzati e senza soluzione di continuità.

L'integrazione genera migliore **efficienza d'uso delle risorse**, attraverso il conseguimento di economie di scala, di rete e di controllo aggregato dei livelli di spesa; incrementa la capacità innovativa, consentendo di superare le soglie critiche che rendono "costo-efficienti" i necessari investimenti; produce inoltre comunione di intenti e collaborazione fra organizzazioni e professionisti di organizzazioni, cultura e prassi diverse.

L'integrazione tra Aziende Sanitarie, attraverso l'esercizio congiunto di attività specifiche ed il consolidamento delle relazioni riguardanti l'organizzazione delle funzioni e dei servizi con bacino di utenza ottimale di dimensioni superiori a quelle delle singole aziende, riducendo la frammentazione, rappresenta per tutti una straordinaria opportunità di sviluppo e miglioramento, per traguardare da un lato una stabile e condivisa differenziazione delle vocazioni distintive o di eccellenza delle funzioni di maggiore complessità, e dall'altro per scongiurare il rischio di una immotivata duplicazione delle funzioni a più ampia diffusione.

Le Aziende Sanitarie della Città Metropolitana di Bologna hanno da tempo dato vita a numerose forme di collaborazione, per perseguire obiettivi di interesse comune.

Sul piano formale, questi processi si sono basati sulla definizione di accordi interaziendali di breve termine, a geometria variabile, che ne hanno definito le principali caratteristiche in termini di obiettivi, conferimento di risorse, regole di funzionamento e ripartizione di costi e di ricavi.

Le esperienze condotte hanno generato valore aggiunto, ma anche posto questioni che non hanno ancora trovato soluzioni compiute; per perseguire gli ambiziosi obiettivi di integrazione e di sviluppo di reti cliniche interaziendali che differenzino in modo più netto le attività svolte nei diversi nodi, concentrando ove necessario gli investimenti necessari ad assicurare prestazioni di alta specializzazione, la gestione del sistema delle relazioni tra le diverse Aziende deve essere supportata da strumenti organizzativi e professionali più ampi, più incisivi e in grado di regolare l'esercizio di funzioni interaziendali stabilmente e per orizzonti temporali più lunghi.

Azioni incisive di programmazione integrata fra le aziende sono necessarie negli ambiti in cui è opportuno concentrare risorse strutturali per migliorare i livelli qualitativi e l'efficienza, differenziare maggiormente i compiti affidati a UU.OO. diverse, in modo da conseguire più alti livelli di complementarietà.

In queste circostanze, risulta necessario passare da una visione di miglioramento connessa alle attività di singole UU.OO. e funzioni, a una basata sul riordino di ambiti disciplinari allargati, mettendo a sistema un insieme di UU.OO. che, pur collocate in aziende diverse, sviluppino appieno la loro reciprocità e la differenziazione delle vocazioni.

In una logica di sistema, attraverso la definizione di assetti di respiro metropolitano, riferiti ad ampi ambiti disciplinari, potrà essere affrontato con maggiore efficacia il tema della gestione comune di piattaforme tecnologiche di grande dimensione e rilievo, mediante decisioni di investimento e di impegni interistituzionali di lungo termine.

Per far questo, alla luce delle esperienze condotte, del quadro strategico-istituzionale emerso dalla prima fase del lavoro, e nel momento in cui le iniziative di integrazione di funzioni e di attività su scala metropolitana aumentano per numero, volumi di attività e rilevanza strategica dei compiti assegnati, risulta indispensabile ricorrere al **coinvolgimento attivo di tutte le componenti professionali** ed al loro ruolo propositivo, in interlocuzione con le Direzioni Aziendali, per definire operativamente gli strumenti organizzativi e professionali più idonei a sostenerle.

I TAVOLI DI LAVORO

Gli **ambiti clinico-assistenziali** su cui si concentrerà l'attenzione sono soprattutto quelli che da tempo la Regione ha indicato come nodi delle reti di interesse regionale o sovraregionale, insieme a quelle funzioni che operano con essi in condizioni di necessaria complementarietà, nonché a quelle che hanno definito con essi relazioni di particolare intensità (mandato dei Tavoli da 1 a 8).

