

IPOSTESI TECNICHE DI
REVISIONE DELL'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE
DELL'AZIENDA USL DI RAVENNA

Maggio 2013

PREMESSA

La strategia di ridisegno dell' Assistenza Distrettuale mira a coniugare quanto previsto nei provvedimenti nazionali di programmazione finanziaria con quanto espresso in letteratura sulle politiche per la salute, in relazione alla diffusione di setting organizzativi dell'assistenza primaria e con quanto definito per le politiche della salute nella regione Emilia Romagna. In coerenza con il programma di azioni già tracciato nel Piano Attuativo Locale 2010-2012, tale ridisegno prevede di dare attuazione nel 2013 agli interventi di riorganizzazione mirati a:

- Potenziare la capacità di risposta dell'Assistenza Primaria; ridefinizione, qualificazione e sviluppo delle cure domiciliari; attivazione delle Case della Salute e presa in carico dei pazienti con patologie croniche da parte dei MMG; qualificazione e sviluppo delle cure intermedie (dimissioni protette, rete strutture residenziali sociosanitarie territoriali, assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa); rimodellamento della rete delle cure palliative; qualificazione dei servizi per la salute mentale e dipendenze patologiche; ripensamento congiunto circa l'utilizzo dei servizi per la non autosufficienza.
- Organizzare i percorsi di cura con la ridefinizione appropriata e praticata del ruolo delle strutture ospedaliere che devono essere la sede in cui sono eseguite le prestazioni diagnostiche e terapeutiche che per costo, organizzazione, tecnologie e competenze specialistiche non possono essere erogate nell'ambito dell'Assistenza Primaria. Ciò determina la ridefinizione dei percorsi di cura dell'assistenza territoriale entro una concezione che sviluppa attività per 'intensità di cura' e 'gestione della patologia cronica'.

Si tratta quindi di completare il percorso di riorganizzazione già avviato, con l'obiettivo di garantire cure qualificate e sicure, rispondenti ai nuovi bisogni che l'organizzazione sanitaria si trova ora ad affrontare (cronicità, fragilità, sostenibilità economica).

La necessità di superare in tempi brevi la tradizionale organizzazione e offerta di servizi sanitari, deve essere gestita all'interno dei vincoli posti dalla manovra economica di luglio 2011 (L.111/2011), dalla c.d. spending review (L.135/2012) e dal Disegno di legge di Stabilità 2013 con le significative restrizioni del finanziamento per il sistema sanitario. Ciò pone l'Azienda nella condizione di accelerare il processo di revisione dell'organizzazione con l'integrazione funzionale e strutturale delle risorse esistenti.

Ciò significa procedere a un complessivo ripensamento del sistema sanitario, volto a coniugare le ragioni della qualità con quelle della sostenibilità economico-finanziaria, nella convinzione che sono possibili considerevoli progressi sia nella qualità dei servizi resi alla popolazione, sia nel rendimento delle risorse disponibili, migliorando il modo di applicare ciò che già conosciamo e il modo di usare le risorse.

In conformità a quanto sopra, la proposta tecnica che si riferisce all'Assistenza Distrettuale si articola in tre direttrici fondamentali:

- Interventi interni al sistema assistenziale dell'Azienda Usl (il 'Software' come definito dal 'PAL 2010-2012'):
 - Governo dei consumi con azioni prevalentemente rivolte ai prescrittori (Medicina specialistica e MMG) per l'appropriatezza prescrittiva/organizzativa;
 - Riorganizzazione territoriale: Cure Primarie, Servizi e Unità Operative, gestione patologie croniche;Tali azioni intervengono prevalentemente sul miglioramento dell'appropriatezza organizzativa per una maggiore efficienza dell'attività erogata e prevede una revisione strutturale dei setting assistenziali dei processi di integrazione dei servizi e prevede interventi sull'appropriatezza prescrittiva. Ciò si fonda su una presa in carico assistenziale delle persone secondo sistemi che stratifichino il rischio, programmino gli interventi, ridefiniscano i ruoli professionali in base ai migliori esiti attesi.
- Interventi sul sistema dell'offerta dei servizi:
 - Riorganizzazione della rete di: Consultori Familiari, Sanità Pubblica adulti, Pediatria di Comunità, punti prelievo;

- Riorganizzazione della rete dell'offerta dei servizi territoriali e la centralizzazione distrettuale di servizi quali: assistenza specialistica ambulatoriale, vaccinazioni (minori adulti), patenti , porto d'armi, nella direzione di una maggiore efficienza, sostenibilità del sistema, governo dei consumi.
- In connessione con la riorganizzazione ospedaliera riorganizzazione degli interventi sulla dimissione e la continuità delle cure dopo la dimissione; l' assistenza specialistica ambulatoriale mirata alla presa in carico della patologia cronica; integrazione intraospedaliera e integrazione con i servizi del territorio per la continuità della presa in carico del paziente (MMG-Medicina specialistica ambulatoriale).
- Interventi sociosanitari e riorganizzazione dell'interfaccia sanitaria aziendale nell'area della non autosufficienza e della disabilità adulta:
 - Revisione dell'utilizzo della rete delle strutture residenziali per l' appropriatezza d'uso, degli inserimenti e degli interventi nelle strutture residenziali per la salute mentale e non autosufficienza.
 - Valutazione degli esiti degli interventi sociosanitari per le fasce di popolazione con caratteristiche di cronicità (salute mentale e dipendenze patologiche), e ricerca di soluzioni assistenziali innovative con il coinvolgimento attivo degli Enti Gestori.
 - Utilizzo della rete delle strutture residenziali sociosanitarie per la non autosufficienza per i pazienti in dimissione ospedaliera per bisogni di carattere sociosanitario nella fase post-acuta.

Tali azioni implicano un approccio di carattere interdisciplinare a sostegno del quale è bene prevedere l'attivazione di processi di integrazione sociosanitaria, anche a carattere formativo, interni ed esterni all'Azienda, funzionali alla costruzione e manutenzione di un sistema di servizi sempre più a rete e sempre meno frammentati.

Le linee di sviluppo organizzativo possono essere rappresentate con il seguente schema.

E	OGGI	PROSSIMO FUTURO
CITTADINI COMUNITA'	Orientamento alla domanda e offerta di servizi e interventi singoli	Orientamento ai bisogni dell'utente e ai processi assistenziali
	Approccio individuale alla cura	Approccio di comunità (proattivo, multidisciplinare)
	Soddisfare interessi singoli e soddisfare le pratiche mediche	Tutela dei percorsi di cura (advocacy)
	Centratura sui prodotti offerti	Centratura sui risultati in termini di esiti di salute
	OFFERTA DI SERVIZI	Offerta stabile e standardizzata
Promozione delle Cure Primarie e delle sue forme organizzative		Sviluppo dell'Assistenza Primaria per la gestione della patologia cronica
Ricerca di collaborazione nei processi integrati nell'assistenza al domicilio (dimissioni protette, ADI ad alta intensità assistenziale)		Ricerca della massima complementarità e interdipendenza fra livello ospedaliero e territoriale (accesso e dimissione) fra livello sanitario e livello sociale
Ospedale come sede di trattamento per gli stati di acuzie		Ospedale orientato al trattamento di episodi di cura dell'acuzie stratificando la risposta a diversi livelli assistenziali
RUOLO AUSL	Sperimentazione di nuovi ruoli e responsabilità per le nuove professioni	Valorizzazione di nuovi ruoli e professionalità dei soggetti titolari della presa in carico clinico e assistenziale
	Gestione efficiente delle risorse economiche	Appropriatezza e rapporti costi efficacia, rendicontazione sociale

CONTESTO

Per l'Assistenza Distrettuale il governo dei consumi costituisce priorità. Di seguito sono riportati i dati sul costo pro capite. Il costo procapite riportato in tabella è calcolato come rapporto fra costo complessivo sostenuto per livello e la popolazione residente per ciascun distretto.

