

COMUNE DI GRIZZANA MORANDI

CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA



C O P I A

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE N. 36 del 28/09/2017

OGGETTO: COMUNICAZIONI DEL SINDACO.

Adunanza ORDINARIA Seduta PUBBLICA di PRIMA Convocazione convocazione in data 28/09/2017 alle ore 16:30.

L'anno DUEMILADICIASSETTE il giorno VENTOTTO del mese di SETTEMBRE alle ore 16:30, convocata con le prescritte modalità, nella Residenza Municipale, si è riunito il Consiglio Comunale.

All'appello risultano presenti:

Cognome e Nome	Pre.	Cognome e Nome	Pre.	Cognome e Nome	Pre.
GRAZIELLA LEONI	P	PATRIZIA ORNELLI	P	VITO GIOVANNI SUTERA	A
FRANCO RUBINI	P	NICOLA ALBICOCCHI	P		
ALICE FERRETTI	A	ANNA RITA CAPPELLANO	P		
ALESSANDRO SANDRI	A	BRUNO BONIFACI	A		
SERGIO SALSEDO	P	AUGUSTO ZACCHI	A		
VIRGINIA LAFFI	P	SARA BOSELLI	A		
TOTALE Presenti 7			TOTALE Assenti 6		

Partecipa il SEGRETARIO COMUNALE, DOTT. POLI CLAUDIO il quale provvede alla redazione del presente verbale.

In qualità di SINDACO, LEONI GRAZIELLA, constata la legalità della adunanza, dichiara aperta la seduta designando a scrutatori i Consiglieri sigg.:

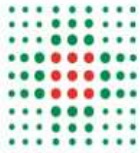
, , ,

L'ordine del giorno, diramato ai Sigg. Consiglieri secondo le modalità prescritte dalla vigente legge comunale e provinciale, porta la trattazione dell'oggetto sopraindicato. Nella Sala Consiliare sono depositate le proposte relative con i documenti necessari.

OGGETTO:
COMUNICAZIONI DEL SINDACO.

Il Sindaco comunica, in riferimento al documento ad oggetto "Riordino dell'assistenza territoriale ed ospedaliera nel Distretto dell'Appennino Bolognese" (allegato A) al presente atto), che il pericolo di smantellamento è scongiurato dall'azione delle istituzioni locali. La decisione è stata di mantenere la dicitura "ospedale" con il pronto soccorso h24 gestito dai medici del 118, mantenere la dialisi all'urologia e il reparto di medicina. Per quanto riguarda l'ortopedia: il paziente può essere preso in carico a Vergato, solo l'eventuale intervento chirurgico sarà effettuato presso l'ospedale di Porretta Terme.

Siamo pertanto parzialmente soddisfatti. Questo ci pare un buon punto di partenza ma occorre analizzare meglio alcune situazioni. In particolare l'uso degli strumenti diagnostici di cui il plesso di Vergato è dotato può essere potenziato maggiormente al servizio dell'intero bacino metropolitano.



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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

**DISTRETTO DI COMMITTENZA E GARANZIA
DELL'APPENNINO BOLOGNESE**

**RIORDINO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE ED
OSPEDALIERA
NEL DISTRETTO DELL'APPENNINO BOLOGNESE**

Documento presentato al Comitato di Distretto del 15 settembre 2017

15 settembre 2017

INDICE

I PARTE	pag. 4
1. Premessa	
2. Il profilo demografico e di salute	
3. La struttura dell'offerta	
4. La dinamica della domanda e dei consumi	
II PARTE	pag. 35
1. Struttura della nuova offerta	
2. Dinamica della domanda attesa	
3. Fasi di attuazione	
ALLEGATI	pag. 62
1. Offerta Specialistica Ambulatoriale	
2. Mappa rete emergenza	

GRUPPO DI LAVORO PER IL RIORDINO TERRITORIALE ED OSPEDALIERO

Il gruppo è costituito da:

- Eno Quargnolo (Direzione Distretto): coordinatore del gruppo di lavoro
- Barbara Cacciari (Dater)
- Maurizio Ongari (Medicina interna)
- Roberta Ciani (DCP)
- Vincenzo Bua (PS ed emergenza area sud)
- Valeria Cavallina (UASS - sociosanitario)
- Geraldina Guidotti (amministrazione)
- Francesca Pileggi (Salute mentale)
- Adelmo Lenzi, Sandra Mondini, Valerio Veduti (MMG referenti di NCP)
- Paolo Bartolomei (MMG referente clinico DCP)
- Cristina Mazzini (URP)

Nelle varie fasi di lavoro, altri professionisti e responsabili di UO attinenti all'oggetto dei lavori hanno contribuito, a vario titolo, all'analisi e alla progettazione:

- Direttori e responsabili delle Unità Operative di chirurgia, oncologia, dialisi, medicina riabilitativa, pediatria, ortopedia, radiologia ed altre discipline specialistiche;
- Coordinatori assistenziali;
- Direttori delle funzioni di supporto tecnico e amministrativo;
- Direttori di UO del privato accreditato e convenzionato.

Il compito che si è prefisso è stato quello di:

- fare una analisi della struttura dell'offerta attuale e della dinamica della domanda e dei consumi;
- disegnare la struttura della nuova offerta e simulare la dinamica della domanda e del consumo a fronte della nuova offerta prevista nelle diverse sedi ospedaliere e territoriali;
- indicare gli step di implementazione e di valutazione dei processi ed esiti correlati con gli eventuali punti di critici.

I PARTE

Premessa

Il profilo demografico e di salute

La struttura dell'offerta

La dinamica della domanda e dei consumi

1. Premessa

La presente relazione si informa alle indicazioni contenute nel documento presentato in CTSS: "La programmazione dell'assistenza territoriale e della rete ospedaliera nell'area metropolitana" (dicembre 2016) e al documento del gruppo di lavoro aziendale che ha redatto il documento dal titolo: "Cure Intermedie ed Ospedali di Comunità nell'Azienda USL di Bologna" (aprile 2017).

La relazione è frutto di un confronto tecnico allargato a più figure professionali e unità operative territoriali ed ospedaliere.

Il gruppo ha considerato, dapprima, il **profilo di socio-demografico** e di salute della popolazione analizzandolo nelle sue macro-dinamiche, identificandone i trend di sviluppo e segnalandone le maggiori criticità. Ha valutato, poi, le dinamiche della domanda, anche attraverso l'analisi dei consumi, per comprendere le preferenze delle persone che fruiscono dei servizi. Ed ancora, ha analizzato l'attuale assetto delle reti dei servizi ospedalieri e territoriali, tra loro integrati, al fine di modificarne le parti che non rispondono più alle dinamiche della domanda e all'evoluzione dei modelli assistenziali, anche considerando le evoluzioni tecnologiche e le metodiche assistenziali più avanzate (tecniche chirurgiche, modelli assistenziali di intercettazione attiva e precoce dei bisogni e delle condizioni di malattia, ecc.). Infine, ha redatto una **proposta di riassetto dei servizi territoriali ed ospedalieri**. La proposta è stata declinata in fasi (*step*) di sviluppo, in un arco temporale adeguato. Ciò permetterà di implementare il progetto con gradualità, dopo aver valutato gli esiti di ogni azione prevista in ciascuna fase, garantendo così una implementazione progressiva e adeguata alle diverse condizioni e capacità di adattamento del sistema professionale, tecnologico e logistico.

2. Il profilo demografico e di salute

Il territorio del Distretto è composto da 12 Comuni, dislocati su 800 Km² (1/4 area metropolitana) con un assetto istituzionale basato, ad oggi, su 1 Unione (10 Comuni) e due Comuni singoli (Lizzano in Belvedere e Alto Reno Terme).

La popolazione consta di oltre 57.000 cittadini e circa 26.000 nuclei famigliari. Per le sue caratteristiche orografiche e di viabilità, è configurabile in 3 ambiti territoriali omogenei di circa 20.000 abitanti ciascuno: alta e media valle del Reno e valle del Setta.

E' un territorio ricco di attività produttive, commerciali, di servizio, di attività agricole, alimentari, forestali e faunistiche e di accoglienza turistica. Registra, infatti, una dinamica progressiva delle attività produttive e di servizio. Ricchezza dei paesaggi e biodiversità, integrità e sicurezza del territorio, capacità di rigenerazione delle risorse naturali sono gli elementi che più caratterizzano, in positivo, il territorio dell'Appennino bolognese. Inoltre, può contare su un capitale sociale che sa rinnovarsi, grazie a risorse comunitarie presenti in tutti gli ambiti-chiave dello sviluppo sociale, culturale ed economico del territorio.

Ma è anche un territorio che soffre di alcune inerzie demografiche e di alcuni problemi sociali e sanitari. Gli indici demografici e socioeconomici della popolazione evidenziano, infatti, un profilo di criticità

sia nella bassa natalità (con il saldo negativo più alto degli ultimi 15 anni), che nell'invecchiamento della popolazione (>65enni: +1 punto % all'anno; > 80enni: +2,5 punti % all'anno), oltre che nella bassa probabilità di partecipazione al mondo del lavoro (parte giovanile più ridotta, difficoltà di reinserimento di quella più adulta espulsa dal mondo del lavoro).

Le maggiori criticità, quindi, risiedono nella componente debole e fragile della popolazione (bambini, disabili e anziani), sempre più dipendente da quella adulta, con il conseguente aumento dei carichi assistenziali sulle rispettive famiglie.

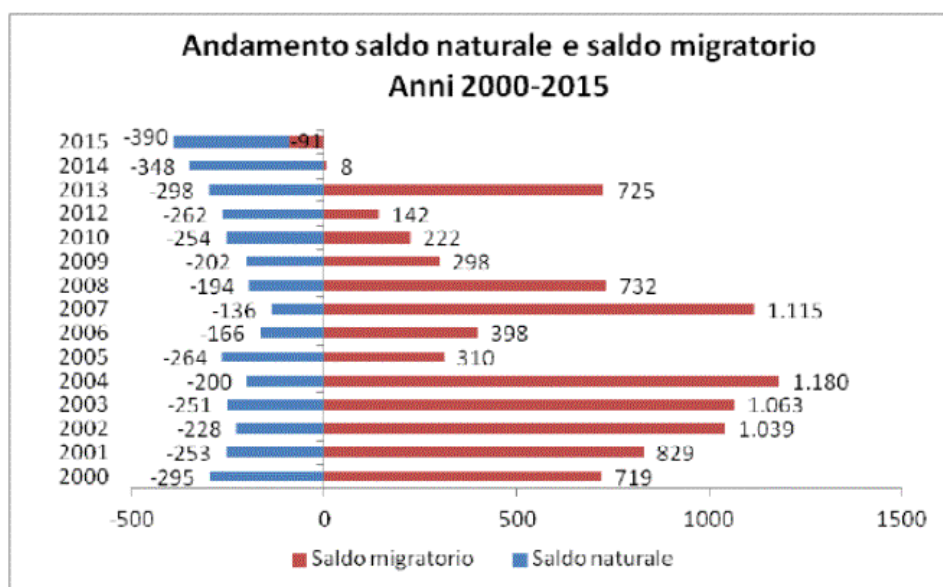
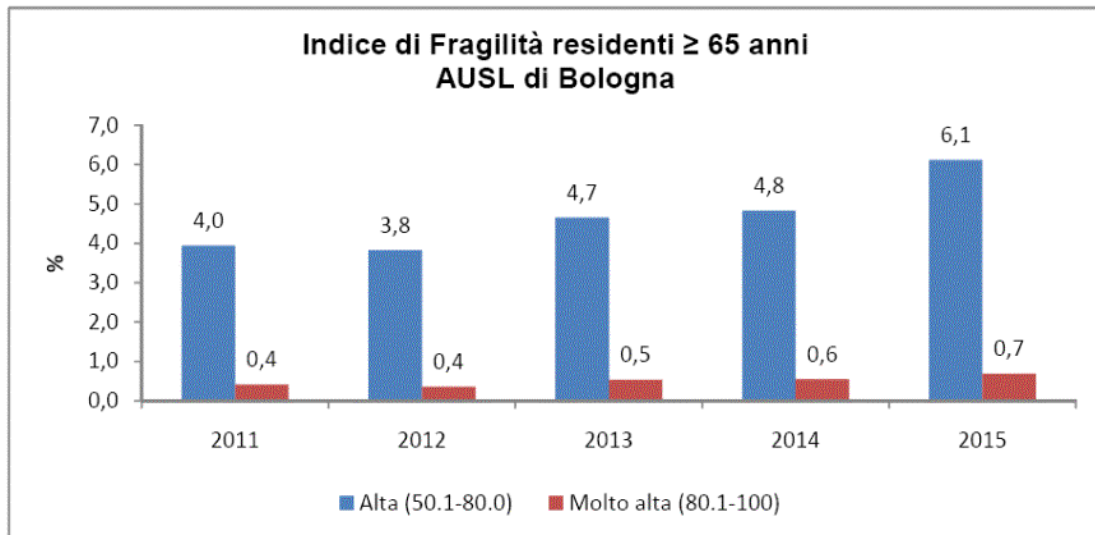


Grafico 1.3 - Andamento del saldo migratorio e del saldo naturale nel Distretto Porretta Terme - anni 2000-2015
* La rilevazione per l'anno 2011 non è disponibile.

Relativamente al profilo della salute, una parte della popolazione percepisce il proprio stato di salute come critico e presenta indici lievemente superiori alla media relativamente a sedentarietà, abitudine al fumo, eccesso ponderale e uso di alcool.

Il **tasso di mortalità** generale segna i valori più elevati rispetto a tutta l'area metropolitana, sia per i maschi che per le femmine, seppur in *calo progressivo* negli ultimi 20 anni. Statisticamente significativo è l'eccesso di mortalità generale, per tutta la popolazione e per le donne in particolare, nel caso delle patologie tumorali; per uomini e donne nel caso delle patologie del sistema cardiocircolatorio.

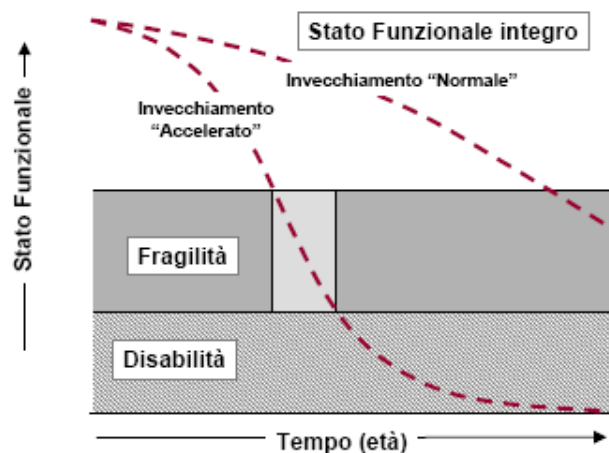
L'indice di **fragilità sanitaria negli anziani** segnala, poi, un aumento progressivo della fragilità sanitaria nelle fasce più alte di rischio. La prevalenza della fragilità nelle persone anziane si attesta intorno al 15%. Su 14.000 anziani che vivono nel distretto dell'Appennino circa 2.000 persone segnano indici medio-alti di fragilità. La prevalenza cresce al crescere dell'età (fino al 30-40% negli >85enni). La probabilità di fragilità/non autosufficienza, inoltre, anche in ragione della sua marcata connotazione sociale, aumenta in presenza di persone con bassa scolarizzazione e basso reddito, le persone sole e senza figli o con scarse reti familiari di supporto (**fragilità sociale**).



I **bisogni degli anziani** che più preoccupano sono, infatti, quelli che si manifestano nelle situazioni di marcata fragilità sanitaria e sociale, associata a polipatologie croniche e a condizioni di disabilità. Queste persone richiedono servizi di cura e assistenza ad alta intensità e una presa in carico integrata, a garanzia delle esigenze di continuità di cura (specialmente nelle fasi di dimissione dagli ospedali), oltre che un sostegno costante ai loro caregiver, spesso soggetti a forti stress e a malattie conseguenti.

E' il caso di ricordare che i casi di fragilità sanitaria e sociale, se non sono accuratamente seguiti con programmi assistenziali, oltre a compromettere la condizione di fragilità stessa delle persone che accusano un "acceleramento" del proprio invecchiamento, riducono la loro stessa qualità di vita e quella dei loro familiari. Non ultimo, la mancata presa in carico di queste persone aumenta il ricorso ai servizi sanitari più complessi ed onerosi come gli ospedali o le strutture sociosanitarie.