L'offerta di prestazioni ospedaliere di secondo e terzo livello in ambito metropolitano dovrà essere rivista al fine di realizzare appropriatezza e concentrazione della casistica, utilizzo ottimale di tecnologie e piattaforme logistiche, mantenimento delle complessità e consolidamento/potenziamento delle competenze professionali.

I tavoli dovranno occuparsi del ridisegno delle relazioni tra funzioni analoghe nelle aziende dell'area metropolitana, in modo particolare approfondendo le modalità organizzative dei percorsi di cura, analizzando i processi che vedono per gli ambiti di alta specializzazione ed assorbimento di risorse e una messa in rete di piattaforme tra più organizzazioni.

Il coordinamento di ciascun tavolo è assegnato ad uno dei Direttori Sanitari o di Presidio delle Aziende dell'area metropolitana, ovvero da un rappresentante del livello regionale designato dall'Assessorato alle Politiche per la Salute, ed è composto da rappresentanti delle professioni sanitarie e della dirigenza medico/sanitaria delle diverse Aziende. Il trattamento di questioni così complesse richiede in effetti il contributo di più attori all'interno di un sistema inter-professionale, inter-disciplinare e multi-disciplinare.

La regia complessiva riguardo alla conduzione dei diversi tavoli è assicurata dal coordinamento delle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie della Città Metropolitana e dall'Ufficio di Presidenza della CTSSM. Per ciascun tavolo, inoltre, dovranno essere chiariti gli obiettivi con relativa tempistica per il completamento dei lavori, prevedendo una scadenza intermedia (settembre 2019).

Ciascun tavolo dovrà poter disporre di dati (epidemiologici e di produzione) riguardanti lo specifico contesto metropolitano, per tale ragione, dunque, dovrà necessariamente essere strutturata una task-force tecnico-metodologica di supporto ai gruppi di lavoro.

Entro la data prevista per lo start-up dei gruppi il mandato dei tavoli di lavoro, tratteggiato nel presente documento, sarà ulteriormente perfezionato e precisato, anche avvalendosi del contributo delle componenti professionali.

Si ritiene prioritario giungere inoltre alla definizione di un **Accordo quadro di Programma** tra le Aziende dell'area metropolitana di Bologna (mandato del Tavolo 9), in modo tale da disciplinare in modo dettagliato gli ambiti delle attività gestite in comune, e le principali regole organizzative e finanziarie per la gestione comune di tali attività.

Contestualmente a queste azioni di riordino, occorre stimolare la **ricerca** e l'**innovazione** e qualificare la **didattica** (pre e post-laurea), migliorando laddove possibile l'allineamento strutturale fra le reti cliniche e quelle per la ricerca e la didattica (mandato del Tavolo 10).

Di seguito sono riportate la composizione, il mandato generale e la tempistica di lavoro dei tavoli che si prevede di istituire formalmente.

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza ospedaliera in **ambito ortopedico**.

Regia	Regione Emilia-Romagna
Coordinatore	Responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera Regione ER – Dott. Anselmo Campagna
Composizione	Da concordare con la direzione dei servizi ospedalieri della regione.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto dell'offerta metropolitana rispetto ad attività ordinaria programmata e in urgenza e vocazione delle piattaforme.
Tempistica	Inizio lavori maggio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza in **ambito oncologico**.

La ridefinizione dell'assistenza oncologica in area metropolitana richiede la strutturazione di due differenti tavoli di lavoro. Infatti, se da un lato è necessario rileggere le vocazioni delle strutture di oncologia oggi presenti nelle diverse Aziende e delle relazioni tra queste e l'oncologia territoriale al fine di garantire prossimità e continuità, dall'altro è necessario rileggere, in termini di snodi organizzativi, le relazioni tra fase di screening – indicazione chirurgica – fase chirurgica.