Livello di Assistenza		COSTO PROCAPITE (escluso FRNA)					
		Distretto di Faenza	Distretto di Lugo	Distretto di Ravenna	Media Distretti	Non Attribuito per Distretto	Azienda
SANITA PUBBLICA							
ASSISTENZA DISTRETTUALE							
	Costi generali distretto					45	45
	Costi generali dipartimento cure primarie	501	489	452	473	6	479
	Farmaceutica Territoriale	12	15	10	12	0	12
	Medici di medicina generale	6	2	4	4	0	4
	Erogazione Diretta Farmaci	173	176	164	169	0	169
	Protesica	102	100	96	99	0	99
	Integrativa	89	78	83	83	0	83
	Termale	18	17	17	17	0	17
	Assistenza domiciliare	11	8	11	10	0	10
	Assistenza domiciliare	0	0	0	0	6	6
	Materno infantile	36	29	26	29	0	29
	Assistenza agli anziani	14	15	18	16	0	16
	Assistenza ai disabili	30	34	21	26	0	26
	Assistenza ai malati terminali	3	3	2	2	0	2
	Assistenza sanitaria nelle carceri	8	10	2	6	0	6
	Assistenza sanitaria nelle carceri	0	0	0	0	0	0
ASSISTENZA SPECIALISTICA		281	282	282	282	2	283
SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE		87	71	76	77	0	77
ASSISTENZA OSPEDALIERA		592	562	558	567	0	567
ASSISTENZA OSPEDALIERA - Case di Cura		81	68	103	89	0	89
Emergenza territoriale		0	0	0	0	29	29
ATTIVITA DI SUPPORTO		183	183	183	183	0	183
TOTALE		1.726	1.656	1.655	1.671	81	1.752

1. Il governo dei consumi.

L'AUSL di Ravenna ha dei costi per consumi di Farmaceutica, Assistenza Protesica ed Ossigenoterapia con valori più elevati rispetto la media regionale. Inoltre vi sono disomogeneità significative di consumi tra gli ambiti territoriali non sostenibili dal punto di vista epidemiologico.

Sono già in atto azioni finalizzate a un migliore controllo della spesa farmaceutica, protesica e ossigenoterapia come meglio rappresentato nella tabella sotto riportata.

	Azioni	Stima risparmi 2012 vs 2011
Farmaceutica territoriale (Gen-sett. 2012)	Ampliamento della distribuzione per Conto	€ 7.600.000
Protesica	Definizione di una procedura e riduzione del numero dei prescrittori	€ 516.500
Ossigeno Terapia	Definizione di una procedura e riduzione del numero dei prescrittori	€ 300.916
Totale		€ 8.417.416

Obiettivi della Farmaceutica Territoriale - Anno 2013 (Azienda USL di Ravenna).

Il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva sulla base degli indicatori sotto descritti (vedi indicazioni regionali) porta a un'economia quantificabile in 1.900.000 per brevetto scaduto e per quanto riguarda gli altri gruppi atc, il risparmio è di circa 1.500.000 euro.

FARMACI	OBIETTIVO	u.m. (°)	RIS. 2012	OBT. 2013	Δ % (*)
Farmaci a brevetto scaduto	aumento consumi farmaci a brevetto scaduto sul totale dei consumi	% DDD a brevetto scaduto	65,1%	75,1%	10,0%
Inibitori di pompa protonica (A02BC)	contenimento dei consumi	DDD 1000 ab / die	63,65	57,92	-9,00%
Inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina (N06AB)	contenimento dei consumi	DDD 1000 ab / die	32,36	30,90	-4,51%
Inibitori della HMG CoA riduttasi (Statine - C10AA)	aumento consumi farmaci a brevetto scaduto su totale classe	% DDD a brevetto scaduto	78,9%	85,0%	6,1%

Farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina (ACE inibitori e Sartani - C09)	a) shift prescrittivo dei Sartani Vs. gli ACE inibitori	% ACE-I su totale C09	59,5%	62,4%	2,9%
Farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina (ACE inibitori e Sartani - C09)	b) riduzione dei consumi dei Sartani	DDD 1000 ab / die	83,30	77,60	-6,84%
Farmaci ad azione sul sistema renina-angiotensina (ACE inibitori e Sartani - C09)	aumento consumi farmaci a brevetto scaduto nella classe dei Sartani	% DDD a brevetto scaduto	66,6%	74,5%	7,9%

2. L'assistenza specialistica ambulatoriale

I consumi di Assistenza Specialistica Ambulatoriale dell'AUSL di Ravenna sono superiori alla media regionale per quanto riguarda la diagnostica e gli esami di laboratorio, con disomogeneità distrettuali. La rete dell'offerta territoriale è caratterizzata da una forte diffusione di ambulatori specialistici con una tradizionale offerta stabile e standardizzata e non orientata alla gestione proattiva della patologia cronica né da percorsi che permettano una rapida conclusione dell'iter diagnostico. Quanto sopra esige anche che il principio di prossimità deve puntare a una migliore efficienza organizzativa, tesa a risolvere almeno in parte le problematiche sopra riportate. Ciò comporta anche una revisione strutturale dell'offerta territoriale con caratteristiche reattive e responsive dell'offerta, che da una parte deve essere orientata alla flessibilità e all'adattamento ai bisogni della popolazione e dall'altra deve coniugarsi con la sostenibilità tra prestazioni da erogare e risorse disponibili.

		INDICE DI CONSUMO (importo delle prestazioni consumate * 1000 abitanti)						
Azienda e distretto di residenza		Diagnostica	Laboratorio	Riabilitazione	Prestazioni	Visite	TOTALE	TOTALE SENZA
					Terapeutiche			LABORATORIO
2011	RAVENNA	74.490	50.483	3.453	47.793	30.595	206.813	156.325
	LUGO	74.154	57.251	2.309	46.001	30.048	209.763	152.511
	FAENZA	76.134	51.701	2.614	44.434	31.026	205.909	154.208
	TOTALE AUSL RA	74.715	52.539	2.961	46.375	30.544	207.134	154.595
2011	REGIONE	69.085	48.648	3.255	40.455	31.336	192.778	144.130

Le azioni da realizzare:

- Accentramento in un unico punto distrettuale dell'offerta di assistenza specialistica ambulatoriale non incluse nelle case della salute.
- Realizzazione dei NCP/Case della Salute per gestire in modo proattivo la presa in carico della patologia cronica con un uso appropriato di accertamenti e/o visite specialistiche rendendo disponibili tecnologie (telemedicina) e/o accertamenti con percorsi di accesso semplificati.
- Revisione delle linee guida per MMG e Medici Specialisti per l'accesso agli accertamenti specialistici a maggior consumo (come ad esempio le Risonanza Magnetica del rachide la cui effettuazione sopra i 65 anni ha un alto tasso di non appropriatezza).
- Mantenimento del "percorso di garanzia" per l'accesso alle prestazioni specialistiche;

Sviluppo di Day Service nei Presidi Ospedalieri al fine di concentrare le visite e gli accertamenti per un rapido inquadramento dello stato di salute.

3. Il piano per la riorganizzazione del Dipartimento delle cure primarie.

L'attuale contesto epidemiologico (progressiva cronicizzazione delle malattie) ed economico-finanziario (razionalizzazione e ottimizzazione delle spese e dei costi di funzionamento della sanità) ha evidenziato la necessità di riorganizzazione dei servizi territoriali in modo speculare al miglior uso in termini di appropriatezza dell'ospedale. La riprogettazione delle cure primarie deve:

- Promuovere il lavoro in team, l'interdisciplinarietà e il coordinamento clinico, educativo, comportamentale e assistenziale dei professionisti come condizione necessaria per affrontare i bisogni dei pazienti, in particolare affetti da patologie croniche;
- Favorire una logica di partnership tra medico e paziente nella pianificazione del percorso di cura, condividendo gli obiettivi di salute e definendo azioni, ruoli e responsabilità per raggiungerli;
- Sostenere e implementare sistemi di cure integrati per superare la frammentazione dei servizi, in una logica di integrazione tra ospedale e territorio, fra sanità e sociale con la realizzazione di percorsi assistenziali in continuità.

Per realizzare questa riorganizzazione delle cure e dell'assistenza garantendo, oltre all'appropriatezza clinica e organizzativa, umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti, i modelli ai quali fare riferimento sono quelli del Disease Management e della gestione della malattia cronica (in particolare, il Chronic Care Model).

L'Ausl di Ravenna ha dedicato molta attenzione a quest'approccio indicando, nei suoi documenti di programmazione (Piano strategico Attuativo Locale - PAL, 2010-2012; Atto d'indirizzo e coordinamento della CTSS, 2009-2011), l'implementazione di un sistema di gestione delle patologie croniche, secondo i principi del modello del Chronic Care Model, fondato sulla costituzione dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) e delle Case della salute, come strumento operativo-gestionale, e sulla costruzione dei registri di patologia, sulla elaborazione delle Linee Guida e dei Percorsi Assistenziali Integrati come strumenti d'indirizzo.

