

AUSL IMOLA								
Comitato di Distretto N.C.I.	Spadoni Daniela		G		Conti Elisa (sostituta)		G	
Direttrice NPIA	Elesabetta Zucchini		G					
Neuropsichiatria	Giulia Suzzi (sostituta)		G		Chiara Cerbai (sostituta)		G	
Direttrice DSM	Alba Natali		G					
Direttore Dipendenze Patologiche	Stefano Gardenghi Francesca Negretti (sostituta)				Grisolia Antonio		G	
Operatori DSM	Carla Berti Antonella Ceroni				Emanuela Cenni			
Operatore CSM	Leoni Antonella	P						
Operatore SPDC RTI	Galeotti Mara							

Ordine del giorno:

- Approvazione verbale precedente
- Attivazione del Centro Assistenza e Urgenza CAU di Imola, relazione del direttore generale A. Rossi.

Il Presidente CCM Remo Martelli e la **Presidente Anna Marchi** procedono alla richiesta di approvazione del verbale della seduta congiunta di novembre: l'Assemblea approva all'unanimità.

Bonoli rinnova l'invito ai membri volontari di CCM e CUF a partecipare al focus group previsto per il 12 dicembre dalle 9.30 alle 11.30 nella sede del CCM in Direzione generale sul tema "infermieri di comunità e di famiglia" svolto da parte di alcuni professionisti infermieri che stanno terminando un master universitario sul tema.

Ferrero Silvia, recentemente eletta Presidente Avod si presenta all'assemblea ed illustra brevemente le attività che svolgono in Ospedale in particolare nei reparti di Geriatria e in Area Post acuti.

Il dr. Andrea Rossi Direttore generale AUSL di Imola illustra il progetto regionale e locale, la normativa ed i modelli di riferimento utilizzati per l'attivazione del Centro di Assistenza e Urgenza che ad Imola sarà attivato il 21 dicembre 2023. Il dottor Rossi presenta alcune slides.

Il contesto: iperafflusso al Pronto Soccorso derivante dall'utilizzo del servizio come "porta girevole" per la risoluzione di qualsiasi questione sanitaria o sociale, in larga parte determinato da accessi impropri e non urgenti che dovrebbero essere gestiti in altri setting di cura. Questa condizione è ampiamente conosciuta e studiata da anni: sono indifferentemente utilizzati, per riferirsi ad essa, i termini crowding (affollamento) e overcrowding (sovraffollamento), stigmatizzando il gap che si viene a determinare tra le richieste assistenziali dell'utenza e la disponibilità di risorse da parte dell'ospedale per soddisfarle.

E' un **problema diffuso e complesso**, che affligge tutti i sistemi di emergenza-urgenza basati sull'universalismo della risposta e sul libero accesso.

Diffusione del problema: tra il 25% ed il 60% in Canada; tra il 20% ed il 40% nell'Unione Europea; **tra il 18% e l'80% in Italia; tra il 48% ed il 72% in Regione Emilia-Romagna.**

Complessità del problema, risultante di fattori interdipendenti e da uno squilibrio fra domanda e offerta. Per gestire un problema complesso, non esistono soluzioni semplici, serve un sistema ancor più complesso, soluzioni multiple e ridondanti caratterizzate da adattamento, evoluzione, equilibrio emotivo, distruttività consapevole.

Eccesso di domanda determinato da: errata percezione di gravità del problema e dal conseguente bisogno di assistenza tempestiva; falsa convinzione che una buona cura coincida con una prestazione rapida; ansia e necessità di ottenere rassicurazioni ed alleviare il disagio; aspettative di un migliore trattamento in contesti ad elevata specializzazione; eccessivo ricorso alla medicalizzazione e fiducia cieca nella medicina ipertecnologica; uso irrazionale di servizi a bassa soglia con iperconsumo opportunistico di beni comuni; scarsa conoscenza di servizi alternativi presenti sul territorio.

Deficit dell'offerta: carenza dei sistemi di assistenza primaria in termini di accessibilità, presa in carico, coordinamento e continuità delle cure; carenza di personale specializzato in Medicina d'Urgenza; presenza di importanti liste di attesa e lunghi tempi di risposta per le attività specialistiche programmate; facilità di accesso all'emergenza-urgenza; servizio continuativo (24H/24) e veloce nell'esecuzione di prestazioni di secondo livello; convenienza nell'utilizzo del Pronto Soccorso per l'effettuazione di consulenze specialistiche e accertamenti diagnostici con scarso impatto della partecipazione alla spesa; conflittualità e contenzioso medico-legale che spingono i sanitari al sovra utilizzo difensivo di prestazioni di scarso valore.