Dinamica dell'invecchiamento: rapporto tra "stato funzionale" ed età

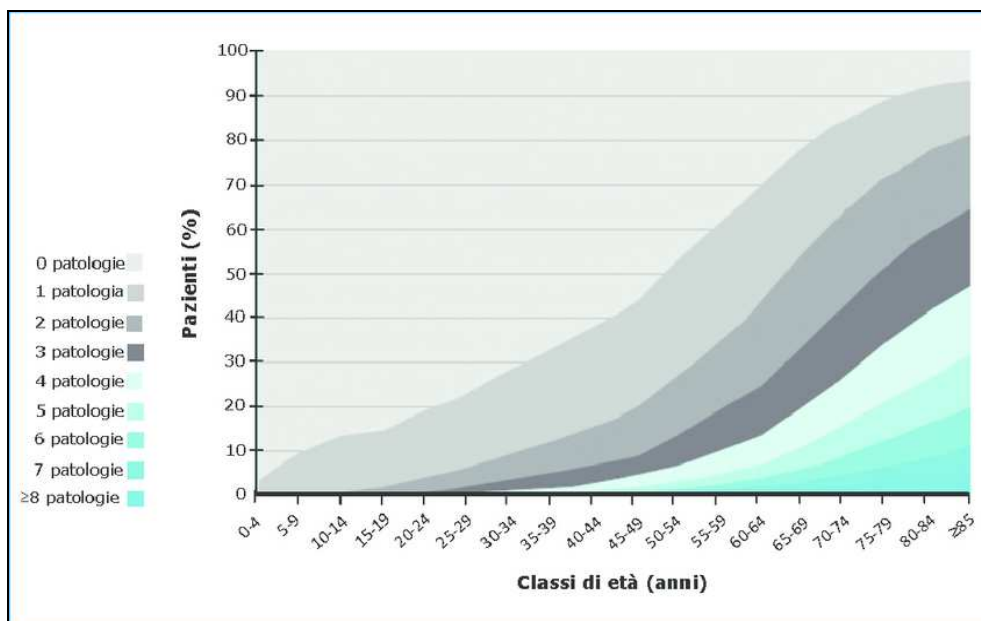


Le **malattie croniche**, considerate dall'OMS la nuova epidemia del XXI secolo, sono presenti in tutte le fasce di popolazione, ma in modo particolare nelle fasce di età avanzata. Sono, infatti, fortemente

correlate all'età: al loro avanzare aumentano e aggravano lo stato di fragilità delle persone che ne soffrono e sono spesso invalidanti. Numero di condizioni patologiche croniche per gruppo di età

Demenze, parkinson, ictus, depressione, polineuropatie, cardiopatia ischemica, scompenso cardiaco, aritmie, arteriopatie periferiche, ipertensione, diabete, artrosi, broncopneumopatie croniche sono le maggiore patologie croniche invalidanti. Queste patologie risultano spesso concomitanti e responsabili in larga parte dell'elevata richiesta sanitaria e della perdita di autonomia di un'ampia fascia della popolazione anziana.

Percentuale di persone con una o più patologie croniche per classi d'età



Tra le malattie croniche altamente invalidanti assumono particolare rilevanza le **demenze**, per le quali si assiste ad una crescita della prevalenza nelle varie fasce d'età: 1,2% tra i 65 e 69 anni; 3,5% tra 70 e 74 anni, sino al 20% tra 80 e 84 anni. Anche i casi di **tumore**, interessano la popolazione anziana in modo significativo. Il 70% circa dei tumori maligni diagnosticati ogni anno riguarda infatti persone ultra 65enni. Per motivi demografici è prevedibile che la frazione di soggetti anziani ammalati di tumore rispetto al totale degli ammalati di tumore aumenti ulteriormente.

Più in generale, considerando tutta la popolazione, le malattie a più ampia diffusione sono quelle a carico dell'**apparato cardiocircolatorio**. Il **diabete mellito**, considerato uno dei principali fattori di rischio per le malattie cardiovascolari (l'incidenza annuale di malattie cardiovascolari è superiore di circa 2-3 volte nei maschi diabetici e di 3-4 volte nelle donne diabetiche; più del 45% dei diabetici mostra segni di malattia cardiovascolare a fronte del 25% di soggetti non diabetici), ha una prevalenza stimata intorno al 4% della popolazione e rappresenta una tipica condizione a decorso cronico.

Tra le malattie a carico dell'**apparato muscolo-scheletrico** ricordiamo innanzitutto le **fratture**, soprattutto quelle che interessano le persone anziane, per le evidenti conseguenze sociali e sanitarie

correlate. L'incidenza in soggetti già in condizioni di non completa autosufficienza è stato stimato pari all'8% circa, di cui la metà a carico del femore.

Indicatori della significativa presenza di queste malattie nel sistema delle cure primarie sono la proporzione di **ricoveri ospedalieri** per diagnosi, come pure i **tassi di mortalità**, che vedono maggiormente rappresentate le patologie dell'apparato cardiocircolatorio, seguono quelle dell'apparato muscolo-scheletrico e digerente, con una quota significativa di patologie ascrivibile al sistema nervoso.

L'attenzione riservata alle patologie croniche si conferma nelle linee guida adottate dalle aziende sanitarie, come pure nei percorsi di cura e terapeutici (PDTA) e nella casistica eleggibile per le cure domiciliari e intermedie in genere, che hanno come target principale i pazienti con diabete mellito, cardiopatie croniche, insufficienze respiratorie croniche, artero-venopatie severe degli arti inferiori, esiti di ictus cerebrale e infarto miocardio, cure palliative e patologie oncologiche, esiti da frattura di femore.

Altro elemento di attenzione è la valutazione di rischio di ricoveri o di esiti infausti (morte) per tutta la popolazione anziana tramite l'indice di rischio di fragilità, di cui si è detto sopra, che interessa fortemente oltre agli aspetti sociali, gli aspetti della co-morbilità e della disabilità conseguente a stati di malattia invalidanti.

Infine, con riguardo alle popolazioni con fragilità sanitaria e sociale, si segnala:

- nell'area della **salute mentale** e delle **dipendenze patologiche**, oltre alle comuni patologie trattate, la presenza di problemi di alcolismo e di bisogni sempre più diffusi, ancorché non sempre manifesti, di cura e terapia di persone con ludopatie;
- nell'area della **prima infanzia e dell'adolescenza**, la percentuale di residenti di altre nazionalità in condizioni di isolamento ambientale, sociale e culturale tali da determinare un aggravamento degli elementi di rischio psico-sociale;
- nell'area delle **persone disabili**, il trend in crescita per la presenza di disabilità non solo congenite, ma acquisite nel corso della vita a causa di traumi o malattie invalidanti che richiedono risposte diversificate e ad alta intensità di cura e assistenza con associato alto assorbimento di risorse di cura sia familiari che pubbliche.

3. La struttura dell'offerta

La struttura dell'offerta è documentata sinteticamente di seguito al fine di introdurre le parti che descrivono la dinamica della domanda e dei consumi, che qui interessano maggiormente. Queste ultime sono rappresentate, anche in dettaglio, per quanto attiene l'uso dei pronto soccorso, la rete di emergenza e di ogni altro livello assistenziale o *setting* utile alla comprensione dei fenomeni e la proposta di riassetto dell'offerta che ne consegue.

Consideriamo di seguito i vari ambiti dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria, territoriale ed ospedaliera.

3.1 I servizi di primo accesso

I **servizi di accesso** sono differenziati per ambiti di attività: servizi ambulatoriali di specialistica, servizi ospedalieri e sociosanitari. Tutti i servizi sono supportati da servizi di accoglienza-accettazione, presenti in tutte le sedi per consegna referti, cambio appuntamenti, rilascio ricettari, prenotazioni esami a domicilio, distribuzione presidi e altre attività di back office. Il sistema di **accesso ai servizi ospedalieri** avviene tramite le prescrizioni dei medici di famiglia, dei pediatri (MMG, PdLS) e dei medici specialisti, oltre che tramite accessi diretti in caso di acuzie e traumi (tramite punti di pronto soccorso/emergenza). Sono previsti accessi facilitati per persone disabili e fragili.

L'**accesso alle cure domiciliari e intermedie** avviene tramite punti di accesso governati da personale infermieristico (PCAP – Punto di Coordinamento della Assistenza Primaria) che cura tutti gli aspetti assistenziali e di rete necessari ai professionisti implicati, inclusi i professionisti del Servizio Sociale quando si tratta di utenza socialmente vulnerabile. L'accesso avviene sia da domicilio, che da ospedale (dimissioni protette). Il PCAP è attivo anche nei percorsi clinico assistenziali per specifici target di popolazione con malattie croniche (PDTA). L'accesso alle cure domiciliari e intermedie avviene tramite una preventiva valutazione multi-professionale ad opera di èquipe di professionisti di diverse discipline (UVM territoriali) per i diversi target di popolazione.

3.2 I servizi di cura e riabilitazione

I **servizi di cura e riabilitazione** per patologie acute e croniche vengono offerti in sedi ospedaliere diverse: due pubbliche (Vergato e Porretta) e una privata accreditata con il SSR (Villa Nobili a Castiglione de Pepoli).

I servizi resi riguardano ricoveri ordinari (RO) di medicina interna, di lungodegenza, chirurgia generale, urologia, ginecologia, pediatria, ortopedia, anestesia-rianimazione, oltre ai servizi di Pronto Intervento (H Castiglione) e Pronto Soccorso (Vergato e Porretta).

Le prestazioni in day hospital (DH) sono rese in ambito medico e oncologico. Quelle in Day Surgery (DS) riguardano le prestazioni di chirurgia generale, ginecologia, ortopedia, interventi di chirurgia ambulatoriale maggiore e minore, di dialisi, di diagnostica radiologica. Sono presenti attività di osservazione breve intensiva (OBI), di medicina riabilitativa, percorsi pre-operatori, prese in carico ambulatoriali in continuità con i servizi territoriali.

PL delle sedi ospedaliere di Vergato e Porretta

OSPEDALE DI PORRETTA TERME E VERGATO		
AREA	NUMERO POSTI LETTO	
	H PORRETTA	H VERGATO
AREA CRITICA	4	0
AREA ROSSA	12	12
AREA BLU	39	17
AREA VERDE	9	6
AREA PEDIATRICA	3	0
OSSERVAZIONE TRANSITORIA	4 (POSTAZIONI)	3 (POSTAZIONI)
DAY HOSPITAL MEDICO	1	
DAY HOSPITAL ONCOLOGICO	0	5
DAY SURGERY ORTOPEDICO	0	1
DIALISI	0	6 (POSTAZIONI)

A questi vanno aggiunte le prestazioni di ricovero e chirurgia ambulatoriale accreditate di Villa Nobili (lungodegenze, chirurgia generale, medicina, ortopedia e traumatologia).

I punti di pronto soccorso/emergenza presenti sul territorio gestiscono l'emergenza sanitaria territoriale e la copertura h24 della risposta immediata coadiuvati da una rete di emergenza e urgenza presente su tutto il territorio con 3 auto mediche, 12 ambulanze con autista e soccorritore o con autista infermiere (incluse 1 amb. reperibile e 1 amb. Situata in territorio limitrofo-Montese). I punti di pronto soccorso rispondono a tutte le emergenze-urgenze sia di origine medica, che traumatica con un flusso di pazienti intorno ai 24.000 accessi/anno complessivi.

La forte integrazione tra i centri di soccorso e cura, incluso l'elisoccorso (previsto anche con interventi notturni) è necessaria per la gestione dei numerosi servizi occorrenti, complicati dalla impervia conformazione territoriale che caratterizza l'area di competenza.

3.3 I servizi specialistici ambulatoriali

Le **branche specialistiche** sono presenti nei tre diversi ambiti territoriali in maniera sostanzialmente uniforme. Le specialità a più larga diffusione sono: dermatologia, cardiologia, neurologia, oculistica, urologia, pneumologia, ortopedia, geriatria, endocrinologia, otorinolaringoiatria-ORL, fisiatria, ginecologia, odontoiatria, diabetologia, reumatologia, nefrologia, oncologia, gastroenterologia, radiologia.

Le prestazioni specialistiche (visite ed esami diagnostici) vengono erogate in sedi diverse per dimensioni e mission: 2 sedi di medie dimensioni (Vergato e Castiglione de Pepoli); 4 sedi di piccole dimensioni (Marzabotto, San Benedetto Val di Sembro, Vado/Monzuno e Ospedale Costa di Alto Reno Terme); 3 poliambulatori privati accreditati di piccole dimensioni con alcune specialità e "agende di garanzia" ad

integrazione delle specialità offerte dalle strutture pubbliche. Le attività rese dai poliambulatori privati e Case di Cura accreditati sono:

- Marzabotto: angiologia, neurologia, otorinolaringoiatria, diagnostica ecografica, risonanze magnetiche (RM), cardiologia, oculistica, neurologia e otorino;
- Vado (Monzuno): visite e diagnostica ecografia;
- Vergato e Gaggio Montano: visite odontoiatriche e ortodontiche;
- Castiglione de Pepoli: cardiologia, dermatologia, endocrinologia, ortopedia, urologia, RM e attività diagnostiche e chirurgiche ambulatoriali;
- Alto Reno Terme: prestazioni fisioterapiche nell'ambito della riabilitazione per persone con esiti da intervento chirurgico di protesizzazione o con patologie reumatiche.

3.4 I servizi di cure primarie e consultoriali

L'offerta garantita dai **Medici di Medicina Generale (MMG)** e dai **Pediatrati di Libera Scelta (PdLS)** può contare su una buona capillarità delle sedi di erogazione (singoli ambulatori o insieme di ambulatori) e su un significativo dato strutturale rappresentato dall'alto numero di medici in associazione (90%), in buona parte operanti in *équipes* (60%). Sono organizzati in 3 Nuclei di Cure Primarie (NCP) attivi nelle tre valli di cui sopra e garantiscono servizi a tutta la popolazione con un volume di attività considerevole, come si documenterà meglio poco oltre.

Accanto a questi professionisti, sono attivi 5 punti di **Continuità Assistenziale** (Castiglione de Pepoli, Alto Reno Terme, Lizzano in Belvedere, Vergato, Monzuno) dove operano medici che garantiscono la continuità assistenziale nelle ore e giornate non presidiate dai medici di famiglia. Si registrano oltre 6.000 contatti telefonici in un anno, oltre 2.000 visite domiciliari (41 visite ogni 1.000 cittadini contro le 12,7 della media aziendale) e oltre 3.000 visite ambulatoriali (59 visite ogni 1.000 cittadini).

I **servizi consultoriali** per le donne e le coppie e per l'età evolutiva sono presenti in modo capillare sul territorio nei tre ambiti (Vergato, Alto Reno Terme, Castiglione de Pepoli; Marzabotto e San Benedetto Val di Sambro con presenze part time) e registrano buoni tassi di copertura della popolazione femminile.

I servizi di **area socio-sanitaria** possono contare su un assetto consolidato delle attività socio-sanitarie rivolte a tutte le popolazioni fragili e vulnerabili (minori e famiglie vulnerabili, salute mentale, dipendenze, disabilità e fragilità anziani) e su una dotazione strutturale di posti letto (PL) in strutture socio-sanitarie diurne e residenziali, collocabili all'interno delle cd cure intermedie. Questa rete è integrata anche da una ricca dotazione di strutture private socio-assistenziali che attraggono anche cittadini delle province limitrofe, per lo più toscane, specie per il target anziani fragili.

Posti Letto (PL) Residenziali e Semiresidenziali presenti sul territorio dell'Appennino Bolognese

Popolazione target		Popolazione seguita	PL RESIDENZIALI		PL SEMIRESIDENZIALI		ALTRI PL	
			Accreditati	NON accreditati	Accreditati	NON accreditati	residenziali	semires.
MINORI (incl. Servizi Sociali)	8.478	1570		18				
DISABILI	33.811	236	6	14	37	6	19	24
SALUTE MENTALE		990						
TOSSICODIPENDENTI		174						
ANZIANI	14.197	770	180	141	28	77	430	
TOTALE	56.486	3.740	186	173	65	83	449	24
			359		148			

4. La dinamica della domanda e dei consumi

Uno dei primi aspetti macroscopici della dinamica della domanda e dei consumi sanitari è che i cittadini dell'appennino bolognese privilegiano le strutture pubbliche e, in particolare, i servizi pubblici e privati accreditati presenti sul proprio territorio. E' il Distretto con i più **alti indici di dipendenza** della popolazione locale dalle strutture presenti sul territorio, non solo per i servizi capillari dell'area socio-sanitaria e consultoriale, ma anche per le prestazioni specialistiche e ospedaliere.

4.1 Popolazione generale

La dinamica della domanda e dei consumi si riflette su una molteplicità di servizi. Qui analizzeremo, in particolare, quelli a maggior impatto.

4.1.1 Assistenza primaria

Gli accessi agli ambulatori dei **medici di medicina generale** sono particolarmente ingenti. Si stimano¹ circa 15.000 accessi medi annui per MMG (range tra 10.000 a 18.000 accessi/anno). Si tratta di 60 accessi die (con un range compreso tra 40 e 70 accessi die), per il 75% ad accesso ambulatoriale, 15% telefonico, il resto ad accesso domiciliare o altro indiretto. Se moltiplicato per il numero dei MMG presenti sul territorio (40 mmg), si contano oltre 600.000 accessi in un anno, circa 13 accessi per assistito.

La dinamica dei consumi mostra come il 30% frequenti il proprio medico almeno una volta al mese; il 40% ogni due o tre mesi. Nella stragrande maggioranza sono **accessi ripetuti per le stesse patologie** (si stima consistano in oltre il 70% dei casi), mentre solo uno su 5 degli accessi è per nuove insorgenze.

I medici di famiglia sono spesso chiamati ad intervenire su problemi legati a patologie croniche e degenerative come le malattie del sistema cardiocircolatorio, le malattie osteomuscolari, le malattie dell'apparato respiratorio e digerente o genito-urinario; non ultime le malattie oncologiche e infettive. Sono presenti e trattati anche i disturbi psichici e alimentari. La domanda di salute corrisponde, per tipologia e frequenza, alle patologie più ricorrenti nella fascia d'età avanzata; sono, infatti, gli **anziani i maggiori**

¹ Oltre alle stime ISTAT, facciamo riferimento ad indagini campionarie realizzate in ambiti del tutto comparabili alla situazione locale (Bologna, Modena) riportate in scritti non pubblicati ma di buona attendibilità, oltre a valutazioni locali afferenti a singoli medici e a dati estrapolati da data base aziendali.

utilizzatori del sistema delle cure. Sempre più frequenti si manifestano problemi organici associati a disagi esistenziali, sociali e psicologici (causa di assenze dal lavoro, di stati d'ansia, di malesseri). A questo proposito sono molti i medici che segnalano il fenomeno di bisogni non sanitari che trovano come canale privilegiato o unico di espressione il proprio medico curante. In questi casi, si tratta, frequentemente, di persone anziane che vivono condizioni di solitudine o di adulti che manifestano problemi legati a eventi traumatici (disoccupazione, vedovanze, separazioni).