La riorganizzazione si propone i seguenti obiettivi:

- Promozione dell'integrazione delle risorse e delle competenze delle UU.OO. dipartimentali, nell'ambito di un programma di azioni volto ad assicurare un carattere trasversale/aziendale alle funzioni di produzione dei servizi;
- Progettazione di almeno sei sperimentazioni per altrettanti Nuclei Cure Primarie strutturati e/o Case della Salute rappresentative delle differenti situazioni demografiche.
- Favorire strategie d'inclusione organizzativa dei professionisti convenzionati (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti convenzionati, Medici della Continuità Assistenziale) e di integrazione multi professionale, con particolare attenzione allo sviluppo delle professioni infermieristiche;
- Valorizzare il ruolo del MMG nei vari percorsi di cura, dalla prevenzione, alla gestione del paziente cronico, all'assistenza domiciliare, in quanto "health manager" della popolazione di riferimento;
- Gestione, in collaborazione con i MMG, di posti letto all'interno delle strutture residenziali socio sanitarie al fine di favorire le dimissioni protette e/o precoci per pazienti cronici e/o con fragilità socio sanitaria;
- Perseguire azioni al governo dei consumi di Assistenza Specialistica e Farmaceutica;
- Sviluppare un sistema premiante, con particolare riferimento agli indicatori di processo e di esito delle attività clinico-assistenziali, che miri a reinvestire sul territorio parte dei recuperi di risorse utilizzate in modo inappropriato;
- Favorire un governo unitario dell'assistenza primaria, anche attraverso lo sviluppo e il monitoraggio di percorsi integrati ospedale-territorio;
- Implementare l'utilizzo della tele-medicina per il follow-up dei pazienti e per facilitare il collegamento tra servizi territoriali e ospedalieri;
- Riorganizzare e potenziare l'attività domiciliare in concerto con i responsabili assistenziali infermieristici e dei servizi sociali, nell'ottica di una vera presa in carico interdisciplinare;
- Prevedere percorsi formativi laboratoriali a sostegno della costruzione di tale modello, improntato all'interdisciplinarietà professionale (MMG-infermieri-assistenti sociali).

4. interventi per aumentare l'appropriatezza dell'offerta dei servizi.

La distribuzione del servizio sul territorio è capillare va riorganizzata distinguendo i casi in cui la prossimità rappresenta un effettivo valore per l'efficacia della cura. Le prestazioni specialistiche possono avere maggiore efficacia, soprattutto se basate sull'utilizzo di apparecchiature, se riunite in luoghi attrezzati dove è possibile garantire anche una presenza meno saltuaria. Inoltre rispetto a un'eccessiva frammentazione in più punti. Questa impostazione consentirà di mantenere la quantità delle prestazioni, ne rafforzerà la qualità aumentandone l'appropriatezza e la capacità di controllo di consumi non in linea con gli indicatori epidemiologici regionali. Le conseguenze sulla sostenibilità dell'intero sistema sono evidenti e in questa fase congiunturale irrinunciabili.

Di seguito si riportano in modo schematico alcune ipotesi di riorganizzazione:

- Centralizzazione in sede distrettuale di tutte le attività sanitarie non di carattere assistenziale (certificati per patenti, per porto d'armi ecc.);
- Centralizzazione in sede distrettuale (o presso le case della salute se compatibile e nelle campagne vaccinali) delle vaccinazioni per tutte le fasce di popolazione;
- centralizzazione in sede distrettuale dell'attività specialistica di assistenza psicologica del servizio di NPI e dei consultori familiari;
- Centralizzazione in sede distrettuale dell'assistenza specialistica ginecologica dei consultori familiari
- Centralizzazione in sede distrettuale (o presso le case della salute se compatibile) dell'erogazione dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale soprattutto se basata sull'uso di tecnologie;
- Il servizio prelievi a domicilio effettuata dall'assistenza domiciliare è garantito ai pazienti su presa in carico assistenziale ADI per pazienti non deambula bili.
- La rete dei punti prelievo sarà rafforzata in termini qualitativi e di sicurezza con l'acquisizione di 11 centrifughe e 5 postazioni informatiche e si concentrerà, oltre che nelle sedi distrettuali, nei seguenti punti: Granarolo Faentino, Solarolo, Voltana, Villanova di Bagnacavallo, Bagnara, Lido Adriano, Piangipane, Ponte Nuovo, Roncalceci, San Pietro in Vincoli. Ove presenti l'attività s'integrerà nelle case della salute.
- Le palestre periferiche per attività di medicina riabilitativa saranno centralizzate c/o presidio ospedaliero di riferimento distrettuale o se compatibile, nelle case della salute.
- Sarà ampliato e rafforzata l'attività riabilitativa al domicilio per i soggetti non autosufficienti o dopo l'intervento programmato di protesi d'anca.
- Rafforzamento delle funzioni del Punto Unico di Accesso e Unità di Valutazione Multidimensionale per migliorare l'accesso e l'appropriatezza del percorso assistenziale soprattutto post-ospedaliero.

5. potenziamento della risposta assistenziale.

E' indispensabile qualificare il sistema territoriale di assistenza in modo innovativo e qualificato attraverso il lavoro multidisciplinare, l'integrazione territorio-ospedale, l'integrazione sociosanitaria e la valorizzazione e la ridefinizione del ruolo della medicina generale per affrontare adeguatamente l'evoluzione del modello di rete ospedaliera, con modalità qualitativamente garantite e più coerenti con la sostenibilità del sistema. La qualificazione territoriale può essere ottenuta anche attraverso il ripensamento dei servizi esistenti e la ricollocazione delle risorse. Le due aree principali d'intervento sono:

- Le case della salute;
- L'organizzazione delle 'Cure intermedie' (rete strutture e assistenza domiciliare).

Entrambi gli assi vanno strutturati in riferimento ad un modello operativo "a rete" nel quale si esplicitano i processi di integrazione e i percorsi assistenziali.

La tabella sotto riportata riassume gli interventi possibili, finalizzati a ridurre i ricoveri in ospedale e ad ampliare l'offerta territoriale. In particolare è previsto:

- Il potenziamento del "Punto Unico di Accesso" (PUA) negli Ospedali (Medicina, Geriatria, Ortopedia e nel Pronto Soccorso) per un intervento proattivo di valutazione su:
 - 1) tutti i nuovi ingressi nelle aree mediche e ortopediche; valutazione e stesura di un piano per i ricoveri programmati ortopedici; gestione di ricoveri in Hospice; nel Pronto Soccorso per le valutazioni dei casi in carico ADI;
 - 2) sulle dimissioni protette al domicilio e in struttura, con il coinvolgimento del MMG precedentemente alla dimissione, quale componente stabile della Unità di Valutazione per l'accesso alla rete delle strutture Socio Sanitarie.Il PUA avrà anche il compito di valutare i ricoveri programmati in particolare quelli ortopedici (dalle evidenze statistiche nei post acuti sono stati ricoverati: su 773 ictus 147 con Degenza Media di 30gg per la riabilitazione estensiva; circa 280 pazienti ortopedici per interventi programmati; sono stati dimessi dalle medicine e dalle geriatrie direttamente a domicilio circa 650 pazienti con una degenza superiore a 14 gg.).
- Potenziamento del Day Service al fine di evitare ricoveri inappropriati della durata di 2/3 giorni con il coinvolgimento del MMG (nel 2011 sono stati dimessi a domicilio circa 1875 pz Dopo un ricovero \leq a 3 gg. in medicina, geriatria ed astanteria).
- Realizzazione di Case della Salute (vedi punto 8).
- Realizzazione di Laboratori formativi che costruiscano e accompagnino una metodologia sufficientemente rigorosa per la strutturazione di processi integrati fra servizi e professionisti diversi.

Si ritiene utile rappresentare nella tabella sotto riportata in modo più analitico quanto sopra sintetizzato.