Gli effetti: disagi e reclami da parte degli utenti; congestione e sovraffollamento dei servizi ospedalieri; distrazione delle risorse dal trattamento dei pazienti realmente più gravi e più urgenti con aumento del rischio clinico; clima di tensione con forte pressione emotiva su operatori e utenti; difficoltà nei rapporti e nelle relazioni di cura che talora sfociano in episodi di aggressione; riduzione della gratificazione professionale, demotivazione e burn-out.

Le soluzioni ridondanti: l'attivazione dei Centri di Assistenza e Urgenza, la rimodulazione della Continuità Assistenziale Diurna, le aperture straordinarie degli Ambulatori dei PLS il numero Europeo Armonizzato 116117, la presa in carico della Cronicità in Assistenza Primaria, il miglioramento della Responsività dell'Assistenza Specialistica, la comunicazione per un uso consapevole dei Servizi.

L'esperienza dell'Az USL di Imola: Continuità Assistenziale Diurna (CAD): sviluppo di servizi ambulatoriali territoriali a bassa soglia, ubicati in contesti extra-ospedalieri (Nuclei delle Cure Primarie, poi Case della Salute, e ora Case della Comunità) con miglioramento dell'accessibilità (ampie fasce di apertura diurna (H10-H12), turnazione MMG e MCA presso sedi aziendali, possibilità di svolgere l'attività in favore di tutti gli assistiti, apertura nei prefestivi e festivi, completa gratuità).

Risultati: 20.000 accessi/anno solo parzialmente sostitutivi del PS (riduzione accessi inappropriati del 14%, più marcata nelle aree distali), scarsa efficienza e alti costi della componente medica (in applicazione del vigente AIR)

Fallimento sperimentazione Ambulatorio Ospedaliero Codici Bianchi/Verdi nei primi anni 2000

Accessi impropri al PS: Codici Bianchi e Verdi all'accesso, con esclusione di:

Traumi maggiori, soggetti con età minore o uguale a 14 anni, accessi con problema principale Gyn 1-10, successivamente ricoverati, esitati in uscita con codice rosso, arancio o azzurro.

Progettualità CAU: D.M. 77/2022 (H24 7/7) e D.G.R. 1206/2023 (riordino RER E/U), presso le case della comunità hub per risposta di prossimità, connessione con le reti sociali e sanitarie territoriali per favorire continuità, evitare interventi prestazionali ripetitivi e disconnessi e relazioni di cura discontinue e limitate al momento della visita/accesso valore aggiunto rispetto alla CAD: presenza infermieristica continuativa (multiprofessionalità); tecnologie diagnostiche (ECG, POCT,

Ecografia); telemedicina (televisita, teleconsulto, telerefertazione), accesso diretto: in fase di avvio, con progressivo utilizzo del numero europeo armonizzato 116117 come strumento guida e apertura continuativa di 12 ore /die in fascia diurna.

Cau di Imola

Accesso parcheggi per Disabili nella zona antistante il Padiglione 15 (intramurari) in numero di 5, già realizzati, parcheggi per sosta temporanea utenti CAU in via Caterina Sforza (extramurari) in numero di 5, in corso di trasformazione da parte di Area Blu; implementabili in caso di ulteriori necessità, assenza di barriere architettoniche, segnaletica conforme agli standard regionali, integrazione con Progetto Accoglienza della Casa della Comunità, realizzazione del Punto Unico di Accesso (Socio-Sanitario) e collaborazione con il Volontariato.

Dotazione di personale: nei CAU saranno destinati medici del ruolo unico a ciclo orario (MCA) e medici di ruolo unico a ciclo di scelta (MMG), selezionati secondo criteri regionali; sarà individuato un Coordinatore.

In fase di avvio al personale medico convenzionato in turno nel CAU sarà affiancato un Medico di Pronto Soccorso con compiti di formazione e aggiornamento.

Dare piena attuazione al principio convenzionale del Ruolo Unico: impiego di Medici di Assistenza Primaria.

Gli Infermieri saranno invece dipendenti AUSL e saranno integrati nella equipe del Pronto Soccorso; tutto il personale dedicato dovrà effettuare la formazione prevista dagli standard regionali.

Reclutamento tramite interpello ai Medici di Assistenza Primaria per l'assegnazione degli incarichi, partendo da un minimo di 12 ore/settimana, disponibilità accordata da circa una trentina di Medici, per la quasi totalità Medici di Continuità Assistenziale, formulazione di graduatoria per l'assegnazione di incarichi e contrattualizzazione di 11 Medici di Assistenza Primaria, avvio della formazione prevista dagli standard regionali.

A completamento delle prestazioni direttamente fornite nei CAU, sono previsti percorsi di accesso diretto alle prestazioni specialistiche urgenti (U, entro 72 ore).

Per le restanti prestazioni specialistiche, ovvero Brevi (B, entro 10 giorni), Differite (D, entro 30/60 giorni) e Programmate (P, entro 120 giorni) i canali di accesso sono i medesimi presenti sul territorio.