Da rilevare anche la delicata situazione presente nella **popolazione immigrata**, che appare ancora non del tutto fidelizzata al sistema delle cure primarie con scarsa compliance alle terapie (soprattutto farmacologiche) e alle modalità organizzative per l'accesso e la fruizione delle cure (inclusi gli accessi ai punti di pronto soccorso/emergenza, consuetudine di origine culturale per molte etnie che non potevano contare, nei loro Paesi d'origine, su servizi di cure primarie).

I cittadini che ricorrono all'**uso dei farmaci** aumenta all'aumentare dell'età (dal 15% circa nei bambini e ragazzi, ad oltre il 70% negli anziani). Il consumo di farmaci, da parte della popolazione del distretto, si sta assestando sui valori aziendali presentando una sostanziale omogeneità tra i prescrittori operanti nei tre ambiti. L'uso, come prevedibile, è strettamente connesso alla presenza di malattie croniche e/o disabilità (per queste persone la quota di consumo è doppia rispetto agli altri soggetti). Come pure, l'uso inappropriato è preoccupazione costante per le evidenti ripercussioni sia sullo stato di salute della popolazione, che sul sistema sanitario, gravato da costi potenzialmente evitabili.

L'**Assistenza domiciliare**, rivolta per lo più alla popolazione anziana (oltre il 90% del totale degli assistiti) registra il valore più alto di copertura della popolazione-target: 26/1.000 cittadini rispetto ad una media aziendale pari a 22,2 su 1.000.

Le **branche specialistiche** a più larga diffusione sono presenti e fruite per lo più sul territorio distrettuale. Si registra, infatti, una discreta autosufficienza territoriale (si intende cioè la quota di branche specialistiche garantite dai presidi pubblici o privati accreditati presenti sul territorio distrettuale) che garantisce appunto una buona fruibilità di queste prestazioni da parte dei residenti. I cittadini tendono a privilegiare le strutture pubbliche, sia quelle collocate sul territorio distrettuale che extradistrettuale (rispettivamente, l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture erogative è pari al 54,6% e 27,6% per un totale di 82,2% di prestazioni fruite dai cittadini del distretto presso le strutture pubbliche; è il valore più alto dei sei distretti aziendali). Il consumo si attesta sulle medie aziendali e regionali.

Nel corso del 2016 sono diverse le branche specialistiche dove si è registrato un sensibile miglioramento dovuto alla maggiore fruizione da parte dei residenti delle prestazioni offerte in sede distrettuale. Parallelamente è calato il ricorso ad altre strutture di altri ambiti territoriali extra Ausl ed extra RER, come nel caso di alcune prestazioni diagnostiche ad alta complessità quali le risonanze magnetiche (RM) e le TAC che hanno registrato un aumento di offerta e di utilizzo in sede distrettuale a discapito di altre sedi di erogazione extradistrettuali.

Gli **indici di performance** - che segnalano quanti utenti riusciamo a servire entro i tempi previsti dalla RER: 30 gg per le visite e 60 gg per la diagnostica strumentale - mostrano un notevole miglioramento

nell'ultimo anno di attività. In ogni branca, tutta la popolazione ormai è servita nei tempi standard stabiliti dalla RER.

Dal punto di vista della dinamica dei consumi che presentano valori superiori agli standard (sovrac consumo), risultano critiche solo poche branche, in buona parte per ragioni legate sia al profilo demografico (popolazione molto anziana), che a quello di salute della popolazione (vedi ad esempio l'incidenza della morbilità e mortalità per malattie cardiovascolari sensibilmente più rilevanti dell'intera area metropolitana). In altri casi risulta critica per problemi legati all'offerta, come nel caso della medicina riabilitativa che dovrà essere adeguata ai bisogni e ai profili assistenziali che si andranno a programmare e implementare per consulenze, prescrizioni di ausili e protesi, nonché per terapie riabilitative estensive per persone con esiti da ictus o fratture di femore, per casi complessi che seguono percorsi diagnostico-terapeutici ad hoc.

Da ultimo, vogliamo segnalare che l'offerta si sta progressivamente organizzando per **"pacchetti di prestazioni"** (modello "gastropak") che favoriscono la relazione tra medico di famiglia, utenti ed équipes degli specialisti (a loro volta supportati dalle équipes infermieristiche), finalizzata alle cure più efficaci, veloci e possibilmente meno invasive. Uno dei rischi maggiori a cui queste persone si trovano esposte, infatti, è la frammentazione del processo di cura con conseguente perdita della visione unitaria del problema di salute.

4.1.2 Cure ospedaliere

Nell'ambito delle **cure ospedaliere** si registrano altrettanti buoni indici di dipendenza dalle strutture distrettuali, pubbliche e private. I cittadini del distretto, cioè, privilegiano le strutture presenti sul territorio, pubbliche (presidi di Vergato e Porretta) o private accreditate (Villa Nobili).

Il positivo trend nell'ultimo decennio è relativo al **tasso di ospedalizzazione** che si è progressivamente ridotto anche se permane sopra la media aziendale e regionale (negli ultimi 3 anni il tasso standardizzato di ospedalizzazione è passato da 152/1.000 a **147/1.000**; la media Ausl era pari a 143/1.000 nel 2016). Tale riduzione sottolinea il ruolo progressivamente crescente assunto dallo sviluppo dell'assistenza territoriale, del sistema socio-sanitario, oltre che dall'efficientamento dell'attività di ricovero. Ulteriori risultati, come cercheremo di dimostrare più avanti, potranno essere ottenuti con il potenziamento delle cure territoriali/domiciliari, ivi incluse le cure palliative e il rafforzamento delle cure intermedie.

Le attività hanno a riferimento le seguenti discipline, laddove necessario supportate dall'attività anestesiologicala:

- Medicina interna (Vergato/Porretta)
- Lungodegenze (Vergato/Porretta)
- Ortopedia (Vergato)
- Chirurgia (Vergato/Porretta)
- Pediatria (Porretta)

- Ginecologia (Porretta)
- Oncologia (Vergato)
- Urologia (Porretta)

Se consideriamo solo il dato di "consumo" da parte dei **cittadini residenti** nei 12 Comuni, complessivamente, si contano **8.916** ricoveri in regime ordinario o di Day Hospital (DH). Nel 62% dei casi si tratta di cure classificabili come "cure mediche" (5.578), il restante 38% sono di tipo chirurgico (3.338). Il dato di "produzione" misurato nelle singole strutture ospedaliere è diverso e comprende anche le prestazioni garantite ad altri cittadini non residenti nell'ambito territoriale del Distretto. Qui ci interessa documentare il dato di "consumo" relativo ai soli residenti per comprendere le dinamiche di utilizzo dei servizi offerti, il grado di fidelizzazione dei cittadini verso le strutture di produzione locali, la distribuzione dell'offerta, ecc.

Iniziamo ricordando che, nel complesso, le cure mediche comprendono diverse discipline: cardiologia, oncologia, geriatria, recupero e riabilitazione, lungodegenza e medicina interna e che i residenti si servono dei diversi servizi offerti in tutto l'ambito metropolitano e, in pochi casi, di quelli offerti da altri ambiti territoriali regionali ed extraregionali. Le discipline che più interessa indagare sono quelle a maggior impatto (frequenza di utilizzo) e che richiedono maggior prossimità di offerta, considerate le condizioni di fragilità dell'utenza-target (anziani fragili, malattie croniche).

Considerando, quindi, le discipline: **medicina generale, lungodegenze, riabilitazione e geriatria**, si registrano oltre **3.000 ricoveri** per i cittadini del distretto. Nel **94%** dei casi vengono garantiti dalle strutture pubbliche e private presenti sul Distretto (il 70% di questi casi viene trattato nei presidi di Vergato e Porretta; il restante 30% nel presidio accreditato di Castiglione). Ciò a dimostrare la capacità di "trattenere" i cittadini più fragili dal punto di vista sanitario sul territorio di residenza e di garantire loro servizi di prossimità ad alto valore tutelare.

In specifico, i ricoveri in **Medicina Interna** sono stati oltre 2.400 (75% registrati nei Presidi di Porretta e Vergato; 20% a Villa Nobili; 5% in altri Presidi). Oltre il 70% di questi sono ricoveri urgenti; buoni i tassi di occupazione dei PL. La casistica trattata presenta caratteristiche di gravità molto diverse: i punti DRG - che "misurano" il livello di gravità della casistica trattata - sono sensibilmente più bassi a Vergato/Castiglione rispetto a quelli trattati a Porretta.

Le **lungodegenze** (LD) contano oltre 530 ricoveri (60% presso garantiti dalle strutture di Vergato e Porretta e 40% da Villa Nobili).

Sono 125 i ricoveri (contando il regime ordinario e di DH) delle persone con esigenze di recupero funzionale e **riabilitazione** (offerta questa presente solo in presidi extra distrettuali).

Oltre 500 le persone segnalate per le "**dimissioni protette**", e trattate sia al domicilio che in strutture protette (Posti Temporanei in Case Residenze Anziani).

E' in particolare in queste discipline che va considerata la problematicità nelle cd "**ospedalizzazioni evitabili**". La casistica è molto ampia. Segnaliamo a titolo di esempio le persone con: broncopneumopatie ostruttive croniche (BPCO), bronchiti, polmoniti, asma, carenze nutrizionali, ipertensione, scompenso

cardiaco, complicanze del diabete, altre. Nel Distretto fanno eccezione: le ospedalizzazioni per scompenso cardiaco e per diabete che registrano valori apprezzabili, specie se confrontati con tutti gli altri distretti dell'Emilia Romagna, a dimostrazione del lavoro efficace che viene fatto a livello territoriale nell'ambito delle cure ambulatoriali e domiciliari. Non è così, invece, per le BPCO, per le quali i ricoveri evitabili si collocano ai livelli più critici.

Un ulteriore indicatore di possibile inappropriata è rappresentato dai **ricoveri ospedalieri e dagli accessi in punti di pronto soccorso/emergenza durante la presa in carico domiciliare**. La popolazione anziana del Distretto assistita al domicilio (assistenza medico-infermieristica), in particolare, risente di ospedalizzazioni ripetute e di accessi in punti di pronto soccorso/emergenza potenzialmente inappropriati, che stanno a significare la difficoltà di "trattenere" o indirizzare correttamente queste persone verso *setting* di cura adeguati.

Con riguardo ai **ricoveri chirurgici** (ordinari e DH), l'attività complessiva - considerando tutte le discipline, inclusa l'ortopedia - garantita ai cittadini del distretto dai vari presidi sanitari pubblici e privati è pari a **3.338**. La maggior parte (81%) viene realizzata nelle strutture pubbliche, la restante nelle strutture private accreditate. Oltre **un migliaio** sono i ricoveri garantiti presso le strutture distrettuali (2/3 nelle strutture pubbliche e 1/3 a Villa Nobili). In oltre l'80% dei casi l'attività è programmata; solo il restante è considerata urgente.

Le persone trattate con interventi **chirurgici ambulatoriali**, invece, superano le 900 unità (oltre il 60% a Vergato). L'attività riguarda: ernie, colecistectomie, appendicectomie, prostatectomie ed altre, in buona parte realizzate con tecniche laparoscopiche. In fase di implementazione l'attività **urologica** che contava solo qualche decina di ricoveri.

Proseguendo nell'analisi, l'attività **ortopedica** conta quasi un migliaio di dimissioni con DRG chirurgici e medici realizzati in tutte le strutture pubbliche e private. Sul totale dei dimessi, circa il 42% viene servita presso le strutture del Distretto (3/4 a Vergato e il restante a Castiglione). La parte restante si serve di altre strutture pubbliche quali l'ospedale Maggiore e S. Orsola e in buona parte, circa il 20%, preferisce l'Istituto Ortopedico Rizzoli. L'attività di produzione per tutti gli utenti (anche non residenti) si attesta intorno ai 400 ricoveri, con un tasso di occupazione intorno al 76% e una degenza media di 8 giorni. Nel 44% si tratta di ricoveri urgenti, la restante quota sono ricoveri programmati. Sono oltre 180 i ricoveri in Day Hospital (DH) e 80 gli interventi in Day Surgery (DS).

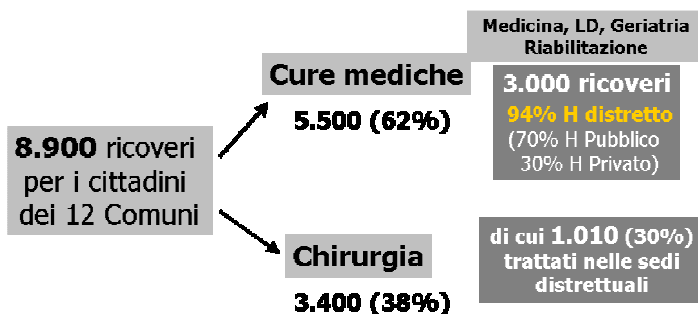
Con riguardo all'**attività oncologica** si contano oltre 470 dimissioni da tutti i presidi ospedalieri. Di queste, quasi il 50% interessa cittadini che sono serviti presso la struttura ospedaliera di Vergato. La parte restante riceve cure presso altri stabilimenti pubblici, per lo più presso il Bellaria e l'ospedale S.Orsola. Una quota di attività riguarda anche cittadini residenti in altri distretti (in totale sono oltre 300 i ricoveri in regime di DH).

Su 350 ricoveri registrati nella disciplina di **ginecologia** in tutte le strutture ospedaliere (per lo più presso H Maggiore e S. Orsola) che interessano le donne residenti nel distretto, circa il 12% di queste è

stato trattato presso l'H di Porretta. Il dato di produzione conta anche 200 ricoveri in regime di DH e circa un centinaio gli interventi effettuati in regime di Day Day Surgery.

Su oltre 240 bambini ricoverati (**Pediatria**), quasi la metà riceve cure presso il presidio di Porretta.

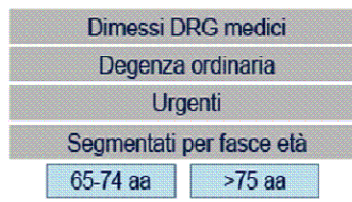
In sintesi:



Ora, volendo fare sintesi di quanto illustrato, se consideriamo il numero di persone che presentano **indici di fragilità medio/alti** che hanno ricevuto 2 o più ricoveri in un anno (15 persone nel corso del 2016), i ricoveri potenzialmente inappropriati relativi ai casi con **patologie croniche "sensibili al trattamento ambulatoriale"** (793 persone) e le persone con **fratture di femore** che necessitano di riabilitazione (104 persone), nel Distretto dell'Appennino bolognese possiamo stimare in circa **900 casi** l'utenza eleggibile per trattamenti in setting assistenziali più adeguati alle loro condizioni clinico-assistenziali. Nei documenti aziendali citati in premessa abbiamo definito questi setting come propri delle Cure intermedie. Si tratta di una offerta non ancora compiutamente strutturata che, in casi come quelli richiamati poco sopra, potrebbe garantire una più adeguato standard di cura e assistenza, tramite appunto ospedalizzazioni temporanee mediate dai medici curanti (medici di famiglia) con successivo rientro al domicilio o, in casi più complessi, in altre strutture socio-sanitarie.

A. Pazienti con patologie sensibili al trattamento ambulatoriale

- Complicanze diabete
- Infezioni del tratto urinario
- Disordini del metabolismo idro-elettrolitico
- Polmoniti
- Asma
- Scompenso cardiaco
- Ipertensione
- Angine senza procedure



793

B. Pazienti in dimissione da ricovero per frattura femore/bacino, che necessitano di riabilitazione

104

C. Pazienti con indice di fragilità sociale medio/alto che hanno ricevuto nel 2016 più di 2 ricoveri (>2) in RO, Urgenti, DRG Medico, per qualsiasi tipologia

15

4.1.3 Accesso ai punti di pronto soccorso/emergenza

Per completare l'analisi, consideriamo di seguito la dinamica di utilizzo dei **servizi di pronto soccorso/emergenza**, il cui **tasso di accesso** si mantiene su livelli al di sopra della media aziendale e regionale: **441/1.000** contro 417/1.000 a livello metropolitano e 379/1.000 a livello regionale, così pure l'indice di consumo di prestazioni che si colloca ai valori più alti dell'ambito metropolitano.

Su un totale di circa **24.000 accessi/anno**, la dinamica di utilizzo è la seguente nel Distretto dell'Appennino bolognese:

- i cittadini presenti nei Comuni del Distretto che utilizzano i tre punti di pronto soccorso/emergenza rappresentano complessivamente l'80% degli accessi; il restante 20% utilizza altri punti dell'area metropolitana;
- il punto di Porretta assorbe il 36% degli accessi, quello di Vergato il 34%, mentre quello di Villa Nobili il 10%.

Focalizzandoci sui 21.000 accessi circa dei pronto soccorso/emergenza di Vergato e Porretta, la dinamica di utilizzo è la seguente:

- circa 30 accessi die;
- il 12% accede tramite la **rete di emergenza** (rete 118);
- l'85% accede nella **fascia diurna** (7.00-20.00);
- oltre un terzo delle persone ha più di 65 anni; la percentuale di anziani aumenta quando gli accessi ai pronto soccorso sono seguiti da ricovero;
- l'**11,8%** (circa 1.200 persone/anno presso il presidio di Vergato-media valle del Reno) e il **15,7%** (circa 1.600 persone/anno presso il presidio di Porretta-Alta Valle del Reno) degli accessi è **seguito da ricovero**;
 - il valore percentuale scende di uno o due punti se escludiamo coloro che hanno rifiutato il ricovero (la percentuale scende al **9,9 per Vergato** e al **14,6% per Porretta**);
 - gli accessi seguiti da ricovero sono sensibilmente più alti presso il punto di pronto soccorso/emergenza di Villa Nobili a Castiglione de Pepoli-Valle del Setta (18,7%), pur in presenza di un minor accesso di codici gialli e rossi (indicanti maggiori gravità);
- per la maggior parte vengono diagnosticati, nell'ordine: "altri sintomi e disturbi", "traumi", dolori addominali o toracici, febbre, dispnea, problemi dermatologici ed oculistici, disturbi ostetrico-ginecologici, altri;
- gli **accessi seguiti da ricovero** sono caratterizzati per lo più da traumi, dispnee, dolori addominali, febbri, dolore toracico, alterazioni del ritmo e altri sintomi del sistema nervoso (questi problemi rappresentano quasi il 50% degli accessi totali);

- o Il punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato registra un numero maggiore di accessi per "trauma" (36% degli accessi, contro il 17% misurato a Porretta).