Struttura	Azioni	Problemi evidenziati	Interventi
Adeguatezza ricoveri	Attivare day service per quegli utenti che oggi hanno ricoveri ordinari in medicina e geriatria pari e/o inferiori a tre giorni e coinvolgimento del MMG	Nel 2011 sono stati dimessi a domicilio circa 1875 pz. dopo ricovero <= a 3 gg. in medicina, geriatria ed astanteria.	Concludere l'iter diagnostico senza necessità di ricovero
Ripristino mappa del rischio individuale di fragilità sociosanitaria e sanitaria (aggiornamento fermo all'anno 2009.)	Utilizzo di un SW con elenco aggiornato dei cittadini in situazione di fragilità e del grado di fragilità individuale, per l'inquadramento a monte e a valle degli episodi di cura (fase di ingresso, ricovero, dimissione ospedaliera e accesso al P.S.) per persone >64 anni. Strumento a uso delle UU.OO Ospedaliere e dei servizi territoriali.	Continuità di cura ospedale territorio, sanitaria e sociosanitaria, potenziamento di azioni di medicina di iniziativa e focalizzazione degli interventi verso i cittadini a maggiore rischio di ospedalizzazione, sulla base dello studio di fattibilità già effettuato dall' U.O. Valutazione Strategica e SID.	necessità di implementazione dello strumento informatico che visualizza il grado e la natura della fragilità.
Punto Unico di Accesso (PUA)	Potenziamento della presenza del Punto Unico di Accesso per intervento proattivo di valutazione su: 1) tutti i nuovi ingressi nelle aree mediche ed ortopediche; valutazione e stesura di un piano per i ricoveri programmati ortopedici; gestione di ricoveri in Hospice; nel Pronto Soccorso per le valutazioni dei casi in carico ADI che accedono al PS; 2) sulle dimissioni protette al domicilio e in struttura, con il coinvolgimento del MMG precedentemente alla dimissione e componente della Unità di Valutazione per l'accesso alla rete delle strutture Socio Sanitarie al posto del geriatra.	Dalle evidenze 2011 nei post acuti sono stati ricoverati: su 773 ictus 147 con DM di 30gg per la riabilitazione estensiva; circa 280 pazienti ortopedici per interventi programmati; sono stati dimessi dalle medicine e dalle geriatrie a domicilio circa 650 pazienti con una degenza superiore a 14 gg. Il MMG non è coinvolto precocemente per la valutazione della dimissione né fa parte della unità di valutazione.	Il Punto Unico di Accesso valuta e predispone: la dimissione protetta al domicilio o in una struttura socio sanitaria.
potenziamento interventi territoriali: Assistenza Domiciliare Infermieristica	predisposizione di presa in carico di ulteriori 100 Pz di alta complessità.	necessità di implementare nuove risorse	assicurare l'assistenza al domicilio a pazienti con alta intensità di cura ipotizzando 1 accesso al giorno del personale Infermieristico per 6 settimane e 4 accessi settimanali per 13 settimane.

	riqualificare interventi MMG	ipotizzato 3 accessi settimanali del MMG	MMG 3 prestazioni mediche ogni 7 prestazioni Infermieristiche a pz per le prime 6 settimane poi 2 per le rimanenti 13 settimane
Integrazione sociosanitaria	Strategia comune tra sociale e sanitario, processi d'integrazione fra i servizi e interdisciplinari fra i professionisti	La ridefinizione dei P.L. e del periodo di ricovero delle strutture sanitarie, determina la necessità da un lato di una maggiore disponibilità dei PL temporanei nelle strutture socio-sanitarie, e dall'altro di una riorganizzazione e articolazione degli interventi di assistenza sul piano sociale.	residenzialità e interventi del DSM/DP; personale OSS che potrebbe derivare dalla dismissione dei P.L. dei post-acuti; revisione dei criteri di utilizzazione del FRNA per le quote possibili.
Casa della Salute (MMG e Continuità Assistenziale medico e infermieristica)	Contenimento dei ricoveri non programmati attraverso una buona presa in carico proattiva della patologia cronica e da i ricoveri temporanei nelle residenze sociosanitarie. Accompagnamento della dimissione protetta al domicilio e in struttura. Gestione di posti letto all'interno delle case della salute (ove possibile)	Dalle evidenze dei primi 9 mesi del 2012 durante la presa in carico ADI risulta che sono stati effettuati: n° 3.308 casi (pari al 45,6%) di ricoveri ospedalieri e 4672 casi (pari al 64,4%) di accessi al PS	Identificare posti letto per ricoveri temporanei per la gestione sia della post acuzie che per la gestione di alcune tipologie di acuzie
Sperimentazione graduale di riduzione dell'utilizzo dei p.l. dei post acuti in ospedale	spostare la valutazione dell'accesso ai post acuti (generale e ortopedica) dal reparto di dimissione al PUA al fine di operare una più accurata selezione dei pz e di favorire la dimissione precoce al domicilio, attivando le risorse territoriali	l'analisi mostra che la casistica prevalente dei ricoveri post acuti (ictus e interventi di protesi) potrebbe essere trattata a domicilio per gli aspetti riabilitativi, la dove non vi sono condizioni di instabilità clinica; tale casistica pare significativa particolarmente per i pz ortopedici	definizione di una procedura per l'accesso ai post-acuti
Riorganizzazione interventi territoriali: utilizzo strutture sociosanitarie	Attivazione sul territorio di circa un massimo di 60 p.l. stimati temporanei nelle strutture socio sanitarie in cui è presente l'assistenza infermieristica h24, in parte ricavabili dai posti autorizzati e/o all'interno delle Case della Salute (ove possibile)	Dalle evidenze 2011 i dati indicano che ci sono stati ca.1200 dimessi dalle strutture post-acuti dei presidi di Ra, Fa e LU . In questo quadro la LD di Cervia potrebbe essere convertita in una struttura territoriale collocata all'interno di una casa della salute. Medesima condizione potrebbe essere articolata c/o il Presidio sociosanitario di: Russi, Fusignano, Alfonsine, Massalombarda, Castelbolognese, Brisighella.	Formazione specifica del personale sanitario delle strutture sociosanitarie va formato per esigenze riabilitative specifiche come ad es. gli esiti da ICTUS.

Inoltre, al fine di superare le attuali difficoltà a inserire i pazienti affetti da gravissima disabilità acquisita (DGR 2068/2004) in strutture residenziali adeguate, sia per una mancanza di posti letto territoriali che di risorse in particolare quelle del FRNA, s'ipotizza di attivare complessivamente 8 p.l. (4 a Faenza e 4 a Cervia) in strutture gestite dall'AUSL, in cui inserire tale tipologia di utenti. Nella tabella sottostante è rappresentato l'impatto economico finanziario relativo a tale ipotesi.

IPOTESI PER NUOVI INSERIMENTI E RIDUZIONE INAPPROPRIATEZZA ASSISTENZIALE		
Azioni	Costi Sanitari Sorgenti per personale	Costo sorgente da FRNA
Attivazione n. 4 p.l. presso Hospice di Villa Agnesina	€ 74.000,00	€ 128.115,00
data: 14.12.2012	€ 74.000,00	€ 113.033,00
Totale	€ 148.000,00	€ 241.148,00

6. l'attività del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche.

Il Piano Attuativo Salute Mentale 2009-2011 di cui al DGR 313/2009 evidenziava un tasso di 4,6 per 10.000 abitanti di utilizzo di strutture socio-sanitarie psichiatriche e inserimenti individuali presso strutture residenziali assimilabili (anziani, disabili, etc.) rispetto alla media Regionale di 2,6. Tale dato negli anni si è andato riducendo per un intenso lavoro di revisione della casistica, ma resta ancora attorno a circa il 3,2 per 10.000 abitanti rispetto ad uno standard del 2 per 10.000 abitanti. Senza la disponibilità di appartamenti supportati o altre forme di progetto integrato con i servizi sociali è difficile ridurre il numero di soggetti attualmente presenti nelle strutture. Ciò determina un immobilizzo di risorse per la gestione della cronicità. In ogni caso, per evitare nuove forme di cronicità sono necessari interventi integrati e multidisciplinari che favoriscano la precoce presa in carico e superino rigide divisioni relativamente alle competenze come nel caso delle Neuropsichiatria Infantile che si occupa di disabili solo fino al compimento del diciottesimo anno. Gli interventi previsti sono:

- Sviluppo del programma esordi: la presa in carico precoce dei pazienti migliora gli esiti e riduce la progressione cronica della malattia mentale. Inoltre, consente l'intercettazione di un target di popolazione "nascosta" che diversamente non accedrebbe ai servizi se non attraverso le Autorità Giudiziarie o dopo diversi anni di malattia. Determina una riduzione dei costi a breve termine perché riduce le ospedalizzazioni; una riduzione dei costi a lungo termine perché riduce il ricorso alla residenzialità. Aumenta fortemente la qualità e l'efficacia della risposta assistenziale.
- Disabilità intellettiva: la presa in carico integrata tra servizi sanitari e sociali in un unico team interdisciplinare per la fascia di età compresa tra 17 e 19/20 anni risolve l'annosa criticità del passaggio dai servizi per minori ai servizi per adulti, contrastando l'interruzione del trattamento che solitamente avviene sempre nel corso di tale passaggio. L'obiettivo è di intercettare precocemente una popolazione a rischio di cronicizzazione e di abbandono, per quanto riguarda il proseguimento del trattamento, che oggi è affidata solo ad agenzie non sanitarie, con gravi esiti dello stato di disabilità cognitiva.
- Ricoveri in strutture sanitarie: maggiore controllo dei tempi di degenza SPOI ed RTI tramite il monitoraggio da parte del DSM nella sua articolazione dell'U.O. di Emergenza Urgenza nelle strutture del privato accreditato. Indirizzamento dei pazienti in Doppia Diagnosi nelle strutture di ricovero del privato accreditato aziendale al fine di ridurre la migrazione verso strutture extra-aziendali. La vicinanza geografica del posto di ricovero e la

maggior collaborazione instaurano tra il DSM e il privato accreditato aziendale comportano un aumento della continuità assistenziale e una maggior tempestività della presa in carico del paziente ricoverato da parte dei servizi territoriali.

- Coinvolgimento delle Cure Primarie (case della salute, MMG) per interventi di Psichiatria Minore: il valore aggiunto sarà la minore stigmatizzazione delle persone che si ammalano di malattia mentale e un minor ricorso al T.S.O., dal momento che molti pazienti saranno contattabili nell'ambulatorio del MMG, senza interventi coercitivi. Inoltre l'integrazione tra DSM-DCP e MMG per la gestione della comorbidità del paziente psichiatrico favorisce il migliore controllo della patologia cronica non psichiatrica e degli effetti dell'interazione tra farmaci dei pazienti poliprescritti.

7. la rete delle cure palliative.

La rete delle cure palliative va ampliata al fine di evitare ricoveri impropri ancora elevati, in particolare nel Distretto di Ravenna, dove non è attivo un Hospice. Inoltre, va garantita un'adeguata assistenza domiciliare in coerenza con la Legge n. 38/2010 carente in tutti i tre ambiti territoriali.

Entro il 2013 è prevista l'attivazione di 10 p.l. di Hospice nel Distretto di Ravenna.

Attraverso un accordo con lo IOR (istituto Oncologico Romagnolo) e l'AIL sono state acquisite risorse professionali da impiegare, sia nella gestione degli Hospice sia nell'assistenza domiciliare. In ogni caso, il Medico di Medicina Generale avrà un ruolo fondamentale nella gestione delle cure palliative domiciliari attraverso il supporto degli specialisti. S'intende avviare un percorso formativo con i Medici di Famiglia e l'Assistenza Infermieristica domiciliare al fine di garantire un'adeguata presa in carico dei pazienti nelle fasi del fine vita.

	Costi
Attivazione 10 p.l. Hospice a Ravenna	€ 713.000
Ampliamento a 12 p.l. Hospice di Faenza	€ 74.000
Potenziamento attività di consulenza specialistica a supporto dei MMG	
Formazione MMG in tema di cure palliative	
TOTALE	€ 787.000

8. le case della salute.

La ridefinizione del percorso assistenziale basato sulla continuità tra territorio e ospedale risponde alla naturale evoluzione scientifica e tecnologica della cura. Mira a salvaguardare la presa in carico del bisogno nel rispetto dell'aspetto umano della persona, all'utilizzo in modo appropriato degli strumenti di diagnosi e cura e infine contribuisce a mantenere sostenibile il sistema universalistico, pubblico e gratuito attuale. S'impone, come più volte già accennato una revisione del modello funzionale che risponda a tale radicale mutamento. La casa della salute, come luogo di presidio nel territorio degli attuali Nuclei di Cure Primarie per la presa in carico del bisogno, può divenire la rete di prossimità che aiuta la persona e la sostiene nel percorso assistenziale. In essa le strutture professionali dell'azienda devono integrarsi con il Medico di Medicina Generale che tende ad assumere il ruolo di "health manager" del cittadino, che, dove non è in grado di rispondere in prima persona (per specializzazione, strumentazione e complessità), assume il ruolo di guida e regista del percorso. Nel gennaio del 2013 è stato siglato un accordo tra l'azienda e le rappresentanze dei MMG per la definizione e sperimentazione di vari modelli di casa della salute secondo le differenti caratteristiche sociali, demografiche e geografiche dei territori. Questo progetto è obiettivo strategico nel percorso di ridefinizione del modello assistenziale.

8.1 premessa.

Nel corso degli ultimi anni, il Sistema Sanitario ha dovuto affrontare profonde trasformazioni dei bisogni. Nella provincia di Ravenna circa 78.000 persone soffrono di una patologia cronica, di cui una quota rilevante spetta a diabete, scompenso cardiaco, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva. Vi sono inoltre soggetti anziani e fragili che presentano contemporaneamente più di una condizione morbosa (con due patologie circa 39.060 soggetti, con tre patologie 12.893 soggetti). L'impatto sull'assistenza sanitaria e sociale, per supportare queste persone, è significativamente elevato in particolare per le cure extra-ospedaliere. L'assistenza a molti di questi soggetti è tradizionalmente erogata in base ad una richiesta, da parte della persona malata legata a un aggravamento o una complicanza della patologia ed è, per ciò stesso, episodica e scarsamente pianificata. Questo comporta spesso un uso improprio dei servizi di assistenza di secondo e terzo livello e una risposta di limitata efficacia. Il trend demografico, la nuova caratterizzazione epidemiologica e il tumultuoso sviluppo tecnologico hanno determinato una domanda di servizi che sempre più spesso necessita di una "presa in carico globale" del paziente. La progressiva cronicizzazione delle malattie ha evidenziato in particolare una necessità di riorganizzazione dei servizi territoriali. La riprogettazione delle cure primarie deve superare la frammentazione dei servizi, in una logica d'integrazione tra ospedale e territorio, attraverso la realizzazione di percorsi assistenziali integrati. Per realizzare questa riorganizzazione delle cure e dell'assistenza garantendo, oltre all'appropriatezza clinica e organizzativa, umanità, globalità, continuità, proattività e tempestività della risposta ai bisogni dei pazienti, i modelli ai quali fare riferimento sono quelli del *Disease Management* e della gestione della malattia cronica (in particolare, il *Chronic Care Model*).

A queste nuove esigenze, la programmazione regionale e aziendale deve rispondere potenziando e valorizzando le reti cliniche territoriali, i Nuclei di Cure Primarie e le Case della Salute. Questi modelli organizzativi prevedono ampie potenzialità di risposta integrata all'emergente complessità dei bisogni della popolazione, sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze e delle relazioni professionali. Un'approfondita conoscenza delle caratteristiche cliniche e demografiche della popolazione di riferimento e dei comportamenti dei professionisti costituisce una base di partenza fondamentale per programmare e organizzare l'attività assistenziale.

L'Ausl di Ravenna ha dedicato molta attenzione all'approccio di "*person-oriented care*" indicando nei suoi documenti di programmazione (Piano strategico Attuativo Locale - PAL, 2010-2012; Atto d'indirizzo e coordinamento della CTSS, 2009-2011) come l'implementazione del *Chronic Care Model*, si dovrà fondare, oltre che sulla costituzione strutturata dei Nuclei di Cure Primarie (NCP) e delle case della salute, anche sulla costruzione dei registri di patologia, sull'elaborazione delle Linee Guida e dei Percorsi Assistenziali Integrati all'interno dei quali dovranno essere esplicitati con chiarezza i livelli di stratificazione per intensità assistenziale e i diversi ambiti di competenza delle professionalità coinvolte.

L'Ausl di Ravenna insieme ai suoi medici di medicina generale ha deciso di orientare la propria progettualità verso un modello di presa in carico dei pazienti con patologia cronica, sviluppo medicina d'iniziativa, definizione e monitoraggio di indicatori di qualità dell'assistenza, valutazione appropriatezza dei servizi erogati e con possibilità di accesso rapido ai dati di questi pazienti.

8.2 obiettivi.