Progressivamente e coerentemente all'implementazione delle prestazioni di Telemedicina previste a livello territoriale, una quota parte delle prestazioni specialistiche di completamento saranno erogate in questa forma.

Le prestazioni erogate presso il CAU non sono soggette a pagamento del ticket, mentre lo sono tutte le prestazioni specialistiche erogate presso altre sedi, a completamento dell'assistenza.

Spot Check: modalità di rapida valutazione infermieristica dei pazienti all'ingresso, in grado di identificare prontamente eventuali pazienti con sintomi tali da dover essere trasportati in emergenza presso un Pronto Soccorso.

I criteri di centralizzazione presso DEA/PS sono: dolore toracico, dispnea acuta, dolore addominale con NRS >6, cefalea intensa e inusuale, deficit riconducibili a disturbo neurologico acuto.

I pazienti che presentano i requisiti per essere visitati/trattati nel CAU, entrano in ambulatorio in ordine di arrivo.

Riordino della CAD: le funzioni del CAU di Imola riassorbiranno le prestazioni a libero accesso attualmente erogate nel punto di Continuità Assistenziale Diurna di Imola.

L'attivazione del CAU comporterà una rimodulazione dell'Accordo Integrativo Locale con una redistribuzione delle ore di CAD attualmente centralizzate presso l'ambulatorio di continuità dell'Ospedale Vecchio negli ambulatori delle Medicine di Gruppo e delle Medicine di Rete. Sarà predisposta una specifica e mirata campagna informativa da parte dell'Azienda Sanitaria.

Si allega il documento "l'istituzione dei CAU nell'Azienda USL di Imola" del 17 novembre 2023 di Andrea Rossi, Andrea Neri, Fabio Berveglieri, Rodolfo Ferrari, Sabrina Gabrielli, Stefania Gasparetto.

Gioiellieri: chiede se il servizio di guardia medica notturna prefestiva e festiva resterà attiva.

DG Rossi: attualmente nulla di modificato. Quando sarà attivo il numero europeo armonizzato 116117 che risponderà dalla centrale operativa di Bologna circa il 95% dell'attività della CA notturna ossia le consulenze telefoniche. Saranno istituite le Unità di Continuità assistenziale (UCA) per interventi domiciliari.

Suzzi illustra le sue preoccupazioni in merito alla scarsa informazione della popolazione imolese: va data informazione chiara e semplice.

Ritiene che il personale da mettere in campo andrebbe tarato in base alle fasce orarie, in relazione alle persone in attesa. Considerare che l'eventuale presenza di persone agitate in sala di attesa potrebbe essere difficile da gestire, che può creare scompiglio. Bisognerebbe prevedere anche la possibilità di effettuare ecodoppler ed esami radiologici oltre a diagnostica rapida di laboratorio tipo tampone covid, faringeo PCR e possibilità di interfaccia con l'MMG. Prevedere inoltre la presenza dell'infermiere nei nuclei o nelle medicine in rete.

Buscaroli rispetto al deficit dell'offerta da parte dell'assistenza primaria, rileva che molto tempo i MMG chiedono la possibilità di utilizzo di tecnologie mediche di base nei loro ambulatori mentre con l'istituzione dei CAU, in solo due mesi viene fornita questa opportunità al medico di CA. L'azienda deve coinvolgere gli MMG, fare monitoraggio e poi valutazione.

DG Rossi ribadisce la ferma volontà aziendale di non disperdere il patrimonio di collaborazione con i medici di medicina generale che è fondamentale nella storia della nostra Az. USL. Il modello di riferimento di Imola è quello del CAU nella Casa della Comunità ed un aumento delle prestazioni nelle Associazioni mediche: nel prossimo futuro saranno istituite le **AFT aggregazioni funzionali territoriali di MMG e infermieri di comunità**.

E' previsto che il personale presente al CAU possa anche raddoppiare in base all'afflusso orario giornaliero o annuale.

Al CAU è previsto un raccordo con PRIS (sociale), per la sicurezza ci sarà un tavolo con le FFOO per valutare presenza di vigilanti o collegamento diretto telefonico con FFOO. Inoltre importante rapporto con Salute Mentale e con CSM.

Previsti esami di laboratorio di clinica ordinaria, profilo coagulativo, PCR, EGA, ECG, Ecografo, certamente si valuterà di inserire tamponi ed altri accertamenti di diagnostica rapida.

Nel 2025 con i fondi del PNRR è prevista l'installazione di un apparecchio radiologico al 1 piano. Il collegamento con il curante avviene tramite progetto SOLE

Minardi ritiene che si dovesse potenziare la Continuità Assistenziale feriale diurna.

Il Presidente Remo Martelli

Prossima assemblea CCM prevista per il 10 gennaio 2024

Il Presidente CCM
Remo Martelli

Segreteria verbalizzante
Giovanna Minguzzi