Accessi ai punti di pronto soccorso di Vergato e Porretta secondo le fasce orarie

Variabile	1° Semestre 2016				ANNO 2015			
	Fascia Oraria	Ps Porretta	%	Ps Vergato	%	Ps Porretta	%	Ps Vergato
24.00-06.59	389	7,7%	282	5,5%	734	7,2%	580	5,5%
07.00-19.59	4.061	80,0%	4.243	83,0%	8.272	80,9%	8.789	83,2%
20.00-23.59	627	12,3%	584	11,4%	1.218	11,9%	1.191	11,3%
totale	5.077	100,0%	5.109	100,0%	10.224	100,0%	10.560	100,0%

L'accesso dei **casi più gravi** (con codice colore giallo e rosso) registra un valore molto difforme tra i tre punti di pronto soccorso/emergenza: 2,7% del totale a Villa Nobili contro il 12% a Vergato e il 13,3% a Porretta, segno anche di una diversa modalità di fruizione delle cure ospedaliere.

Di contro, l'accesso con codici bianchi e verdi (**minori gravità**) avviene nell'**88,5** dei casi presso il punto di Vergato, l'87,6 presso quello di Porretta, il 97,3% a Castiglione dei Pepoli.

Questa tipologia di accesso si distribuisce quasi omogeneamente in tutte le fasce di accesso, diurne, serali e notturne. Anche nella **fascia notturna** (00.00 – 07.00), che interessa circa il **5%** dei casi (580 casi a Vergato, media di 1,6 accessi/notte) e **7%** dei casi (734 casi a Porretta, con una media di circa 2 accessi/notte), si conferma la tipologia di accesso con codici bianchi o verdi. I codici di **gravità maggiore** non superano le **70** unità a Vergato e le **90** unità a Porretta (equivalenti ad un accesso ogni 4/5 giorni nei rispettivi punti di pronto soccorso/emergenza).

Molti di questi accessi possono essere considerati impropri, ma sono da correlare alla sensibilità e alla percezione di salute di ogni singola persona che meritano certamente di essere adeguatamente considerate. Certamente non mancano i comportamenti opportunistici o alcune consuetudini, meno apprezzabili, che portano molte persone ad accedere ai punti di pronto soccorso/emergenza, ad esempio, in orari nei quali sono attivi i MMG o i PdLS, spesso organizzati in équipes, che garantiscono una discreta fascia oraria per l'accesso ambulatoriale nelle ore diurne.

Accessi ai punti di pronto soccorso/emergenza di Vergato e Porretta secondo le fasce d'età

Variabile	1° Semestre 2016				ANNO 2015			
	Classi Età	Ps Porretta	%	Ps Vergato	%	Ps Porretta	%	Ps Vergato
00-17	1.258	24,8%	606	11,9%	2.108	20,6%	1.090	10,3%
18-64	2.103	41,4%	2.786	54,5%	4.398	43,0%	5.760	54,5%
65-74	526	10,4%	639	12,5%	1.201	11,7%	1.406	13,3%
75 e oltre	1.190	23,4%	1.078	21,1%	2.517	24,6%	2.304	21,8%
totale	5.077	100,0%	5.109	100,0%	10.224	100,0%	10.560	100,0%

L'accesso della popolazione residente che si servono dei punti di pronto soccorso/emergenza equivale al 7,5% di tutti gli accessi in area metropolitana.

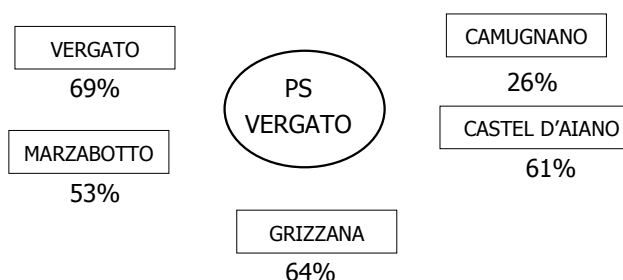
La popolazione dei Comuni della **media Valle del Reno** privilegiano il punto di Vergato, ma almeno 1/5 della popolazione si serve di altri punti della rete cittadina, come si registra nei Comuni di Vergato,

Grizzana Moranti e Castel D'Aiano, mentre i residenti nel comune di Marzabotto si servono dei punti di pronto soccorso della rete cittadina per oltre il 42%.

Se consideriamo solo i residenti nei 12 Comuni, constatiamo che gli accessi al punto di Vergato di questi cittadini sono pari a 7.518 (**71% degli accessi**). Di questi 7.518, gli accessi dei residenti nei quattro comuni afferenti all'area della media valle (Vergato, Grizzana Moranti, Castel D'Aiano, Marzabotto) rappresentano il 74,5% (5.604 accessi)

Sono 1.914 gli accessi afferenti ai cittadini residenti in altri ambiti che accedono al punto di pronto soccorso/emergenza (circa il 22,7%); sono poco più di 400 gli accessi di cittadini di altre Regioni (circa il 4% degli accessi totali).

Flussi di accesso dei RESIDENTI ai PS

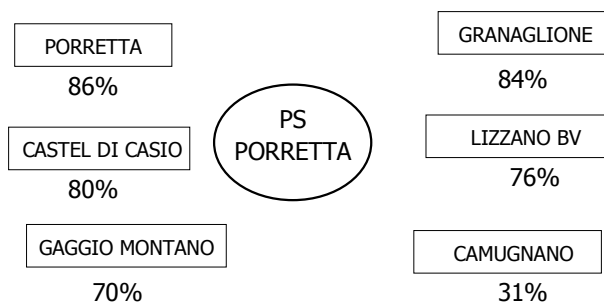


I cittadini dell'**alta Valle del Reno** fanno un uso del punto di pronto soccorso/emergenza di Porretta sostanzialmente simile a quello di Vergato, ma con una fidelizzazione più marcata (valori percentuali dal 70% all'86%), servendosi quindi meno dei punti di pronto soccorso/emergenza cittadini o di altri ambiti territoriali.

Se consideriamo solo i residenti nei 12 Comuni, constatiamo che gli accessi al punto di pronto soccorso/emergenza di Porretta di questi cittadini sono pari a 7.988 (**78% degli accessi**). Di questi 7.988, gli accessi dei residenti nei quattro comuni afferenti all'area dell'alta valle (Alto Reno Terme, Castel di Casio, Gaggio Montano, Lizzano in Belvedere) rappresentano l'84% (**6.705 accessi**)

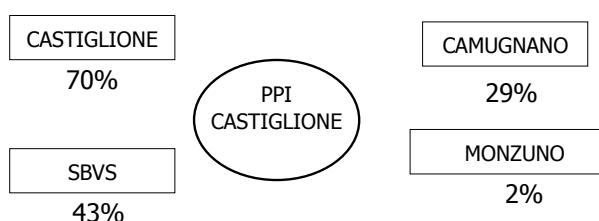
Sono 1.283 gli accessi dei cittadini residenti in altri ambiti che accedono al punto di pronto soccorso/emergenza (circa il 13%) e un migliaio quelli che provengono da altre Regioni (circa il 9,8% degli accessi totali).

Flussi di accesso dei RESIDENTI ai PS



I cittadini della **valle del Setta**, privilegiano il punto di pronto soccorso/emergenza di Castiglione de Pepoli, ma con dinamiche molto differenti dalle precedenti. Sono i cittadini di Castiglione de Pepoli che privilegiano la struttura privata sita nello stesso comune (70% degli accessi), mentre la parte restante (24%) si serve di altri punti di pronto soccorso fuori distretto. I cittadini di San Benedetto Val di Sembro (SBVS) e di Monzuno, invece, si servono prevalentemente di altri punti extra distrettuali, rispettivamente nel 48% e nel 78% degli accessi. Il punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato viene scelto rispettivamente nel 8% e nel 19% dei casi. Sono 243 gli accessi di cittadini residenti in altri ambiti che accedono al punto di Castiglione (circa il 3%).

Flussi di accesso dei RESIDENTI ai PS



Fanno eccezione, per ragioni orografiche, i cittadini del Comune di Camugnano, che si servono quasi uniformemente dei punti di pronto soccorso locali: Vergato 26%, Porretta 31%, Castiglione 29% degli accessi.

Nella tabella che segue si può valutare i numeri assoluti degli accessi ai diversi punti di pronto soccorso/emergenza dei soli residenti nei 12 Comuni.

STRUTTURA	CAMUGNANO	CASTEL D'AJANO	CASTEL DI CASIO	CASTIGLIONE	GAGGIO M.	GRANAGLIONE	GRIZZANA	LIZZANO B.	MARZABOTTO	MONZUNO	PORRETTA	SAN BENEDETTO	VERGATO	TOTALE
PS GEN PORRETTA	243	153	1.305	32	1.746	842	256	635	106	21	2.177	10	462	7.988
PS VERGATO	204	450	183	96	521	88	1.145	103	1.402	411	173	135	2.599	7.518
PPI VILLA NOBILI	178	2	6	1.396	7	3	28	1	12	38	1	575	5	2.252
PS GEN OM	43	50	46	247	70	24	116	21	436	463	53	251	176	1.996
PS ORTO OM	11	8	13	80	7	6	40	7	114	173	15	76	71	621
PPI OST OM	4	15	14	71	30	3	36	6	102	82	22	57	72	514
PS PED OM	12	11	2	42	6		24	3	135	148	4	55	67	509
PPI LOIANO		1		5	1		1		1	327		136		472
PS GEN BAZZANO	1	18	7	1	5	6	6	2	34	32		4	63	179
PS GEN BNT	2	6	4	7	4		3	5	10	25	4	6	12	88
PS SGP	1			1	1	1	3	3	9	9		7	9	44
PS GEN BUDRIO	1	1	3		3		3	3	5	3	1	7		30
PS PED BNT							1						2	3
Totale complessivo	700	723	1.583	1.978	2.401	973	1.662	789	2.366	1.732	2.450	1.319	3.538	22.214

4.1.4 Focus sugli accessi al punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato "seguiti da ricovero"

Consideriamo, più in dettaglio, la quota di accessi al punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato **seguiti da ricovero**, in ragione della particolare dinamica di consumo che vi si registra.

Al punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato accedono 10.543 persone, come abbiamo visto. Per 1.049 di queste, si attiva un ricovero, pari al 9,9% degli accessi totali, così distribuiti:

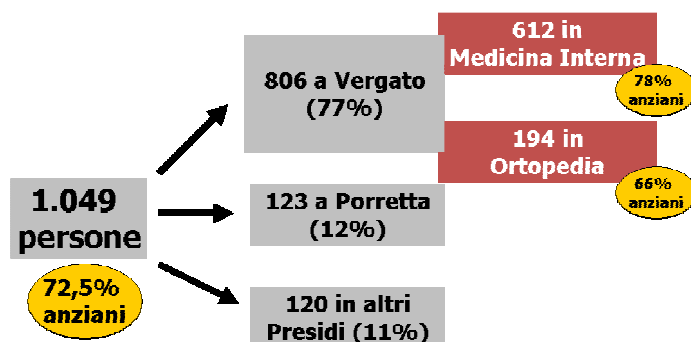
- o il **54%** ha avuto accesso al punto di pronto soccorso/emergenza tramite **rete emergenza 118** o altre segnalazioni da curanti; il 46% per decisione propria
- o il **53% è stato registrato con codice bianco o verde**; 1/5 di questi per "trauma"; altri per "febbre" (42 casi)", "dolore addominale" (41 casi), "disturbi urologici" (21 casi) e altri sintomi; il restante 47% con codice giallo o rosso;
- o **l'84% ha avuto accesso nella fascia diurna**; il restante nella fascia serale (8%) e notturna (8%) per un totale di 1.700 persone;
- o nel **72,5% dei casi si tratta di anziani** (>65 anni); gli >74enni sono il 56%.

Considerando il luogo di ricovero, registriamo che:

- o presso il presidio di Vergato si contano **806 ricoveri** (77% del totale), di cui 122 nelle fasce serale e notturne (in media 2,3 persone a settimana)
- o la maggior parte di queste persone viene ricoverata in **Medicina Interna** (612 persone, pari al 76% del totale dei ricoveri); i restanti 194 vengono ricoverati in **ortopedia** (24% dei ricoveri);
 - o delle 612 persone ricoverate in Medicina Interna, **475 sono anziani** (circa il 78%);
 - o delle 194 persone ricoverate in Ortopedia, **129 sono anziani** (66%);

Inoltre:

- o presso il **presidio di Porretta** vengono trasferiti **123 persone** (11,7%);
- o presso **altri presidi** vengono trasferiti le restanti **120 persone** (11%) per varie problematiche non trattabili nei due presidi distrettuali.



4.1.5 La rete di emergenza

La **rete di emergenza** intercetta circa 4.790 persone che vengono accompagnate presso i punti di pronto soccorso/emergenza. Oltre 3.700 sono casi considerati di gravità minore (codificati come COD 1); rappresentano il 77,5% del totale; mentre sono 1.076 i casi più gravi (codificati con COD 2 e 3); rappresentano il 22,5% del totale dei casi.

Del totale dei casi (4.790), il 28,7% viene portato al punto di pronto soccorso/emergenza di Porretta (1.376 casi), il 26,6% in quello di Vergato (1.276 casi) e il restante 44,7% in altri punti di pronto soccorso/emergenza, per lo più dell'area cittadina.

Considerando solo i casi trattati nei punti di pronto soccorso/emergenza di Vergato e Porretta, si tratta di oltre 2.600 casi e rappresentano circa il 12% del totale dei casi relativamente a quello di Vergato e il 14% a quello di Porretta.

Tipologia degli accessi ai punti di pronto soccorso/emergenza di Vergato e Porretta

Variabile	1° Semestre 2016				ANNO 2015			
	Ps Porretta	%	Ps Vergato	%	Ps Porretta	%	Ps Vergato	%
decisione propria	3.988	78,6%	4.122	80,7%	7.852	76,8%	8.479	80,3%
C O 118	685	13,5%	581	11,4%	1.435	14,0%	1.232	11,7%
altro	404	8,0%	406	7,9%	937	9,2%	849	8,0%
totale	5.077	100,0%	5.109	100,0%	10.224	100,0%	10.560	100,0%

Se vogliamo fare un focus, a titolo di esempio, e consideriamo i soli **cittadini dei Comuni della media valle del Reno**, l'attività della rete di emergenza conta circa 1.630 accessi ai vari punti di pronto soccorso/emergenza sia distrettuali che extradistrettuali. I casi **meno gravi** (COD 1) che vengono portati dai mezzi della rete di emergenza nei vari punti dell'azienda sono la maggioranza: 1.244 accessi su 1.630 totali (76%). I restanti 386 (24%) sono casi più gravi (COD 2 e 3). Una parte di questi accede al punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato (119 casi, pari al 30%), ma la stragrande maggioranza dei casi accede ad altri punti, in specifico a quelli di Bologna e Porretta (253 casi, di cui 216 nei PS di Bologna), altri 14 in altri punti. Ciò è ancora più vero se consideriamo solo i **casi molto gravi** (COD 3, riferibili a ictus, infarto, trauma grave, ecc.): solo 6 persone vengono portate al punto di Vergato e 14 al punto di Porretta, la parte restante (38 casi, pari al 65%) raggiunge gli ospedali cittadini, secondo protocolli di afferenza condivisi con tutti i presidi della rete metropolitana, a garanzia dell'efficacia delle cure dovute in questi casi, della sicurezza per pazienti ed operatori sanitari.

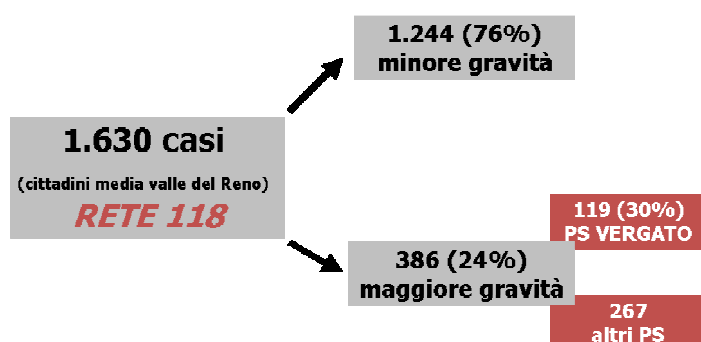
Restringsendo ancora il campo, considerando solo gli accessi al **punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato**, sempre tramite "rete 118", con riguardo ai residenti nei **4 Comuni della media valle del Reno**, la situazione, in dettaglio, è la seguente:

- o i residenti che accedono al punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato con codici meno gravi (COD1 rispetto ai COD 2 e 3) sono 871 su 990 totali (88%):

- o residenti di Castel D'Aiano: 82%
 - o Grizzana Morandi: 80%
 - o Marzabotto: 98%
 - o Vergato: 89%
- o i residenti che accedono al punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato con codici più gravi (COD 2 e 3) sono 119 (12%); di questi, con codice 3 (casi più gravi) sono solo 6 casi.

Diversi sono i trasferimenti dai punti di pronto soccorso/emergenza ad altro stabilimento ospedaliero, in ragione delle opportunità di cura. Dal punto di pronto soccorso/emergenza di Vergato si contano, ad esempio, 127 trasferimenti a Porretta, 125 dei quali esitati in ricoveri. Viceversa, sono 18 i casi trasferiti dal punto di pronto soccorso/emergenza di Porretta a Vergato, tutti esitati in ricovero presso la Unità di ortopedia.