Le Case della Salute sono strutture sanitarie e socio sanitarie dei Nuclei di Cure Primarie. Hanno l'obiettivo di fornire ai cittadini un punto di riferimento prossimo, certo, diffuso in modo omogeneo in tutto il territorio, cui ci si possa rivolgere. La normativa regionale prevede un luogo fisico specifico d'identificazione che rappresenta la rete di sanità territoriale di ciascun distretto. La casa della Salute ha i seguenti obiettivi:

- Assicurare un punto unico di accesso ai cittadini;
- Garantire continuità di assistenza;
- Organizzare e coordinare le risposte da dare ai cittadini direttamente;
- Erogare assistenza sanitaria e socio - sanitaria direttamente o guidandoli nei percorsi assistenziali di specialità o ospedalieri;
- Rafforzare l'integrazione con l'ospedale in particolare riguardo a dimissioni protette, presa in carico integrata di alcune patologie croniche, condivisione di linee guida e protocolli assistenziali per patologie che richiedono accertamenti di elevata complessità;
- Sviluppare programmi di prevenzione rivolti ai singoli, alla comunità, a target specifici;
- Promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini.

8.3 articolazione del modello organizzativo.

8.3.1 gestione Integrata della Patologia Cronica.

L'organizzazione prevede l'implementazione dell'ambulatorio infermieristico dedicato alla gestione delle patologie croniche a maggiore prevalenza nell'ottica della gestione pro-attiva secondo il modello organizzativo *Chronic Care Model*. Dal punto di vista gestionale/operativo, l'individuazione dei pazienti deve avvenire sulla base delle liste fornite direttamente dai singoli MMG, con definizione delle priorità di reclutamento, sulla base di valutazione clinico-terapeutica. I pazienti che accedono al percorso clinico-assistenziale per la gestione territoriale integrata dei pazienti affetti da patologia cronica presso la casa della salute possono usufruire di canali prioritari preferenziali per la prenotazione delle visite specialistiche previste dal percorso.

La presa in carico si basa sulla corresponsabilità e sull'integrazione dei MMG e dei professionisti dell'azienda. Questa modalità gestionale condivisa, permetterà, oltre ad un maggiore livello di integrazione, momenti continui di interscambio, attraverso briefing strutturati che permetteranno la pianificazione degli interventi tesi a garantire e rafforzare il rapporto fiduciario tra il MMG e assistito. Dal punto di vista di un approccio multiprofessionale alla gestione della patologia cronica si assoceranno le varie specificità delle figure coinvolte nel processo clinico-assistenziale, in un'ottica di valorizzazione dei professionisti e della performance fornita al cittadino.

In una fase iniziale, il follow-up dei pazienti con patologia cronica prevederà la disponibilità di "pacchetti prestazionali" concordati con i medici specialisti, nell'ottica di una successiva evoluzione verso l'utilizzo di strumentazioni clinico-diagnostiche direttamente collegate con l'ospedale in telemedicina.

Il personale infermieristico e amministrativo coinvolto nella gestione pro-attiva dei pazienti con patologia cronica (attività di recall, visite presso l'ambulatorio infermieristico, etc.), collaborerà con i MMG nello svolgimento della normale operatività (a es. ricette ripetibili).

8.3.2 gestione dell'assistito in fase di dimissione dall'area ospedaliera; funzione di coordinamento del MMG nella gestione dell'assistito al domicilio.

- Dimissione ordinaria. In tale momento si evidenzia la necessità di considerare il ruolo del Medico ospedaliero di riferimento quale soggetto in grado di garantire, 24 ore prima della dimissione, oltre al flusso informativo previsto dal progetto aziendale (inoltre telematico della segnalazione di ricovero e la comunicazione del medico di riferimento), un contatto telefonico con il MMG al fine di fornire aspetti clinici e diagnostici utili a garantire la continuità clinico-assistenziale.
- Dimissione protetta. Al fine di garantire la continuità clinico-assistenziale dell'assistito, è attivato, come da percorso aziendale strutturato, il Punto Unico di Accesso (PUA). Il percorso operativo di dimissione protetta avviene in quattro fasi:
 - Identificazione del bisogno: avviene all'interno dell'unità operativa ospedaliera nei confronti dei pazienti in procinto di dimissione, per opera del case manager infermieristico e il medico di riferimento;
 - Modalità di segnalazione del caso: il case manager dell'U.O. ospedaliera, con anticipo di almeno 72 ore dalla dimissione trasmette via fax la segnalazione al punto unico di accesso;

- Valutazione del bisogno: il PUA segnala, già in questa prima fase, al MMG la data prevista della valutazione. Offrendo a quest'ultimo la possibilità della sua presenza e relativo apporto tecnico-professionale. Il MMG e il PUA garantiscono la valutazione per la dimissione protetta ed elaborano il piano socio-assistenziale con riferimento ai bisogni rilevati attivando contestualmente, nel caso in cui sussistano bisogni di natura assistenziale, il Servizio Infermieristico Domiciliare.
- Presa in carico dell'assistito: l'infermiere case manager domiciliare, al fine di garantire la continuità di cure, concorda con il MMG di riferimento dell'assistito, la data della prima visita domiciliare e definiscono gli interventi assistenziali, il livello di intensità assistenziale ed eventuali interventi di tipo specialistico
- Attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare per assistiti domiciliari. Il MMG, in veste di coordinatore del processo può richiedere al Servizio Infermieristico Territoriale, l'attivazione e successivo intervento dell'infermiere case manager domiciliare. L'infermiere, nei casi complessi di 2° e 3° livello, farà la prima visita congiunta con il MMG al fine di pianificare gli opportuni interventi assistenziali.

In tutti i casi sopra descritti, il MMG coordinatore del processo potrà attivare consulenze mediche specialistiche (cardiologiche, dermatologiche, fisiatriche e oncologiche).

8.3.3 gestione posti letto temporanei. Nell'ambito di competenza distrettuale è possibile affidare alla gestione della casa della salute un'area di ricovero temporaneo (dotata di 2/4 posti letto) a gestione e responsabilità clinica del MMG, presso strutture di ricovero socio-sanitario o case protette. I criteri di eleggibilità per l'accesso al ricovero temporaneo sono:

- Pazienti colpiti da disabilità motoria che necessitano di rieducazione motoria o di nursing riabilitativo;
- Pazienti con necessità di assistenza infermieristica sulle 12 ore diurne e possibilità di effettuare programmi di terapie per via endovenosa;
- Pazienti sottoposti ad alimentazione artificiale enterale durante le 12 ore diurne;
- Pazienti con ulcere cutanee distrofiche, lesioni da decubito che necessitano una gestione clinico-assistenziale periodica e complessa;
- Pazienti, in fase iniziale, che richiedono interventi educativi-formativi-assistenziali in quanto portatori di catetere vescicale a permanenza o ileo/colon/urostomie, al fine acquisire la capacità di gestire in autonomia la nuova condizione fisica;
- Pazienti con quadro diagnostico definito e con profilo terapeutico improntato, ma che necessitano ancora di un supporto clinico-assistenziale continuo;
- Pazienti affetti da patologie croniche con quadro clinico stabilizzato e compensato, che richiedono tutela sanitaria quali visite mediche programmate quotidiane, trattamento di recupero funzionale, monitoraggio dei parametri vitali;
- Pazienti affetti da patologie croniche con quadro stabilizzato, provvisoriamente in condizioni di disagio sociale (solitudine, rete familiare precaria, ecc.) al fine di predisporre un piano socio-assistenziale in funzione alla possibilità di rientro al domicilio.

8.3.4 Attività infermieristiche ambulatoriali - Prestazioni di Particolare Impegno.

L'implementazione dell'ambulatorio infermieristico rappresenta un miglioramento della qualità e della prossimità assistenziale offerta al cittadino. L'integrazione multiprofessionale e il percorso di valutazione e consulenza congiunta tra MMG e Infermieri garantiscono la qualità e la sicurezza delle prestazioni assistenziali di particolare impegno. Per le prestazioni che richiedono interventi di tipo farmacologico, è necessaria la prescrizione redatta dal MMG.