In relazione alla prevista conclusione dei lavori del tavolo regionale di coordinamento della Rete oncologica ed oncoematologica, l'avvio dei lavori del tavolo A è prevista entro luglio 2019.

Tavolo A	
Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Azienda Ospedaliera Universitaria S.Orsola-Malpighi – Dott. Gianbattista Spagnoli
Composizione	Direttori delle strutture di oncologia e cure palliative delle Aziende metropolitane. Regione Emilia Romagna – Dr.ssa De Palma per relazione con analogo tavolo regionale.
Obiettivo/i	<ul style="list-style-type: none"> • Definizione delle vocazioni delle strutture di oncologia presenti nelle diverse Aziende; • Relazioni con oncologia territoriale.

Tempistica	Inizio lavori luglio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019
------------	---

Tavolo B	
Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero Universitaria S.Orsola-Malpighi - Dott. Gianbattista Spagnoli
Composizione	Direttori delle strutture di oncologia, chirurgia ad indirizzo neoplastico, radioterapia, medicina nucleare e cure palliative. Regione Emilia Romagna – Dr.ssa De Palma per relazione con analogo tavolo regionale. Referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi e riprogettazione dei processi riguardanti le patologie oncologiche dalla fase di screening alla fase di presa in carico chirurgica. • Ridisegno dei team multidisciplinari per le patologie neoplastiche addominali, toraciche, ginecologiche, urologiche, mammarie ed ortopediche secondo una logica integrata (su modello polmone/testa-collo).
Tempistica	Inizio lavori settembre 2019, scadenza intermedia dicembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro marzo 2020

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza in **ambito cardio-toraco (non oncologico)-vascolare**.

Anche in questo caso, in relazione alla prevista conclusione dei lavori del tavolo regionale di coordinamento della Rete cardiologica e chirurgica cardiovascolare, l'avvio dei lavori del tavolo è prevista entro luglio 2019.

Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Azienda USL di Imola – Dott. Andrea Neri
Composizione	Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie. Regione Emilia Romagna – Dr.ssa De Palma per relazione con analogo tavolo regionale.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto dell'offerta metropolitana rispetto ad attività ordinaria programmata ed in urgenza e vocazione delle piattaforme logistiche.
Tempistica	Inizio lavori luglio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019

- Tavolo per il riassetto delle **funzioni di diagnostica**.

Tavolo A	
Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Istituto Ortopedico Rizzoli – Dott.ssa Maurizia Rolli
Composizione	LUM, Microbiologia e Virologia, Genetica, TUM. Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto organizzativo delle funzioni di diagnostica laboratoristica in relazione alle scelte già realizzate nel contesto metropolitano
Tempistica	Inizio lavori maggio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019

Tavolo B	
Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Istituto Ortopedico Rizzoli - Dott.ssa Maurizia Rolli
Composizione	Radiologie. Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	Ridefinizione delle funzioni di diagnostica per immagini in area metropolitana ed identificazione delle vocazioni delle piattaforme logistiche (modello Dipartimento Interaziendale Anatomie Patologiche).
Tempistica	Inizio lavori maggio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza **nell'ambito dell'emergenza/urgenza**.

Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Azienda USL di Bologna – Dott.ssa Francesca Novaco
Composizione	Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto dell'offerta metropolitana rispetto ad attività non oncologica e vocazione delle piattaforme logistiche.
Tempistica	Inizio lavori maggio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza della **riabilitazione metropolitana**.

Regia	Regionale
Coordinatore	Responsabilità dirigenziale: qualità delle cure nelle aziende sanitarie Regione E.R. - Dott.ssa Rossana De Palma
Composizione	Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto dell'offerta metropolitana rispetto all'assistenza riabilitativa di area metropolitana.
Tempistica	Prosecuzione lavori di un gruppo operativo dal 2018, conclusione entro luglio 2019

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza in **ambito ostetrico**.

Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Sanitario Azienda USL di Bologna – Dott.ssa Francesca Novaco
Composizione	Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto dell'offerta metropolitana relativamente ai percorsi di presa in carico per la gravidanza fisiologica ed a rischio. Relazioni tra strutture ospedaliere e consultori territoriali.
Tempistica	Inizio lavori settembre 2019, scadenza intermedia dicembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative); conclusione dei lavori modulabile in ragione dello sviluppo delle attività, ivi compresa quella svolta nell'ambito di specifici sottogruppi

- Tavolo per la ridefinizione dell'assistenza nelle **patologie dismetaboliche, infiammatorie, infettive, reumatologiche e nefrologiche.**

Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore di Presidio Azienda USL di Imola – Dott.ssa Bianchi Simona
Composizione	Direttori delle relative strutture delle Aziende metropolitane e referenti delle professioni sanitarie.
Obiettivo/i	Ridefinizione dell'assetto dell'offerta metropolitana rispetto alle patologie dismetaboliche, infiammatorie ed infettive e vocazione delle piattaforme logistiche.
Tempistica	Inizio lavori settembre 2019, scadenza intermedia dicembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative); conclusione dei lavori modulabile in ragione dello sviluppo delle attività, ivi compresa quella svolta nell'ambito di specifici sottogruppi

- Tavolo per la **definizione dell'Accordo quadro di Programma** tra le Aziende dell'area metropolitana di Bologna.

Obiettivo dell'Accordo quadro è di indicare i criteri fondamentali condivisi per individuare forme organizzative, strumenti e procedure per la programmazione congiunta e l'alta gestione di strutture comuni alle Aziende di ambito metropolitano. In particolare, l'Accordo, redatto ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 30 del t.u. 267 del 2000, definisce i principi e le regole generali da adottare per l'esercizio associato di funzioni sanitarie, amministrative, tecniche e professionali che vengono individuate come funzioni di interesse metropolitano. A convenzioni attuative specifiche fra le Aziende direttamente interessate è invece affidato il compito di individuare il modello organizzativo più idoneo e di darne concreta attuazione definendo nel dettaglio gli strumenti per la sua gestione e per il monitoraggio dei risultati conseguiti. Compito fondamentale dell'Accordo Quadro e delle convenzioni specifiche è l'individuazione di criteri generali e soluzioni operative atti a valorizzare le opportunità e a minimizzare i rischi dei modelli organizzativi prescelti per i servizi di interesse comune in ambito metropolitano.

Regia	Regione Emilia-Romagna
Coordinatore	Delegato Assessorato Regionale Sanità
Composizione	Direttori Generali, Amministrativi delle Aziende metropolitane Bonadies, Maci, Nonni, Vigne, Gentili, Paternò.
Obiettivo/i	Definizione di una proposta d'accordo quadro di programma con definizione delle relative dinamiche economiche.
Tempistica	Inizio lavori maggio 2019, conclusione entro luglio 2019

- Tavolo per lo **sviluppo delle funzioni di didattica e ricerca in area metropolitana.**

Regia	Metropolitana
Coordinatore	Direttore Scientifico IRCCS IOR - Prof.ssa Maria Paola Landini con Direttore Scientifico IRCCS ISNB – Prof. Pietro Cortelli
Composizione	Direttori Dipartimenti Universitari (Viale, Manzoli e Gargiulo) Prof. Cortelli (Direttore Scuola Medicina) Direttore Operativo MRI Rappresentante Agenzia Sanitaria RER Rappresentante Assessorato Politiche e Welfare Rappresentanti delle professioni sanitarie

Obiettivo/i	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Didattica in relazione al nuovo assetto metropolitano (Azienda Sanitaria Universitaria) ▪ Sviluppo di percorsi per le professioni sanitarie ▪ Sviluppo di relazioni per la ricerca ▪ Etc.
Tempistica	Inizio lavori maggio 2019, scadenza intermedia settembre 2019 (analisi stato attuale e presentazione prime indicazioni organizzative) e termine entro dicembre 2019