In sintesi:



4.2 Popolazioni fragili

Nell'ambito delle cure e dell'**assistenza socio-sanitaria** si presentano dinamiche di consumo e domande molte differenziate per target d'età. Qui presentiamo le dinamiche più critiche e/o incidenti per ogni target d'età.

I **minori disabili e/o con psicopatologie** in carico ai servizi sanitari territoriali (NPI) sono circa 650 (7,6% della popolazione target); ogni anno si presentano 200 nuovi casi. Oltre un ¼ dei minori ha una certificazione di disabilità (circa il 2% della popolazione target). Sono oltre 200 i minori seguiti con presa in carico integrata socio-sanitaria: circa il 20% dei casi in carico ai servizi sociali che contano oltre 1.100 minori e 730 famiglie, di cui oltre la metà immigrati; 30% con provvedimenti dell'AG; il 2% fuori famiglia (25 minori). Sempre più frequentemente accedono ai servizi bambini e ragazzi di altre nazionalità presi in carico in condizioni di isolamento ambientale, sociale e culturale.

Circa un migliaio, inoltre, le persone adulte e anziane seguite dai centri di **salute mentale**, dove si registrano bassi tassi di ospedalizzazione e TSO (Trattamenti Sanitari Obbligatori), indici questi di una buona tenuta della presa in carico tutelare a livello domiciliare, semiresidenziale e residenziale. Sono molte le

persone che accedono ogni anno ai servizi: 4 su 10 sono, infatti, nuovi utenti. E' alto, quindi, l'indice di ricambio della popolazione servita. Da segnalare l'alto numero di anziani >65enni in carico (circa il 30%) e l'alta vulnerabilità sociale che caratterizza questa popolazione (es: i disoccupati sono oltre il 56%).

Sono oltre 280 gli utenti in carico ai servizi per **disabili adulti** con un trend di crescita pari al 30% in soli 10 anni. Si tratta di un trend di crescita costante di nuovi utenti con problemi sanitari acquisiti, specie nell'ambito delle gravissime disabilità, conseguenti a patologie neurologiche e cerebrolesioni, che richiedono servizi ad alta intensità assistenziale (la media regionale segna un aumento di oltre l'80% negli ultimi 10 anni). Sono altrettanto preoccupanti i carichi assistenziali che gravano sui caregiver spesso anziani non più in grado di provvedere ai loro figli, anch'essi in fase di invecchiamento. Non ultima, da segnalare la situazione dei giovani disabili meno gravi, ma non meno interessati da problemi di inserimento sociale e lavorativo e di ricerca di proprie autonomie di vita.

La **popolazione anziana** più fragile (non autosufficienza) registra un indice di copertura pari all'11% (circa 800 persone) della popolazione target (>74enni): il 3% è inserito in strutture protette, il restante 8% riceve servizi di sostegno al domicilio. Nel distretto si registrano i più alti tassi di presa in carico domiciliare sanitaria (medico-infermieristica).

Considerando solo le **dimissioni protette** dagli ospedali, contiamo 570 persone segnalate dagli ospedali: 35% accede a Posti Temporanei (PT CRA) o di sollievo in Case Residenza Anziani (CRA), il 40% rientra al domicilio (1/4 riceve un supporto assistenziale pubblico), mentre il 25% sono segnalazioni improprie o trovano altre soluzioni. Questo ambito di attività, segnala una forte presenza dei servizi di area socio-sanitaria, incardinata strettamente al sistema delle cure intermedie, anch'essa soggetta a veloci evoluzioni del bisogno e della domanda ormai orientata a differenziare la richiesta ai servizi sia pubblici che privati (assistenti familiari, in primis).

Complessivamente, considerando tutti i target di popolazione fin qui richiamati, risulta in carico ai servizi il **14% delle famiglie residenti sul territorio** con la presenza di minori, disabili, persone con problemi di salute mentale e anziani che necessitano di cure e assistenza tutelare.

Da ultimo, per significare la quota di persone servite nei diversi livelli assistenziali, vogliamo rilevare un dato che non sempre è evidente, per ragioni legate alle modalità di assistenza e alla percezione, parzialmente distorta, che ne consegue da parte di cittadini e decisori. Stiamo parlando della **differenza tra persone in carico ai servizi territoriali e persone che accedono ai servizi di cura ospedalieri**.

I primi sono servizi poco conosciuti e visibili perché spesso fruiti in setting assistenziali parcellizzati (domicilio delle persone); i secondi, al contrario, godono di una maggiore visibilità e reputazione sociale.

Ora, se contiamo, in un giorno qualsiasi dell'anno, solo le persone seguite con presa in carico tutelare a carattere continuativo dai servizi territoriali (target: minori, disabili, salute mentale, anziani, altri seguiti a domicilio o nei centri semiresidenziali e residenziali; escludendo le prestazioni ambulatoriali), queste risultano essere oltre 720; mentre quelle seguite, lo stesso giorno dell'anno, presso le strutture ospedaliere (degenze in regime ordinario e DH), sono circa 200. Chiaramente, per effetto di una diversa tipologia di presa in carico (servizi continuativi e/o ospitalità *long term* nei servizi territoriali contro degenze più brevi

negli ospedali), i servizi territoriali tutelari, in quest'ambito, riescono a coprire mediamente una popolazione di oltre 5.400 persone nel corso di un anno, mentre negli ospedali si contano 8.900 casi (numero di dimissioni) con degenze medie diversificate a seconda della tipologia del problema e delle cure ricevute.

Prima di ipotizzare l'assetto più adeguato dell'offerta, riportiamo i trend principali dei fenomeni analizzati riportandoli nella tabella seguente, in estrema sintesi:

TREND	POSITIVO	NEGATIVO
FRAGILI	Aumentato sostegno domiciliarietà	Aumento fragilità socio-sanitaria anziani
DISABILI	Aumentato sostegno domiciliarietà	Aumento utenza gravissime disabilità acquisite
SALUTE MENTALE	Diminuita ospedalizzazione	Aumento ludopatie e alcolismo
POPOLAZIONE GENERALE	Mortalità in calo Speranza di vita in crescita Comunità attiva	Inerzie sociodemografiche Vulnerabilità sociale Aumento esigenze di cura malattie croniche
OSPEDALIZZAZIONE	Diminuita ospedalizzazione	Inadeguato setting assistenziale per CRONICITA'
PS/rete emergenza	Buona responsività	Accessi impropri per anziani e persone con malattie CRONICHE
SPECIALISTICA	Aumento performance e autosufficienza Specialistica evoluta	Persistenza modello prestazionale
MMG/pediatri	Associazionismo Collaborazione con specialisti	Carenze strutturali (turn over critico)
CONSULTORI/SCREENING	Buona copertura popolazione target	Compliance pop. immigrata

II PARTE

La nuova offerta dei servizi

La dinamica della domanda attesa

Fasi di attuazione

1. La nuova offerta dei servizi

La dinamiche della domanda e dei consumi mostra evidenti criticità che si presentano anche a livello distrettuale, oltre che metropolitano. Le riassumiamo:

1. aumento dei casi di **fragilità sanitaria e sociale** di grandi anziani, che richiedono, oltre ai setting assistenziali domiciliari, semiresidenziali o residenziali anche una presenza proattiva dei servizi di cura formali (servizi sanitari e sociali territoriali) e informali (reti familiari e solidali di cura) per prevenirne l'aggravamento ed evitare il ricorso improprio ai servizi ospedalieri;
2. aumentato **ricorso, spesso improprio, ai setting assistenziali per acuti** e ai punti di pronto soccorso/emergenza da parte delle persone con polipatologie croniche che richiederebbero *setting* assistenziali adeguati, vuoi in funzione "preventiva" (evitare l'ospedalizzazione), vuoi "riabilitativa" (supportare la dimissione e favorire il rientro a domicilio);
3. **consumo di risorse per eccessivi trattamenti medici e chirurgici** ad alta intensità di cura in ambiti dove si può e si deve riorientare le cure, anche in fasi precoci delle malattie.

Per rispondere a questi nodi critici, nel documento metropolitano di programmazione affermiamo che "occorre recuperare una visione di sanità pubblica unitaria, in grado di individuare per ogni livello di attività le azioni più efficaci ed incisive. In questo senso l'assistenza territoriale, il sistema socio-sanitario e la rete ospedaliera sono aree dello stesso sistema, che devono essere concepite, programmate e gestite unitariamente".

L'attuale sistema di cura, infatti, tende a funzionare "*come un radar a cui il paziente appare per essere curato e scompare alla vista una volta guarito*". Perfetto per le malattie acute, ma non per le patologie croniche per le quali serve invece un modello di assistenza diverso. E' opinione comune e diffusa che siano ormai necessari dei cambiamenti organizzativi nel sistema di cura attuale per prevedere le condizioni di rischio ed attivare azioni ed interventi focalizzati sia sulla prevenzione (interventi sulla fragilità sanitaria e sociale) che sulle cure intermedie (interventi sulla cronicità).

E' in particolare il sistema delle **Cure Intermedie** che va, infatti, implementato. Si tratta del livello più strategico per la riorganizzazione dell'intero sistema sanitario e sociosanitario.

Nel documento di lavoro su citato, si ricorda come "le Cure Intermedie si caratterizzano per le attività e le strutture che comprendono, ma soprattutto per le relazioni interprofessionali che debbono avere e promuovere con tutti gli altri livelli di assistenza e cura. Nelle Cure Intermedie sono ricomprese le attività di presa in carico a lungo termine della popolazione anziana, l'assistenza domiciliare, gli ambulatori infermieristici, la rete delle cure palliative, le attività della geriatria territoriale, gli Ospedali di Comunità (OSCO) ed i letti tecnici assimilabili agli OSCO presso gli altri presidi ospedalieri, i PCAP (Punti di

² Macciocco, G. (2007), *Dal paradigma dell'attesa a quello dell'iniziativa. La strada per costruire il secondo pilastro della sanità*, Ann Ig, 19: 551-557.

Coordinamento della Assistenza Primaria) e la CEMPA (Centrale Metropolitana Post Acuzie), le attività del DSM/DP che comportano una presa in carico a lungo termine nei setting domiciliari e residenziali”.

Allo stesso tempo, esso dovrà integrarsi con il **Sistema sociosanitario**, il quale “si pone, dal punto di vista concettuale, sullo stesso livello di assistenza delle Cure Intermedie, pur avendo organizzazione e meccanismi di finanziamento autonomi. Esso condivide anche l’approccio basato sulla integrazione, in particolare tra sociale e sanitario, e la necessità di relazionarsi e collegarsi attivamente con tutti gli altri livelli della assistenza. Comprende tutti i servizi e le progettualità rivolti ai cittadini in situazioni di fragilità e di non autosufficienza ed ai loro caregiver, finalizzati alla promozione della autonomia, della qualità della vita e della prevenzione della non autosufficienza”.

Nel documento citato di programmazione metropolitana, sottolineiamo anche come l’accesso all’ospedale di pazienti in condizioni croniche o di subacuzie generi oggi un **uso improprio** di questo livello assistenziale esponendo i cittadini a rischi intrinseci delle strutture nosocomiali (infezioni ospedaliere, sindrome da allettamento, ecc.). La conseguenza è che non si può riorganizzare la rete ospedaliera in modo disgiunto dalla riorganizzazione territoriale, dovendo quest’ultima riappropriarsi della gestione di quella parte di patologie croniche, disabilità e fragilità che ancora oggi trova risposta nell’ospedale.

Da ultimo, il disegno non può prescindere dalla programmazione delle Case della Salute (CdS) e della **comunità professionale** che vi opera, oltre che dalla **comunità dei cittadini attivi** nelle funzioni di cura e assistenza solidale e familiare e nelle funzioni più francamente preventive e promozionali degli stili di vita. Il documento di programmazione metropolitano, su questi aspetti, è molto esplicito ed esaustivo con riguardo agli assetti possibili delle CdS e al set minimo di Servizi che devono ospitare per ogni ambito.

Qui, pertanto, tratteremo le ipotesi di riassetto distrettuale a partire dalle considerazioni generali, ivi contenute, disegnando lo scenario più appropriato alla luce delle indicazioni nazionali, regionali e aziendali.

Quale previsione della dinamica della domanda possiamo fare? Quali servizi dobbiamo implementare e come organizzarli? In quali tempi e modi dobbiamo riorganizzarli? Quali risultati ci attendiamo dal riassetto dei servizi?. Sono queste le domande che ci guidano in questa esposizione.

1.1 La Casa della Salute

Le caratteristiche del territorio del Distretto dell’Appennino bolognese sono tali da configurare una Casa della Salute (CdS) dove la **comunità dei professionisti**, assieme ai **cittadini attivi** variamente organizzati, operano secondo principi, valori e obiettivi comuni orientati al guadagno di salute della popolazione locale.

La CdS è progettata a partire dai seguenti criteri:

- **criterio Territoriale:** tre ambiti omogenei da presidiare con una rete di professionisti territoriali e ospedalieri corrispondenti ai bacini dei Nuclei di Cure Primarie (NCP);

- **criterio Funzionale:** alcune sedi possono ospitare équipe di MMG/PdLS (Vergato, Castiglione e Vado); altre (es: sede ospedale Costa Alto Reno Terme) possono essere organizzate con MMG/PdLS che operano nei loro ambulatori, privilegiando così la prossimità delle loro attività/ambulatori con gli utenti, ma in rete con il reparto di pediatria ospedaliera e gli ambulatori infermieristici.

La sede erogativa di **Vergato** funzionerà da **sede principale**, con funzioni di *perno* per le altre sedi erogative (Porretta, Castiglione, Vado, Marzabotto, San BenedettoVS) attivando tutti i processi assistenziali e organizzativi utili e funzionali alle cure e all'assistenza dei cittadini del Distretto.

Nelle varie sedi - con diversa distribuzione delle risorse professionali e tecnologiche - saranno attivi **punti di primo accesso** (CUP e gli Sportelli Unici di Accesso-SUA, farmacie, Sportello Sociale e altri sportelli specialistici per singoli target di popolazione/patologia) e **punti di accoglienza e presa in carico** dell'assistenza sanitaria e sociale rivolte alla popolazione generale tramite la maggior capillarità possibile di medici e pediatri di famiglia (MMG e PdLS), oltre ai professionisti dediti alle popolazioni più fragili e socialmente vulnerabili: salute mentale, dipendenze patologiche, disabili, anziani, minori e famiglie vulnerabili.

Rimarranno attivi i punti di **Continuità Assistenziale** (Castiglione de Pepoli, Alto Reno Terme, Lizzano in Belvedere, Vergato, Monzuno) dove operano medici che garantiscono la continuità assistenziale nelle ore e giornate non presidiate dai medici di famiglia anche cercando la massima sinergia con i punti di pronto soccorso/emergenza presenti sul territorio delle due vallate (valle del medio ed alto Reno e valle del Setta).

I **Punti Prelievo** saranno dislocati in sedi capillarmente distribuite secondo il disegno richiesto dalle direttive regionali che prevede una organizzazione volta a garantire la massima fruibilità da parte della popolazione tramite l'attivazione di tutti professionisti, medici e infermieri, implicati che operano capillarmente sul territorio.

Saranno inoltre presenti, variamente distribuite:

- le **attività specialistiche ad alto utilizzo**, assieme alla **dotazione diagnostica** di base presente sia nelle sedi pubbliche che del privato accreditato, a copertura del fabbisogno della popolazione locale: oculistica, cardiologia, dermatologia, urologia, pneumologia, otorinolaringoiatria-ORL, odontoiatria (con **accesso privilegiato per persone ad alta vulnerabilità sanitaria**), diabetologia, fisiatria, ortopedia, ginecologia, gastroenterologia, geriatria, nefrologia, oncologia, neurologia, oculistica, endocrinologia, radiologia;
- le **specialistiche ad utilizzo meno frequente o ad alta complessità** (es: diagnostica complessa come TAC e RM) a copertura del fabbisogno sia della popolazione locale che di area metropolitana, saranno invece garantite presso le strutture pubbliche e private accreditate secondo un programma aziendale di garanzia della copertura delle liste di attesa e del rispetto dei tempi di erogazione;

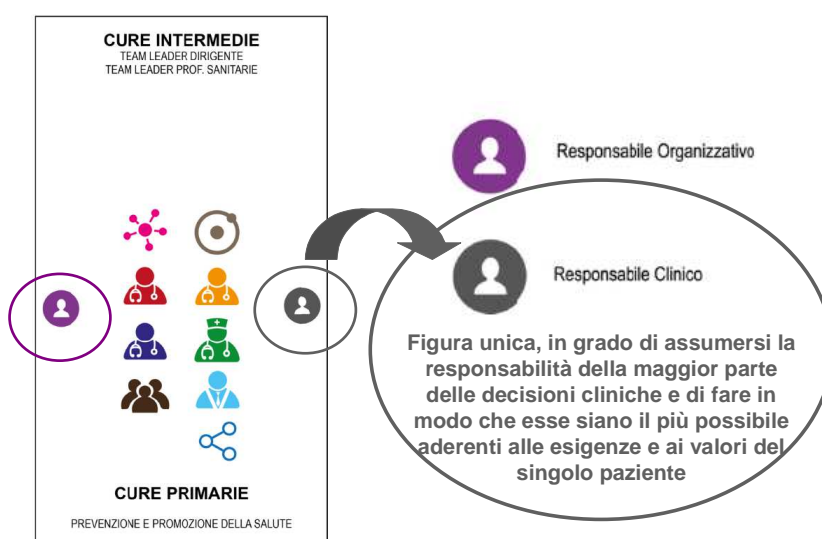
- i **MMG/PdLS**, organizzati in équipes e in rete nell'ambito dei loro specifici NCP e i medici operanti nei vari punti di CA-Continuità Assistenziale; alcuni di questi sono ospitati nelle strutture poliambulatoriali pubbliche (CdS) per facilitare la relazione con gli specialisti che ivi operano; altri opereranno capillarmente nelle singole sedi ambulatoriali, in rete ed organizzati in team;
- le équipes dei **Consultori Pediatrici e Familiari** organizzati secondo modalità di intervento che privilegiamo l'accesso diretto e l'attivazione dei percorsi di cura (es: Percorso nascita) per le popolazioni più critiche o con bisogni specifici;
- i **Servizi della Salute** mentale organizzati secondo una stadiazione dei bisogni (dai più grave e complessi, ai meno gravi) che permetta la presa in carico in ambiti di cura prossimi e in stretta collaborazione con i medici e pediatri di famiglia (supporto e counseling psicologico e psichiatrico di base, ecc.);
- il **Servizio Sociale Territoriale** (Sportello Sociale e Servizio Sociale Professionale) ospitato nelle strutture sanitarie (CdS) o in rete con esse tramite le attività delle équipes multiprofessionali previste per l'accesso e la presa in carico delle popolazioni con alta vulnerabilità sociale e sociosanitaria;
- le attività rese nell'ambito dei **PDTA** (Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali) orientati a facilitare i percorsi di cura e assistenza delle persone particolarmente vulnerabili sul piano sanitario e sociosanitario che abbisognano di cure e assistenza continuative e ad alta intensità/complessità;
- le attività di **prevenzione e di promozione della salute** in collaborazione con l'Associazione locale e in integrazione con i Servizi Sociali ed Educativi in genere. Saranno valorizzati in particolare i progetti di **intercettazione attiva delle popolazioni fragili** tramite interventi comunitari che sviluppino partnership tra Istituzioni pubbliche e Soggetti sociali attivi sul territorio distrettuale per mettere a valore tutte le risorse comunitarie e familiari, anche tramite strumenti innovativi come i "*portafogli comunitari*" (insieme di risorse finanziarie ed economiche in genere attivate da diversi partners pubblici e privati per l'attivazione di progetti comunitari) e i "*budget di salute*" (insieme di risorse private e pubbliche da destinare a singoli progetti personalizzati di cura e assistenza). Assieme a questi saranno attivati i progetti di prossimità previsti dai **Piani di Zona** che hanno come target le popolazioni socialmente più vulnerabili e con stili di vita più a rischio.