8.4 Integrazione con i Servizi di Salute Mentale: obiettivi.

I disturbi mentali non trattati, producono un enorme carico di sofferenza e alti tassi di disabilità e di perdita economica. Nonostante le evidenze di poter curare con successo le malattie mentali solo una minoranza di coloro che ne hanno bisogno ricevono anche i più elementari trattamenti. Integrare i servizi di salute mentale in quelli delle cure primarie anche nelle case della salute, è la strada più efficace per colmare il gap di trattamento e garantire che le persone ottengano l'assistenza psichiatrica cui hanno diritto e di cui hanno bisogno. Investire su tale integrazione può portare indubbi benefici:

- Il carico delle malattie mentali è considerevole sugli individui che ne sono affetti e sulle loro famiglie e produce difficoltà economiche e sociali che influiscono pesantemente sull'intera società;

- I problemi di salute fisica e di salute mentale sono strettamente connessi. Molte persone soffrono di entrambi. Un modello integrato di cure primarie assicura che le persone sono trattate con un approccio olistico che accoglie sia i bisogni di salute mentale nelle persone con problematiche fisiche sia i bisogni di natura fisica nelle persone con problematiche mentali.
- Il treatment gap per le malattie mentali è enorme. Attualmente esiste un significativo gap tra la prevalenza dei disordini mentali il numero delle persone che ricevono i trattamenti appropriati. L'integrazione tra psichiatria e cure primarie contribuirà a ridurre questo gap.
- L'integrazione facilita l'accesso ai servizi di salute mentale. Quando la salute mentale è integrata nelle cure primarie, le persone possono accedere ai servizi più vicini al loro luogo di vita in modo da mantenere la famiglia coesa e facilitare il mantenimento delle normali attività quotidiane. -Erogare trattamenti per la salute mentale nei setting di cure primarie riduce lo stigma e la discriminazione.
- Trattare comuni disordini mentali in setting di cure primarie è favorevole al rapporto costi/efficacia.
- La maggioranza di persone trattate nei setting di cure primarie raggiunge buoni esiti di salute mentale specialmente quando tale setting è collegato con servizi di secondo livello.
- contenere la residenzialità dovuta al prevalere della comorbilità fisica e l'assenza di reti di riferimento per i pazienti cronici.
- contribuire all'intercettazione dei segnali precoci di malattia mentale, contribuendo alla prevenzione dell'instaurarsi della disabilità.
- Ridurre gli interventi coercitivi data la relazione di fiducia che spesso intercorre tra la persona che si ammala e il suo medico, la quale può rappresentare un'efficace mediazione al contatto con i servizi specialistici vissuti dalle persone con malattia mentale come stigmatizzanti e annichilenti la propria identità.
- Semplificazione per i cittadini dell'accesso ai servizi specialistici grazie ad un invio più mirato frutto di una più accurata valutazione iniziale del bisogno.

Il target di popolazione di riferimento include:

- Pazienti con malattie mentali (schizofrenia, disordine schizoaffettivo, disordine bipolare e la doppia diagnosi, disordini di personalità, psicosi ossessive, depressione endogena).
- Pazienti che, assumendo antipsicotici che richiedono regolari esami ematochimici e visite fisiche poiché tali farmaci causano alterazioni della glicemia, della lipidemia, del peso e dell'indice di massa corporea.
- Donne in gravidanza con malattie mentali in cui l'uso di antidepressivi e di antipsicotici deve essere attentamente monitorato giacché possono produrre anomalie fetali.
- Donne in gravidanza che consumano alcol e/o sostanza stupefacenti.
- Minori che presentano disturbi dello sviluppo, prodromi di malattia mentale, disturbi dell'apprendimento e dell'adattamento. Le fasce di età su cui maggiormente si andrà a concentrare l'attenzione è quella compresa fra 0/4 anni e quella 10/14 anni.
- Disturbi psichiatrici comuni (depressione moderata/lieve, depressione reattiva, disturbi d'ansia somatizzati e con attacchi di panico, nevrosi fobica).
- Pazienti in fase precoce di psicosi.

Le modalità operative degli specialisti in funzione di supporto e affiancamento del MMG sono:

- valutare e diagnosticare in modo congiunto fin al primo momento o successivamente persone con malattia mentale.
- Individuare in modo congiunto le strategie operative da adottare utili per fornire al paziente una risposta soddisfacente ai suoi bisogni di cura.
- Definire congiuntamente i processi di invio ai servizi di salute mentale e i percorsi per l'accesso dei cittadini ai servizi specializzati di salute mentale.

8.5 i progetti in corso.

Sono già in corso di realizzazione alcuni progetti d'implementazione sperimentale di case della salute. Al loro interno le varie opzioni operative si realizzano progressivamente seguendo una metodologia di condivisione con i MMG, di adattamento alle differenti situazioni logistiche, demografiche e geografiche. Anche dal punto di vista delle risorse necessarie la progressività della realizzazione è resa obbligatoria dal fatto che esse sono alimentate dagli effetti dell'adozione del nuovo modello organizzativo della rete ospedaliera e dalle azioni di razionalizzazione e ottimizzazione messe in atto per rendere sostenibile l'attuale sistema universalistico anche in presenza di una drammatica crisi economica e della conseguente riduzione dei finanziamenti.

Lo stato di avanzamento dei progetti in sintesi:

8.5.1 Distretto di Ravenna - Russi.

Nucleo di Cure Primarie R01. La Sede è aziendale e in essa già operano n.7 MMG. Esiste una sede secondaria (Piangipane) nella quale è previsto l'ingresso di 2 MMG collegati in rete e di un terzo medico in un ambulatorio adiacente. Si è concordato che le risorse infermieristiche e amministrative messe a disposizione del NCP collaboreranno per la gestione della patologia cronica di tutta la popolazione afferente alle due sedi senza distinzione di riferimento.

Sono garantiti i seguenti servizi:

- Area clinica: Assistenza primaria (medicina di gruppo costituita da 7MMG), ambulatorio PLS, ambulatorio infermieristico, ambulatori specialistici secondo programmazione (attualmente: ORL, cardiologia, dermatologia, oculistica, ortopedia, odontoiatria, fisioterapia).
- Servizi sanitari: punto prelievi, consultorio familiare, pediatria di comunità, neuropsichiatria infantile, sanità pubblica, ambulatorio infermieristico patologia cronica.
- Servizi socio-sanitari: assistenza domiciliare infermieristica.
- Area dell'accoglienza: punto di accoglienza, CUP, sala riunioni, locali di supporto e deposito.

L'ambito territoriale del NCP R01 coincide con gli ambiti territoriali del comune di Russi e le circoscrizioni del comune di Ravenna: Camerlona, Piangipane, Roncalceci, S.Pancrazio, S.Zaccaria.

Nella casa della salute sono presenti 7 MMG che svolgono l'attività di assistenza primaria per 12 ore giornaliere, in particolare attuano la gestione integrata per la patologia cronica con la componente infermieristica per tutta la popolazione di riferimento. In particolare:

- Gestione Integrata Patologia Cronica con chiamata attiva ai pazienti e follow-up.
- Percorsi integrati con gli specialisti presenti nella casa della salute in particolare per la gestione del paziente scompensato, iperteso, con insufficienza respiratoria, BPCO (vedi ECG, fundus oculi).
- Gestione dell'assistito in fase di dimissione dall'area ospedaliera - Ruolo di coordinamento del MMG nella gestione dell'assistito al domicilio.
- Attività infermieristica ambulatoriale - supervisione infermieri-MMG sulle Prestazioni di Particolare Impegno (medicazioni ferite, ulcere etc..).
- Apertura ambulatorio continuità assistenziale sabato mattina (9-13) collegato informaticamente con cartella MMG e PS.
- Gestione posti letto presso la casa protetta Maccabelli per pazienti stabilizzati in dimissione precoce dall'ospedale (presenza h12 infermieristica).
- Integrazione con i professionisti del Dipartimento Salute Mentale per prevenzione primaria e secondaria dei disturbi psichiatrici lievi-moderati, esordi psicotici, dipendenze e disturbi alcol correlati etc.
- Integrazione con Dipartimento di Sanità Pubblica per promozione della salute, corretti stili di vita etc.
- Integrazione con la riabilitazione per attività fisica adattata per pazienti con patologia cronica.

Cronoprogramma:

- 4 Marzo 2013. Inizio della sperimentazione medicina proattiva integrata con l'ambulatorio infermieristico e amministrativo dedicato alla chiamata attiva/recall; chiamata dei pazienti con diabete mellito di tipo2; attivazione assistenza domiciliare da parte del MMG
- 9 Marzo 2013. Apertura dell'ambulatorio di continuità assistenziale sabato mattina dalle 9-13.
- Settembre 2013. Inizio con chiamata attiva dei pazienti con scompenso cardiaco; apertura ambulatorio per servizi di salute mentale presso la casa della salute per 1 giorno al mese; Inizio programmi integrati DSM-DP; Inizio programma riabilitazione;
- Ottobre 2013. Gestione posti letto casa Maccabelli per pazienti stabilizzati in dimissione precoce dall'ospedale (presenza h12 infermieristica).