La CdS integrerà la propria offerta con la **rete dell'emergenza-urgenza** locale garantendo un maggior supporto professionale alle équipes operanti nelle aree più critiche, anche in funzione di sostenere e integrare l'offerta garantita dalle organizzazioni di volontariato attive nel settore. Su tutto il territorio distrettuale, la rete di emergenza territoriale manterrà il suo attuale assetto di servizi a livello territoriale consolidando le collaborazioni attive con le organizzazioni di volontariato e svilupperà l'attività di **elisoccorso nelle ore notturne** (già attivo in una piattaforma presso il Comune di Gaggio Montano), secondo un programma di implementazione delle aree di atterraggio in corso di definizione con i Comuni locali.

La CdS di Vergato potrà, inoltre, ospitare **associazioni o organismi (CCM)** per le attività sussidiarie di auto mutuo aiuto (AMA), di promozione della salute e di controllo della qualità delle cure.

Da ultimo, la **governance** della CdS sarà strutturata al fine di attivare figure professionali capaci di governare sia gli aspetti organizzativi che clinico-assistenziali. Quello che più serve ai pazienti affetti da patologie concomitanti, fragili e/o con disabilità conseguenti è di poter contare su professionisti in grado di assumersi la responsabilità della maggior parte delle decisioni cliniche e assistenziali. Allo scopo si costituirà un **Team delle Cure Intermedie (TCI)** - composto da un medico con responsabilità cliniche, uno o più infermieri, un'assistente sociale e altri professionisti attivabili ad hoc (fisioterapista, altri) - capace di filtrare le richieste provenienti dai MMG e dagli ospedali (pronto soccorso/emergenza, reparti di medicina, geriatria, lungodegenze, riabilitazione...) per occuparsi dei percorsi di accesso e di cura di questa popolazione ai setting assistenziali più adeguati per la popolazione target sopra descritta.

Rappresentazione grafica della GOVERNANCE delle CURE INTERMEDIE



Così, con riguardo ai **servizi consultoriali familiari**, particolare rilievo dovrà essere garantito alle funzioni di supporto alla maternità nelle fasi neonatali garantendo adeguati supporti assistenziali, sia ambulatoriali che domiciliari. L'attività consultoriale deve poter contare su professionisti capaci e motivati per poter intercettare, anche proattivamente, bisogni e domande spesso latenti che producono diseguità nell'accesso ai servizi e disuguaglianze di salute, specie nelle fasce deboli di popolazione (es: popolazione di recente immigrazione). Prevediamo una riconfigurazione graduale dei servizi offerti sul territorio per una loro più incisiva ed efficace presenza sul territorio, anche consolidando il "**Percorso nascita**", modalità di erogazione dei servizi che garantisce un "pacchetto" di prestazioni (ecografie, analisi) adeguato alle esigenze delle puerpere e tutte le forme volte a mantenere alta la reputazione dei servizi pubblici offerti.

Inoltre, i Medici di famiglia, gli specialisti ambulatoriali, gli operatori dei consultori e dei servizi rivolti a popolazioni fragili e vulnerabili attiveranno la **presa in carico integrata** dei cittadini seguendo le indicazioni dei referenti delle "reti cliniche" e dei responsabili dei PDTA, specie se in presenza di situazioni di alta complessità/intensità assistenziale e di alta vulnerabilità sanitaria. Saranno determinanti le logiche di azione che privilegiano la relazione tra professionisti per facilitare l'accesso e la fruizione delle prestazioni ai

cittadini. In questo senso vanno le recenti esperienze di offerta di pacchetti di prestazioni da parte di specialisti che si mettono in relazione con i medici di medicina generale per condividere la storia clinica degli assistiti e le valutazioni cliniche necessarie ad evitare ridondanza di esami e tortuosità di percorso. Ci riferiamo, in particolare, ai progetti di **"specialistica evoluta"** (cardiologia, gastroenterologia, nefrologia, ed altre) che evocano, significativamente, una "medicina di relazione" - oltre che di "iniziativa" - per fronteggiare sprechi (spesso derivanti da un eccesso di prescrizioni di esami dovuti proprio a carenze comunicative), rischi clinici e insoddisfazione degli assistiti.

Un'altra esperienza significativa riguarderà le attività **odontoiatriche** ambulatoriali e le attività chirurgiche **maxillo facciali** che si renderanno disponibili presso le strutture locali (Porretta e Vergato) per utenza ad alta vulnerabilità sanitaria (persone con cardiopatie, neoplasie, gravi disabilità, altre), attivando percorsi ad accesso agevolato, anche in funzione preventiva.

Le **consulenze geriatriche** per le persone con fragilità sanitarie, in particolare con problemi di demenza, verranno consolidate e strutturate per garantire il supporto consulenziale necessario alle famiglie e ai care giver nelle fasi più critiche, anche sotto il profilo psicologico. I punti erogativi - *Centro Disturbi Cognitivi e Geriatria territoriale* - saranno mantenuti negli ambiti territoriali dei Nuclei delle Cure primarie (media e alta valle del Reno e valle del Setta).

Particolare rilievo assumeranno, infine, le **cure palliative**, garantite secondo gli standard indicati dalla DGR 2040/2015 che recepisce le indicazioni del DM «Salute» 70/2015 (Regolamento Legge 135/2012) e la DGR 560/2015 "Riorganizzazione delle rete locale di Cure Palliative". Oltre alle "cure attive" delle patologie oncologiche consolidando l'attuale assetto di servizi offerti, si vuole garantire anche le "cure palliative precoci" attraverso l'attivazione di un **ambulatorio dedicato per l'intercettazione precoce della domanda di cure palliative**, la consulenza ai familiari sulle scelte terapeutiche più appropriate e il governo dei percorsi di cura nella rete complessiva (dall'ospedale al domicilio). Qui opereranno sia professionisti del sistema sanitario pubblico che professionisti qualificati del privato sociale (associazioni organizzate per le cure palliative). Saranno consolidati anche tutti i percorsi di consulenza e cura al domicilio delle persone e l'ospitalità residenziale in luoghi adeguati e prossimi alle persone in condizioni di instabilità clinica, anche avvalendosi delle opportunità offerte dallo sviluppo delle cure intermedie.

Non ultime, si attiveranno tutte le opportunità offerte dai Progetti regionali e nazionali di implementazione dei **Servizi di telemedicina** - s'intende la trasmissione dei dati sanitari da diverse postazioni, come ad esempio il domicilio delle persone, e trattate da specialisti nell'ambito di un percorso di diagnosi, cura e riabilitazione o in funzione preventiva - previsti per le località caratterizzate da eccezionali difficoltà di accesso con l'obiettivo di garantire equità e appropriatezza nell'accesso e nella fruizione dei servizi disponendo di reti di telecomunicazione che permettano la gestione diffusa e in sicurezza delle informazioni cliniche per attività di monitoraggio, consulenza e/o refertazione a distanza. Saranno i servizi territoriali, in particolare, ad avvalersene nell'ambito del complesso delle attività preventive e curative rivolte alla popolazione più fragile e a rischio, si tratti di: iniziative legate alla prevenzione dei rischi cardiovascolari (persone a rischio per stili di vita insalubri); alla identificazione e presa in carico delle persone anziane con fragilità sanitaria e sociale; alla gestione integrata delle persone con polipatologie croniche in situazioni di

alta complessità assistenziale; alla educazione terapeutica finalizzata alla crescita delle competenze delle persone malate e all'autogestione delle patologie (es: automonitoraggio della glicemia in persone diabetiche) in diversi setting assistenziali e secondo metodiche "proattive" o di presa in carico integrata e continuativa.

Il centro di tali iniziative orientate a superare le barriere geografiche e ad evitare i tempi di attesa tipici degli ambulatori, sarà la **Casa della salute** dove sarà possibile implementare servizi di "telesalute" e "teleassistenza" per persone con patologie croniche quali il diabete, l'asma, i disturbi del sonno, la dialisi e altre, grazie a dispositivi tecnologici quali i Personal Medical Device-PMD che garantiscono condizioni di fruibilità di terapie e assistenza al domicilio, prima fruibili solo in ospedale e "teleconsultazione" tra operatori e tra operatori e pazienti in particolare in ambito radiologico e cardiologico.

In sintesi, nella sede **CdS** principale di **Vergato**, oltre alla attuale offerta di servizi specialistici e di diagnostica, saranno consolidate o implementate le funzioni di:

- **accoglienza**, con attenzione agli aspetti della relazione fra professionisti e fra professionisti e utenza, anche sviluppando sistemi innovativi di comunicazione e orientamento per fasce deboli e migliorando l'accesso alla struttura;
- **salute mentale primaria** (psicologo e psichiatra della CdS) per il supporto alle persone con problemi di salute mentale segnalate dai MMG e PdLS e con questi operanti in rete;
- **ambulatorio per le cronicità** a supporto dei percorsi di cura dedicati alle persone con fragilità sanitarie e socio-sanitarie;
- **medicina riabilitativa e fisioterapia** sia ambulatoriale che domiciliare orientandosi a creare un "Centro Ambulatoriale di Riabilitazione" di riferimento per tutto il distretto che disponga di professionisti qualificati nel campo medico, fisioterapico, logopedico e psicologico;
- **ambulatorio specialistico ortopedico** in rete con le attività chirurgiche ovunque garantite (distretto/ambito metropolitano);
- **chirurgia ambulatoriale** in rete con le attività a complessità maggiore, ovunque praticate (distretto/ambito metropolitano);
- **diagnostica**, consolidando le attività attuali e implementandole in particolare nelle fasce pomeridiane (es: utilizzo TAC con mezzo di contrasto) sia per le persone ricoverate che per le persone con patologie croniche con bisogni differibili (non urgenti), trattate ambulatorialmente, utilizzando in maniera ottimale la tecnologia esistente, oltre che potenziando l'attuale dotazione attraverso il ricorso all'associazionismo locale che si è dimostrato ulteriormente interessato a donare attrezzature tecnologiche di alto livello;
- ambulatorio **odontoiatrico** e **chirurgia maxillo facciale** per persone ad alta vulnerabilità sanitaria (disabili gravi e persone con malattie croniche);

- **cure palliative precoci** per le persone con patologie oncologiche assistibili negli altri nodi della rete delle Cure Palliative (domiciliare, hospice, ospedale).

Tabella riassuntiva dei SERVIZI MINIMI da garantire nelle CdS

PRESENTI AD OGGI	EVOLUZIONE E PROGRAMMAZIONE FUTURA
Portineria/accesso	Portineria ed accoglienza
CUP	Servizi per l'accesso (sportello unico e reti amiche esterne)
Ufficio protesica	Ufficio protesica (distribuzione ausili protesici e per l'incontinenza)
	Ufficio amministrativo e/o di Staff (eventuale)
Medicina generale	Medicina generale (di norma associati in gruppo)
Pediatria di Libera Scelta	PLS singoli o in associazione
Ambulatorio infermieristico	Ambulatorio infermieristico
	Ambulatorio per la cronicità
Assistenza infermieristica domiciliare	Assistenza infermieristica domiciliare
Punto prelievi	Punto prelievi
Continuità assistenziale (ex-Guardia medica)	Continuità assistenziale (ex-Guardia medica)
	Ambulatorio di continuità assistenziale
Punto di coordinamento dell'Assistenza Primaria	Punto di coordinamento dell'Assistenza Primaria (PCAP)
Punto di valutazione fisioterapica	Punto di valutazione fisioterapica
Servizio Sociale Territoriale e/o Unità Assistenziale Socio-Sanitaria (UASS)	Servizio Sociale Territoriale e/o Unità Assistenziale Socio-Sanitaria (UASS)
Consultorio di pediatria di comunità	Consultorio di pediatria di comunità
Consultorio familiare	Consultorio familiare
Ambulatorio/i del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche	Ambulatori del Centro di Salute Mentale e del SerT
Ambulatorio di Neuropsichiatria infantile	Ambulatorio di Neuropsichiatria infantile
	Psicologia di base
Ambulatori di specialistica ambulatoriale	Ambulatori di specialistica ambulatoriale (almeno il 70% delle branche specialistiche rappresentate)
	Diagnostica strumentale (RX, ECG, ECO, cabina audiologica)
	Ambulatorio oncologico e cure palliative
	Geriatria (ambulatorio di geriatria e sui disturbi cognitivi)
	Fisiatria e riabilitazione
	Palestra polifunzionale
	Ambulatorio del Dipartimento di Prevenzione
Assistenza farmaceutica	Assistenza farmaceutica comprensiva di servizio di erogazione diretta
	Spazi/uffici per associazioni di volontariato

1.2 Le strutture ospedaliere

In ragione di valutazioni di carattere logistico e tecnico, che sintetizzeremo di seguito, il gruppo di lavoro propone il seguente disegno di offerta ospedaliera.

Le tre strutture ospedaliere presenti sul territorio, nelle due vallate, acquisiranno una "vocazione prevalente" così articolata:

- o la **struttura di Porretta** sarà prevalentemente orientata a consolidare la sua vocazione per la cura delle malattie in fase acuta, sviluppando le funzioni chirurgiche, in rete con le altre strutture dell'area metropolitana;
- o la **struttura di Vergato** sarà prevalentemente orientata alle cure intermedie, ma manterrà le funzioni di ospedale per acuti per il target di persone e problemi sanitari compatibili con ricoveri trattabili in reparti di medicina interna e di lungodegenza;
- o la **struttura di Castiglione** (Casa di Cura Villa Nobili) consoliderà la sua vocazione di struttura territoriale integrata alla rete ospedaliera metropolitana per le funzioni che rispondono, prevalentemente, ai bisogni della popolazione della valle del Setta.

Nelle tre strutture saranno presenti le funzioni di **pronto soccorso/emergenza** garantite nelle 24 ore. Nelle sedi di Vergato e Porretta, progressivamente, entreranno in servizio medici dell'area dell'Emergenza, coadiuvati dai medici e dagli infermieri operanti nei reparti della struttura e con essi in stretta relazione funzionale.

In tutte le strutture ospedaliere, va ricordato, saranno potenziate le attività di **dimissione protetta** per evitare lunghe ospedalizzazioni improprie e per garantire agli utenti e alle loro famiglie un adeguato percorso assistenziale di rientro al domicilio o l'ospitalità presso le strutture sociosanitarie, qualora richiesto dalle condizioni sanitarie e sociali dei singoli utenti. Il Team delle Cure Intermedie dovrà intercettare gli utenti fin dalle fasi di accesso alle strutture ospedaliere (tramite accesso ai punti di pronto soccorso/emergenza, tramite accesso mediato dai MMG ai PL Cure Intermedie) e curarne le dimissioni in stretta collaborazione con le famiglie e quanti operano nel sistema delle cure e dell'assistenza sia sociale, che sociosanitaria e sanitaria.

1.2.1 Ospedale di Porretta

Più in specifico, l'**Ospedale di Porretta** si distinguerà sempre di più come ospedale che dovrà essere in grado di garantire:

- o attività di ricovero per malattie in fase acuta al servizio, in particolare, della popolazione del Distretto;
- o attività chirurgica di bassa-media complessità di cura, inclusa l'attività urologia (potenziamento) e ortopedica (integrazione con le funzioni geriatriche, fisiatriche, cardiologiche, psichiatriche presenti

in struttura) anche sviluppando sinergie e reti integrate con altri ospedali metropolitani per interventi elettivi ad alta specializzazione e/o in urgenza nell'ambito, per esempio, dell'attività ortopedica, sia essa in regime ordinario che di Day Hospital e Day Surgery.

Presso l'Ospedale di Porretta sarà mantenuta e potenziata, pertanto, la degenza ordinaria e di day hospital per le aree chirurgica, materno-infantile. Verrà potenziata l'attività di cura degli esiti da ictus (*stroke care*) attraverso l'attivazione della trombolisi.

Con riguardo all'attività pediatrica verrà costituita una rete tra i pediatri che operano in ospedale e i pediatri di famiglia (PdLS). Sarà quindi implementato l'**ambulatorio ad accesso diretto** per le consulenze e le visite di bambini in condizioni di urgenza ed emergenza in ospedale. Sarà inoltre attivato un **ambulatorio infermieristico-medico** per supportare i PdLS nelle loro attività ordinarie, in particolare per il supporto nei bilanci di salute/di crescita, vaccinazioni, educazione sanitaria, percorsi per bambini con malattie croniche, ecc..

L'assetto su rappresentato vuole perseguire: efficacia delle cure; sicurezza per le persone ricoverate; efficienza nell'utilizzo della tecnologia, del personale e delle sale operatorie. In tale direzione va anche la proposta di trasferire l'**attività chirurgica ortopedica** dalla struttura di Vergato all'ospedale di Porretta. Essa infatti, a parere del gruppo di lavoro, permette di ottenere alcuni significativi vantaggi, in particolare:

- l'ospedale di Porretta è sismicamente adeguato; la struttura di Vergato, invece, dovrebbe essere adeguata dal punto di vista sismico per poter mantenere le funzioni chirurgiche ortopediche;
- i relativi costi per adeguare l'attuale blocco operatorio di Porretta e gli spazi di supporto necessari sono di molto inferiori rispetto alle ipotesi di interventi presso l'ospedale di Vergato (in un rapporto che varia da 1 a 5 a 1 a 10, a seconda delle varie ipotesi di interventi strutturali sull'una o sull'altra struttura);
- ma, in particolare, la struttura di Porretta può contare su opportunità clinico-funzionali che integrano le attività prettamente ortopediche, come le consulenze ortogeriatriche, cardiologiche, fisiatriche, neurologiche o psichiatriche; ciò permette di trattare in loco tutte le patologie interagenti in sicurezza e con maggiore efficacia, con adeguata competenza clinica. A titolo di esempio, si pensi al caso di anziani affetti da polipatologie (diabetici, cardiopatici...), in trattamento polifarmacologico con frattura di femore che abbisognano, oltre che dell'intervento ortopedico, anche di cure diversificate e di trattamenti farmacologici più corretti e sicuri (garantiti da un "processo di ricognizione e riconciliazione" della terapia farmacologia); oppure al caso di malattie a "rischio anestesologico" che richiedono un monitoraggio continuo dei parametri vitali (ECG, pressione, saturazione...).
- da ultimo, l'utilizzo pieno delle sale operatorie, dei locali di degenza, della tecnologia e del personale impiegato permette di evitare inefficienze e sprechi e di utilizzare le risorse liberate per consolidare i servizi territoriali delle cure primarie e intermedie che funzioneranno da nodi della rete di cura specialistica e di base come l'attività di riabilitazione o lo stesso **ambulatorio specialistico di ortopedia** che sarà attivo nella CdS di Vergato, più prossimo alle esigenze dei cittadini della

comunità di riferimento (media valle del Reno e valle del Setta), anche per bisogni pre e post operatori.

1.2.2 Ospedale di Vergato

L'**Ospedale di Vergato** garantirà nuove opportunità assistenziali per le persone con malattie croniche assicurando loro possibilità di ricovero e cure medico-infermieristiche appropriate. Come abbiamo riferito sopra, per il paziente anziano, così come per il soggetto polipatologico o affetto da patologie croniche, il Medico di Medicina Generale (MMG), spesso si trova ad affrontare situazioni di acuzie che, per le caratteristiche del domicilio e/o del contesto socio-familiare, portano ad un inappropriato ricovero ospedaliero. Occorre, quindi, un maggior investimento dal punto di vista organizzativo e delle risorse che verrà centrato sul **consolidamento del sistema delle cure intermedie** sia a livello territoriale che ospedaliero.

Nei luoghi di assistenza dedicati alle cure intermedie, le persone con patologie croniche a prevalente bisogno di **cure e assistenza sanitaria e sociosanitaria**, oltre che **riabilitativa**, troveranno ospitalità temporanea senza aver bisogno di essere ricoverate nei reparti di Medicina. Ad oggi, una buona parte delle persone ricoverate nei reparti di Medicina Interna, infatti, presenta caratteristiche (persone prevalentemente anziane con polipatologie) e bisogni tali (assistenza continuativa socio-sanitaria) da meritare setting diversi di cura e assistenza, più adeguati alle loro esigenze, oltre che a quelle dei loro familiari e caregiver.

Questo nuovo setting assistenziale sarà collegato, strutturalmente e funzionalmente, ai servizi fruibili presso la Casa della Salute e in rete con gli altri servizi di cure intermedie, come i servizi sanitari territoriali e socio-sanitari residenziali e semiresidenziali, con cui sviluppare sinergie di gestione degli assistiti, sia in ingresso che in dimissione ospedaliera. Esso si integra a pieno titolo:

- con i progetti a sostegno della domiciliarità, avendo il comune obiettivo primario di favorire il rientro a domicilio delle persone;
- con la rete delle strutture socio-sanitarie (in primis, le Case Residenza Anziani) che accolgono temporaneamente anziani non-autosufficienti in dimissione protetta dagli ospedali;
- con la rete delle cure ospedaliere a lunga permanenza (lungodegenze) e la riabilitazione estensiva oltre che con le cure palliative per persone con problemi oncologici.

Considerando il target di utenza potenziale rappresentato dalle persone che presentano indici di fragilità medio/alti che hanno ricevuto 2 o più ricoveri in un anno, la dinamica dei ricoveri potenzialmente inappropriati relativi ai casi con patologie croniche "sensibili al trattamento ambulatoriale" - ad oggi ricoverati nei reparti di medicina, lungodegenza e geriatria - e le persone con fratture di femore che abbisognano di riabilitazione la stima è di circa **900 casi**, per un ammontare di 1.800-1.900 giornate di degenza in circa **20/21 PL utili**.

Ipotizziamo, allora, di attivare inizialmente **10 PL di Cure Intermedie** rivedendo solo parzialmente la dotazione di PL di Medicina (17) e di Lungodegenze (6): stimiamo di riconvertire 5 PL, con un **saldo**

positivo di 5 PL, passando dai 23 attuali a 28. L'attività verrà organizzata valorizzando gli accessi da domicilio/pronto soccorso per almeno il 50% dei casi.

Nel corso del tempo si valuterà il fabbisogno emergente e si implementerà l'assistenza necessaria, integrandola con le funzioni di **Medicina interna** e di **Lungodegenza** che saranno mantenute presso la struttura per l'assistenza a persone con malattie acute.

La gestione sarà affidata a medici e infermieri formati e motivati nella cura e assistenza di persone con polipatologie a decorso cronico secondo le indicazioni contenute nelle linee guida aziendali. Il medico ospedaliero di Medicina Interna, che avrà la responsabilità della gestione dovrà garantire il supporto necessario ai medici di famiglia (MMG) che hanno in carico gli utenti ricoverati nella maggior parte dei casi trattati al domicilio e nell'ambito dei percorsi di cura (PDTA) dedicati a target specifici (cardiopatici, diabetici, affetti da BPCO, ecc.). Ogni MMG dovrà seguire, secondo proprie disponibilità, l'evolversi delle cure per garantire una adeguata continuità delle stesse al rientro al domicilio. Stessa dinamica si realizzerà tra le componenti professionali assistenziali (infermieri e altri professionisti sanitari) per garantire processi di cura efficaci e continuità di azione con i professionisti che operano a livello ambulatoriale e domiciliare, ivi inclusi familiari e caregiver.

Sarà inoltre consolidata la funzione di **riabilitazione funzionale** nelle diverse fasi di intervento per tutta la casistica eleggibile, in particolare per utenti con problemi neurologici (ictus, mielolesioni, SLA, esiti da traumi, ecc.) o con esigenze di riabilitazione a seguito di interventi ortopedici (frattura del femore, ginocchio, anche, altre fratture). Oltre al setting ospedaliero, si avrà cura di consolidare le risorse nei setting più prossimi all'utenza più fragile, quali le sedi ambulatoriali e lo stesso domicilio delle persone (siano esse ospiti di strutture sociosanitarie o al proprio domicilio), avendo cura di sviluppare le attività dei **Punti di valutazione Fisioterapica** per la valutazione del livello di complessità del bisogno riabilitativo - a partire dalle condizioni sociali degli utenti, delle loro famiglie e delle reti di cura - e delle condizioni di eleggibilità dell'intervento riabilitativo, specie se previsto a domicilio. E' solo il caso di ricordare che la fragilità sanitaria è spesso associata a quella sociale, come abbiamo su riferito, e sono le condizioni personali, familiari e delle reti di cura a condizionare il percorso di riabilitazione, l'assorbimento di risorse professionali e tecnologiche a questo associate, il setting assistenziale e il suo stesso esito (a titolo di esempio, si pensi ad una frattura di femore in un anziano in assenza di una rete familiare e di cura).

Inoltre, saranno, garantite le **funzioni di dialisi** (Centro Dialisi ad Assistenza Limitata – CAL) secondo l'attuale organizzazione, rivolte ad una popolazione sempre più vasta e in età anche avanzate. Allo scopo, sarà implementato un **ambulatorio multiprofessionale per la presa in carico precoce** delle persone che soffrono di insufficienza renale progressiva. Accanto al CAL, infatti, si attiverà un team di operatori composto da nefrologo, infermiere, dietista e psicologo che collaboreranno con i medici di medicina generale per una presa in carico precoce di queste persone, anche al fine di contenere l'accesso alle cure dialitiche o per permettere queste ultime in setting assistenziali quali il domicilio o il reparto di cure intermedie. Anche in questo ambito la relazione "evoluita" tra specialisti e medici di medicina generale potrà facilitare l'accesso alle cure e garantire una maggiore appropriatezza ed efficacia delle stesse (dal modello "gastropck" a "nefropack"). Non ultime, si garantiranno le cure alle persone temporaneamente presenti sul

territorio (turisti, domiciliati temporaneamente) nei periodi estivi anche nelle ore serali per garantire un migliore permanenza e fruibilità delle giornate di riposo e svago.

Da ultimo, anche le **funzioni oncologiche** saranno garantite secondo i migliori standard assistenziali previsti dalla DGR 463/2016 ("Linee di indirizzo per la conversione in regime ambulatoriale dei Day Hospital oncologici in E.R.") che si richiama all'appropriatezza clinico-organizzativa e all'erogazione delle prestazioni ad un adeguato livello di assistenza seguendo i progressi ottenuti in campo medico, tecnologico e farmaceutico che hanno, infatti, consentito di tramutare molte prestazioni, tradizionalmente erogate in regime di ricovero ospedaliero, in attività assistenziali a minore intensità, mantenendo, al contempo, un analogo livello di efficacia e sicurezza. Alcune di queste prestazioni potranno contare sul supporto degli anestesisti che si renderanno disponibili, quando necessario e in momenti dedicati, nei casi di somministrazione di specifiche terapie farmacologiche (farmaci di nuova generazione con somministrazione endovenosa) che possono causare particolari intolleranze e rischi avversi. Particolarmente curata sarà la relazione con le Associazioni che si dedicano alla cura e all'assistenza palliativa con competenza e qualità apprezzate sia dalla popolazione servita che dagli operatori del servizio pubblico. Così come sarà curata e implementata l'attività prevista nei vari percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) dedicati alle persone con patologie oncologiche a più larga diffusione. Anche per queste funzioni verrà garantito l'accesso alle cure nel periodo estivo per le persone temporaneamente presenti sul territorio al fine di garantire loro un soggiorno più sereno e senza soluzioni di continuità.

1.2.3 Ospedale di Castiglione

La **struttura ospedaliera di Castiglione (C.C. Villa Nobili)** manterrà le attuali funzioni di ricovero e chirurgia: lungodegenze, chirurgia generale, medicina, ortopedia e traumatologia, dialisi, oltre che di pronto soccorso/emergenza sulle 24 ore. La Casa di Cura svolge funzioni di ospedale per il territorio ed eroga prestazioni plurispecialistiche. Collabora attivamente nelle diagnosi e follow-up di pazienti oncologici, accogliendo pazienti oncologici solamente in lungodegenza o per trattamenti di supporto. In futuro, si prevede possa sviluppare attività ad integrazione della rete di servizi essenziali per la popolazione distrettuale e, in particolare, della vallata del Setta secondo piani di produzione concordati con l'Ausl committente.

2. La dinamica della domanda attesa

Dall'analisi dei dati, possiamo ipotizzare che la dinamica della domanda mantenga un sostanziale orientamento verso una marcata **preferenza dei cittadini del distretto per i servizi locali**, pubblici e privati accreditati.

In particolare, per la struttura di **Vergato**:

- gli accessi alla struttura ospedaliera e ai servizi della casa della Salute rimarranno sostanzialmente simili a quelli attuali;

- ipotizziamo una riduzione degli accessi ai servizi di pronto soccorso/emergenza per la sola componente dei casi codificati come "traumi" che vedranno una dinamica di utilizzo, simile all'attuale anche se in proporzioni diverse, su 3 poli: Vergato, Porretta e i punti di pronto soccorso/emergenza dell'area cittadina;
- i ricoveri in Medicina Interna subiranno una riduzione, ma saranno compensati dai ricoveri nei PL Cure Intermedie, implementati progressivamente fino a raggiungere i **900 casi eleggibili** di cui abbiamo detto sopra;
- aumenteranno gli accessi per alcune fasce di popolazione servite con nuovi servizi ambulatoriali e domiciliari: anziani fragili, con demenza, malati oncologici con accesso alla cure palliative, persone con problemi di salute mentale lieve o temporanea;
- gli accessi per le cure chirurgiche ambulatoriali rimarranno stabili, anche se ridefiniti nella tipologia e complessità;
- i flussi della domanda per tutti gli altri servizi (dialisi, oncologia, servizi diagnostici e specialistici, servizi di cure primarie, consultoriali e servizi per le fasce deboli di popolazione) rimarranno immutati.

Infine, ci attendiamo un miglioramento complessivo degli aspetti qualitativi riferiti all'accesso (accesso diretto, presa in carico continuativa degli specialisti, qualità delle soluzioni logistiche) e alla performance (consulenze, ambulatori dedicati a popolazioni deboli e fragili, ecc..).

Dinamica della domanda attuale e attesa (Vergato)

SERVIZI	OGGI	IN FUTURO
Accesso complessivo	Alto indice di dipendenza dalla struttura (Ospedale e CDS)	Nessuna variazione del trend
Funzioni di pronto soccorso/emergenza	Alto indice di dipendenza dalla struttura per i cittadini della media valle del Reno	Nessuna variazione, eccetto che per gli accessi per "traumi" che verranno assorbiti indicativamente da Porretta per i 2/3 e Bologna per la parte restante
Ricoveri in Medicina Interna	600 casi/anno	In diminuzione, compensati dai ricoveri nei PL Cure Intermedie
PL Cure Intermedie	Non presente	In progressivo aumento, sia da dimissione ospedaliera, sia da domicilio/PPI
Ortopedia	Oltre 660 casi/anno (ricovero Ordinario, DH e DS)	Nessuna variazione dell'attività trasferita presso il presidio di Porretta
Dialisi	Accessi programmati	Nessuna variazione
Chirurgia ambulatoriale	540 casi/anno	Nessuna variazione, se non in ordine alla casistica
Oncologia	300 casi/anno	Nessuna variazione
Specialistica	Accessi programmati a CUP	Aumento degli accessi con presa in carico degli specialisti
Consultori	Accessi liberi e programmati	Nessuna variazione
Servizi sociosanitari	Accessi liberi e programmati	Nessuna variazione

Per la struttura di **Porretta**:

- gli accessi alla struttura ospedaliera e ai servizi della casa della Salute aumenteranno per effetto del trasferimento di funzioni chirurgiche (ortopedia); per effetto di eventuale concentrazione di attività specialistica ortopedica rivolta a tutti i cittadini dell'area metropolitana e per l'aumento di produzione in ambiti critici per i cittadini del distretto (urologia);

- ipotizziamo un aumento degli accessi ai servizi di pronto soccorso/emergenza per la sola componente dei casi codificati come "traumi"; gli accessi seguiti da ricovero avranno un trend in aumento per questa casistica;
- i ricoveri in Medicina Interna aumenteranno in ragione dell'incremento dell'attività chirurgica qui concentrata;
- i ricoveri e le attività di DH e DS e ambulatoriali chirurgiche (inclusa urologia e ortopedia) aumenteranno in ragione della concentrazione delle funzioni chirurgiche;
- i flussi della domanda per tutti gli altri servizi (servizi diagnostici e specialistici, servizi di cure primarie, consultoriali e servizi per le fasce deboli di popolazione) non subiranno modifiche.

Miglioreranno gli aspetti qualitativi riferiti all'accesso e alla performance.

Dinamica della domanda attuale e attesa (Porretta)

SERVIZI	OGGI	IN FUTURO
Accesso complessivo	Alto indice di dipendenza dalla struttura (Ospedale e CDS)	Nessuna variazione del trend
Funzioni di pronto soccorso/emergenza	Alto indice di dipendenza dalla struttura per i cittadini della alta valle del Reno	Nessuna variazione, eccetto che per gli accessi per "traumi"
Ricoveri in Medicina Interna	1.750 casi/anno	In diminuzione; compensati in aumento dai ricoveri nei PL Cure Intermedie presso la struttura di Vergato
Ginecologia/Pediatria	400 casi/anno (Ricoveri Ordinari, DH e DS)	Nessuna variazione
Ortopedia	Non presente	Mantenimento attività realizzata nel presidio di Vergato
Chirurgia generale/Urologia e Oculistica	Circa 1.000 casi/anno (Ricoveri Ordinari, DH e DS e ambulatoriale)	Trend in aumento
Specialistica	Accessi programmati a CUP	Aumento degli accessi con presa in carico degli specialisti
Consultori	Accessi liberi e programmati	Nessuna variazione
Servizi sociosanitari	Accessi liberi e programmati	Nessuna variazione

Per le **altre strutture territoriali** (pubbliche e private accreditate) e **ospedaliere** (C.C. Villa Nobili) del Distretto:

- gli accessi complessivi alla struttura ospedaliera Villa Nobili di Castiglione dei Pepoli (servizi di pronto soccorso/emergenza, chirurgia, medicina, lungodegenze e ortopedia) e manterranno la dinamica registrata negli ultimi anni;
- i flussi della domanda per i servizi diagnostici e specialistici non subiranno modifiche se non in ragione di programmazioni aziendali tendenti a contenere le criticità nell'accesso a prestazioni specialistiche con liste e tempi di attesa potenzialmente critici o con flussi di mobilità verso altri presidi extra aziendali ed extra regionali;
- servizi di cure primarie, consultoriali e servizi per le fasce deboli di popolazione saranno interessati da programmi di consolidamento e sviluppo in particolare per le componenti preventive (adesione agli screening, promozione della salute e di stili di vita salubri) e assistenziali di base (punti di accesso alle cure primarie, assistenza domiciliare infermieristica, medica, riabilitativa e sociosanitaria).

Dinamica della domanda attuale e attesa (Strutture poliambulatoriali e ospedaliere)

SERVIZI	OGGI	IN FUTURO
Accesso complessivo	Alto indice di dipendenza dalle strutture territoriali per i cittadini del Distretto. Basso indice di dipendenza dalla struttura ospedaliera di Castiglione per i cittadini della valle del Setta	Variazione in relazione ai bisogni dei cittadini, in particolare per le prestazioni critiche ad alta complessità
Funzioni di pronto soccorso/emergenza	Basso indice di dipendenza dal servizio per i cittadini del Distretto; più marcato per i cittadini della alta valle del Setta	Nessuna variazione
Ricoveri ospedalieri (c/o Villa Nobili)	Trend stabile, coerente con la programmazione aziendale	Possibili variazioni soggette a programmazione e negoziazione in relazione alle esigenze locali
Specialistica ambulatoriale	Accessi programmati e negoziati	Variazione in relazione ai bisogni dei cittadini, in particolare per le prestazioni critiche ad alta complessità
Servizi consultoriali e di cure primarie	Accessi liberi e programmati	

3. Fasi di attuazione ed esiti

La nostra ipotesi è di avviare il programma di riordino – previa approvazione da parte degli organismi competenti e dopo averlo comunicato alla popolazione e alle diverse rappresentanze sociali secondo modalità e tempi definiti dal Comitato di Distretto e dalla CTSS - secondo un ordine di priorità e una tempistica di azione.

Proponiamo un programma che si propone di procedere per fasi di azione (*step by step*). Ad ogni fase segue una valutazione degli esiti e una nuova programmazione delle azioni necessarie. Ciò permetterà di sperimentare e monitorare quanto programmato e di ri-programmare le azioni previste nella fase successiva con i dovuti correttivi.

Indichiamo di seguito le **macro-azioni principali** interessate dal riordino dei servizi territoriali ed ospedalieri:

Fase 1

Azione: Consolidamento assetto organizzativo delle Cure Intermedie

Processo:

1. predisposizione dell'assetto organizzativo delle cure intermedie e del Team delle Cure Intermedie;
2. valutazione processi ed esiti.

Valutazione di processo e di esito:

- o valutazione della qualità dell'assetto e della preparazione del personale (in fase preliminare).

Tempi: 2° semestre 2017 (avvio) e 1° semestre 2018 (consolidamento)

Fase 2

Azione: Implementazione CDS principale e collegate e sviluppo delle comunità professionali

Processo:

1. revisione dell'assetto logistico della CDS principale di Vergato (accesso alla CdS; assetto logistico dei servizi);
2. implementazione attività principali: specialistica evoluta, ambulatorio cronicità, psicologia di base, ambulatorio precoce cure palliative, medicina riabilitativa, integrazione attività pediatrica H/T, ambulatorio odontoiatrico per utenti con alta vulnerabilità sanitaria;

3. formazione comune di tutte le componenti professionali mediche e assistenziali della CdS funzionale all'avvio della "comunità professionale";
4. valutazione processi ed esiti.

Valutazione di processo e di esito:

- o valutazione della qualità dell'assetto e della preparazione del personale (in fase preliminare);
- o valutazione delle attività rese nei primi 6 mesi di attività;

[Indicatori: numero di utenti intercettati nelle diverse attività di servizio]

- o valutazione della soddisfazione degli utenti/familiari e degli operatori dopo i primi 6 mesi.

Tempi: biennio 2018-2019

Fase 3

Azione: Avvio servizi di ricovero per gli utenti con esigenze di Cure Intermedie (attivazione dei primi 10 PL Cure Intermedie) presso lo stabilimento di Vergato

Processo:

1. predisposizione dell'assetto logistico della struttura di Vergato
2. predisposizione dell'assetto del personale medico e infermieristico;
3. condivisione del modello organizzativo e delle procedure standard
4. formazione comune di tutte le componenti professionali mediche e assistenziali implicate (medici ospedalieri, MMG, infermieri, tecnici della riabilitazione, assistenti sociali);
5. comunicazione sociale;
6. avvio servizio;
7. valutazione processi ed esiti;
8. eventuale ridefinizione dei processi.

Valutazione di processo e di esito:

- o valutazione della qualità dell'assetto e della preparazione del personale (in fase preliminare);
- o valutazione dell'attività di ricovero in progress nei primi 6 mesi di attività;

[Indicatori: numero di ricoveri da domicilio tramite MMG (50% atteso) e da dimissione ospedaliera e/o strutture residenziali (50% atteso) per caratteristiche di accesso e di casistica; esiti clinico assistenziali indicati dalla RER afferibili a:

- o *Tasso di ricovero della popolazione 65-74 aa e ultra75enne;*

- *Tasso di re-ricovero nei PL Cure Intermedie per qualsiasi diagnosi a 30 giorni 65-74 aa e ultra75enni*
- *Tasso di ricovero in ospedale per acuti (durante la degenza nei PL CI)*
- *Tasso di re-ricovero in ospedale per acuti entro 30 giorni dalla degenza nei PL CI*
- *Mortalità durante il ricovero in PL CI.*
- valutazione della soddisfazione degli utenti/familiari e degli operatori dopo i primi 6 mesi.

Tempi: 1° e 2° semestre 2018

Fase 4

Azione: Avvio attività di ortopedia e implementazione nuove attività chirurgiche presso lo stabilimento di Porretta

Processo:

1. predisposizione della struttura di Porretta dal punto di vista logistico e strutturale;
2. predisposizione dell'assetto del personale medico e infermieristico;
3. comunicazione sociale;
4. avvio trasferimento;
5. valutazione processi ed esiti;
6. eventuale ridefinizione dei processi.

Valutazione di processo e di esito:

- valutazione della qualità della logistica (in progress, nei primi 3 mesi);
- valutazione dell'attività di ricovero dopo i primi 6 mesi di attività;

[indicatore: mantenimento del numero complessivo di ricoveri e di attività in DH e DS registrato nel 2016]

- valutazione della soddisfazione degli utenti e degli operatori dopo i primi 6 mesi.

Tempi: 1° semestre 2018

Fase finale

Azione: valutazione finale dei processi e degli esiti della programmazione

Processo:

1. predisposizione degli strumenti di valutazione e dei contenuti della stessa assieme ai diversi "portatori di interessi": direzione generale e distrettuale, operatori, cittadini utenti e loro organismi rappresentativi;
2. avvio del processo di valutazione;
3. rappresentazione (bilancio sociale) e discussione sugli esiti della programmazione;
4. ridefinizione degli elementi critici o insoddisfacenti e nuova programmazione.

Tempi: avvio: indicativamente dopo i primi due anni di attività, ma da definirsi puntualmente in base all'evolversi delle azioni e dei loro esiti.

TIMING						
	2017		2018		2019	
	1° semestre	2° semestre	1° semestre	2° semestre	1° semestre	2° semestre
Programma lavori Gruppo tecnico						
Presentazione programma di Riordino						
Implementazione Programma Fase 1 - Assetto organizzativo Cure Intermedie						
Implementazione Programma Fase 2 - Implementazione CDS e sviluppo comunità professionali						
Implementazione Programma Fase 3 - Attivazione dei primi 10 PL Cure Intermedie H Vergato						
Implementazione Programma Fase 4 - Attività chirurgica ortopedica presso H Porretta						
Implementazione Programma Fase 5 - Attivazione ulteriori 10 PL Cure Intermedie H Vergato						

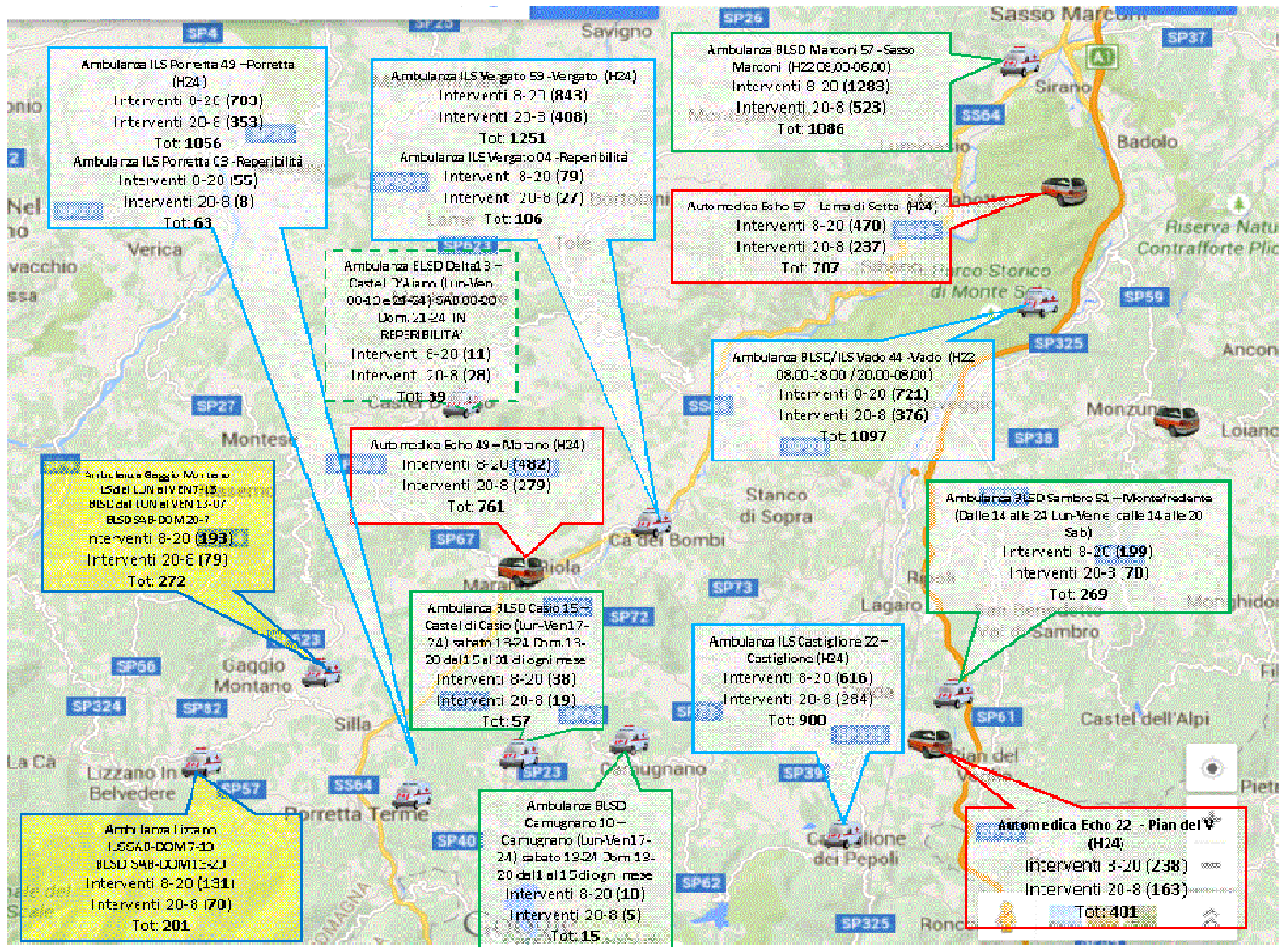
ALLEGATI

- 1. Offerta Specialistica Ambulatoriale**
- 2. Mappa rete emergenza**

Allegato 1. Offerta Specialistica Ambulatoriale

BRANCA	TIPO DI PRESTAZIONE	SEDE					
		PORRETTA TERME	VERGATO	CASTIGLIONE DEI PEPOLI SSN E PRIVATO ACCRED.	VADO	MARZABOTTO	S.BENEDETTO
CARDIOLOGIA	VISITA CARDIOLOGICA			PRIVATO ACCRED.			
	VISITA ANGIOLOGICA					PRIVATO ACCRED.	
	ECOCARDIOGRAMMA			PRIVATO ACCRED.			
	ECG DA SFORZO			PRIVATO ACCRED.		PRIVATO ACCRED.	
	ECG HOLTER					PRIVATO ACCRED.	
	ECOCOLORDOPPLER			PRIVATO ACCRED.		PRIVATO ACCRED.	
DERMATOLOGIA	VISITA DERMATOLOGICA			PRIVATO ACCRED.			
ENDOCRINOLOGIA	VISITA ENDOCRINOLOGICA			PRIVATO ACCRED.			
NEUROLOGIA	VISITA NEUROLOGICA					PRIVATO ACCRED.	
OCULISTICA	DIAGNOSTICA OCULISTICA					PRIVATO ACCRED.	
ORL	DIAGNOSTICA ORL					PRIVATO ACCRED.	
PNEUMOLOGIA	VISITA PNEUMOLOGICA						
ODONTOIATRIA	VISITA ODONTOIATRICA						
	VISITA ORTODONTICA						
	ODONTOIATRIA	PRIVATO ACCRED.	PRIVATO ACCRED.				
REUMATOLOGIA	VISITA REUMATOLOGICA						
CHIRURGIA	VISITA CHIRURGICA			PRIVATO ACCRED.			
	VISITA PROCTOLOGICA						
DIABETOLOGIA	VISITA DIABETOLOGICA						
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	VISITA FISIATRICA	SSN E PRIVATO ACCRED.					
	PRESTAZIONI RIABILITATIVE	SSN E PRIVATO ACCRED.					
ORTOPEDIA	VISITA ORTOPEDICA			PRIVATO ACCRED.			
UROLOGIA	VISITA UROLOGICA			PRIVATO ACCRED.			
GINECOLOGIA	VISITA GINECOLOGICA						
	ECOGRAFIE GINECOLOGICHE			PRIVATO ACCRED.			
NEFROLOGIA	VISITA NEFROLOGICA						
ONCOLOGIA	VISITA ONCOLOGICA						
GASTROENTEROLOGIA	VISITA GASTROENTEROL.						
	GASTROSCOPIA			PRIVATO ACCRED.			
	COLONSCOPIA			PRIVATO ACCRED.			
RADIOLOGIA	DIAGNOSTICA VASCOLARE					PRIVATO ACCRED.	
	RADIOLOGIA TRADIZ. RX			PRIVATO ACCRED.			
	TAC ENCEFALO						
	TAC ADDOME						
	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA			PRIVATO ACCRED.	PRIVATO ACCRED.	PRIVATO ACCRED.	
	DIAGNOSTICA RM			PRIVATO ACCRED.		PRIVATO ACCRED.	
	ALLERGOLOGIA PEDIATRICA						
ANESTESIA	VISITA ANESTESIOLOGICA						
	VISITA SENOLOGICA						
	VISITA MED. SPORTIVA						
	AMBULATORIO VACCINALE						
GERIATRIA	VISITA GERIATRICA						

Allegato 2. Mappa rete emergenza



COMUNE DI GRIZZANA MORANDI
CITTÀ METROPOLITANA DI BOLOGNA

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

CONSIGLIO COMUNALE

N. 36

SEDUTA DEL 28 settembre 2017

OGGETTO: **COMUNICAZIONI DEL SINDACO.**

SERVIZIO PROPONENTE: **Servizio Segreteria Generale**

PARERI DI CUI ALL' ART. 49, COMMA 1 D.Lgs. 267/2000

IL
RESPONSABILE
DEL SERVIZIO

Per quanto concerne la regolarità tecnica esprime parere :

FAVOREVOLE

Si

No

Data 28/09/2017

IL SEGRETARIO COMUNALE

F.to Dott. Claudio Poli

DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO COMUNALE NR. 36 DEL 28/09/2017

Letto, approvato e sottoscritto

IL SINDACO

F.to Graziella Leoni

IL SEGRETARIO COMUNALE

F.to Dott. Claudio Poli

La presente deliberazione è stata pubblicata all'Albo Pretorio on line accessibile al pubblico (l. 69/2009) il **05/10/2017** e vi resterà per **15** giorni consecutivi.

Li, 05/10/2017

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO

F.to Anna Palmieri

Il sottoscritto Segretario Comunale, visti gli atti d'ufficio,

ATTESTA

ai sensi del D.Lgs. 18/08/2000 n. 267

che la presente deliberazione diviene esecutiva il giorno 31/10/2017

- perchè dichiarata immediatamente eseguibile (Art. 134, comma 4, del D.Lgs. 267/2000)
- decorsi 10 giorni dalla pubblicazione (Art. 134, comma 3, del D.Lgs. 267/2000)

Li, 31/10/2017

IL SEGRETARIO COMUNALE

F.to Dott. Claudio Poli

È copia conforme all'originale.

Li,

IL SEGRETARIO COMUNALE

Dott. Claudio Poli