- Gennaio 2014. Inizio con chiamata attiva pazienti affetti da BPCO e ipertensione; attivazione di tutte le altre funzioni.

8.5.2 Distretto di Ravenna - Ravenna.

Il nucleo R02 di Ravenna città è composto da quattro medicine di gruppo con 20 MMG e 3 Pls che assistono una popolazione di circa 23.387 cittadini. Sono garantiti i seguenti servizi:

- Area clinica: assistenza primaria e nucleo delle cure primarie; ambulatorio infermieristico; ambulatori specialistici secondo programmazione (attualmente: ORL, cardiologia, dermatologia, ortopedia, fisioterapia, odontoiatria).
- Servizi sanitari: punto prelievi ed accesso diretto ai prelievi; pediatria di comunità; neuropsichiatria infantile; Sanità pubblica.
- Servizi socio-sanitari: assistenza domiciliare infermieristica.
- Area dell'accoglienza: punto di accoglienza, CUP, sala riunioni, locali di supporto e deposito

La sede principale della Casa della Salute è presso il CMP di Ravenna, dove si allestisce l'ambulatorio infermieristico della patologia cronica, collegato informaticamente con le cartelle dei MMG. Ciò richiede la turnazione di tutti i 20 MMG dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20 per garantire la continuità assistenziale sulle 12h sia per la gestione integrata della patologia cronica sia per le piccole urgenze ambulatoriali. In sintesi:

- Gestione Integrata Patologia Cronica con chiamata attiva ai pazienti e follow-up (12 ore al die).
- Percorsi integrati con gli specialisti presenti nella casa della salute in particolare per la gestione del paziente scompensato, iperteso, con insufficienza respiratoria, BPCO (vedi ECG, fundus oculi).
- Gestione dell'assistito in fase di dimissione dall'area ospedaliera con il coordinamento del MMG nella gestione dell'assistito al domicilio.
- Attività infermieristica ambulatoriale con la supervisione del MMG sulle Prestazioni di Particolare Impegno.
- Continuità assistenziale garantita presso la casa della salute (apertura sabato-domenica dalle ore 8-20).
- Integrazione con i professionisti del Dipartimento Salute Mentale per prevenzione primaria e secondaria dei disturbi psichiatrici lievi-moderati, esordi psicotici, dipendenze e disturbi alcol correlati.
- Programmi d'integrazione con Dipartimento di Sanità Pubblica per promozione della salute, corretti stili di vita etc.
- Integrazione con la riabilitazione per attività fisica adattata per pazienti con patologia cronica (AFA).

Cronoprogramma:

Il progetto è in fase avanzata di definizione e in linea generale si possono già ipotizzare le fasi di start-up.

- Ottobre 2013. Apertura ambulatorio integrato MMG e infermieri per la gestione proattiva delle patologie patologia croniche.
- Novembre 2013. Integrazione con il DSM-DP; riabilitazione e rieducazione funzionale.
- Dicembre 2013. Individuazione dei percorsi integrati con la specialistica ambulatoriale presenti nella casa della salute in particolare per la gestione del paziente scompensato, iperteso, con insufficienza respiratoria, BPCO (vedi ECG, fundus oculi).

8.5.3 Distretto di Ravenna - Cervia.

Il NCP R03 è composto di 20 MMG e 4 pediatri. Assistono rispettivamente una popolazione di 23963 e di 3363 persone. Sono garantiti i seguenti servizi:

- Area clinica: assistenza primaria e nucleo delle cure primarie; ambulatorio infermieristico; ambulatori specialistici secondo programmazione (attualmente: ORL, cardiologia, dermatologia, ortopedia, odontoiatria, radiologia, fisioterapia, oculistica).
- Servizi sanitari: punto prelievi e accesso diretto ai prelievi; Consultorio familiare; Pediatria di comunità; Neuropsichiatria infantile; Salute mentale; Sanità pubblica.
- Servizi socio - sanitari: assistenza domiciliare infermieristica.
- Area dell'accoglienza: punto di accoglienza; CUP; sala riunioni; locali di supporto e deposito.

Il progetto allo studio per la realizzazione della casa della salute all'interno della struttura dell'ospedale S. Giorgio, ipotizza la presenza dei MMG del NCP dal per garantire la continuità assistenziale sulle 12h, sia per la gestione integrata della patologia cronica, sia per le piccole urgenze ambulatoriali. Gestione Integrata Patologia Cronica con chiamata attiva ai pazienti e follow-up (12 ore al die). In sintesi:

- Percorsi integrati con gli specialisti presenti nella casa della salute in particolare per la gestione del paziente scompensato, iperteso, con insufficienza respiratoria, BPCO (vedi ECG, fundus oculi).
- Gestione dell'assistito in fase di dimissione dall'area ospedaliera con il coordinamento del MMG nella gestione dell'assistito al domicilio.
- Attività infermieristica ambulatoriale con la supervisione infermieri-MMG sulle Prestazioni di Particolare Impegno (medicazioni, ferite, ulcere).
- Gestione posti letto della lungodegenza presso l'ospedale S. Giorgio.
- Integrazione con i professionisti del Dipartimento Salute Mentale per prevenzione primaria e secondaria dei disturbi psichiatrici lievi-moderati, esordi psicotici, dipendenze e disturbi alcol correlati.
- Integrazione con Dipartimento di Sanità Pubblica per promozione della salute, corretti stili di vita.
- Integrazione con la riabilitazione per attività fisica adattata per pazienti con patologia cronica.

Cronoprogramma:

Il progetto è attualmente nella fase di valutazione congiunta con i MMG. E' comunque già attiva una medicina di gruppo composta da 5 MMG e 3 PLS che ha iniziato la gestione integrata della patologia cronica.

8.5.4 Distretto di Faenza - Faenza.

Il NCP F01 costituito da 14 medici cui afferiscono nel 2012 17.750 assistiti (12.902 di età inferiore a 65 anni e 4.848 di età superiore a 65 anni). La popolazione al momento afferente ad F1 si può considerare distribuita in tre grossi aggregati:

- Area urbana di Faenza con una popolazione di 14.000 assistiti.
- Frazioni di Granarolo, Pieve Cesato, Fossolo con una popolazione di 3.000 assistiti.
- Frazione Reda con una popolazione di 1.000 assistiti.

Il progetto allo studio prevede la costituzione di una Casa della Salute in una sede ipotizzata in un'area commerciale nella zona a Nord della città di Faenza, dotata di ampio parcheggio, farmacia e altri servizi a seguito di una riorganizzazione complessiva degli spazi e ricollocazione in strutture di proprietà dell'AUSL dei servizi di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. La casa della salute avrà due sedi accessorie: una situata in Via Golfieri 9 a Faenza e una situata in frazione Granarolo Faentino. L'avvio della sperimentazione avverrà nelle sedi accessorie. Nella casa della Salute di Faenza Città saranno presenti i seguenti servizi:

- Area clinica: medicina di gruppo o medici di medicina generale in numero da 6 a 12; ambulatori PLS da 1 a 4; ambulatorio infermieristico; PUA (punto unico di accesso ai servizi della rete); ambulatorio di continuità assistenziale (guardia medica) e stazionamento del medico notturno festivo e prefestivo; ambulatori specialistici secondo programmazione.
- Servizi sanitari: punto prelievi ed accesso diretto ai prelievi; consultorio familiare; pediatria di comunità; odontoiatria ed ortodonzia; medicina dello Sport; certificazione di invalidità civile.
- Servizi socio - sanitari: assistenza domiciliare infermieristica; assistenza sociale; UVM anziani e disabili.
- Area dell'accoglienza: punto di accoglienza; CUP; sala riunioni; locali di supporto e deposito.

Cronoprogramma:

Il progetto è in fase avanzata di definizione e in linea generale si possono già ipotizzare le fasi di start-up.

- Giugno 2013. Inizio della sperimentazione della medicina proattiva integrata con l'ambulatorio infermieristico e l'attività amministrativa che si occupa di fare la chiamata attiva/recall nelle sedi accessorie (Via Golfieri 9 Faenza e Granarolo); chiamata degli assistiti con diabete mellito di tipo2.
- Ottobre 2013. Avvio della gestione di 4 posti letto presso la casa protetta " Il Fontanone ".
- Novembre 2013. Inizio con chiamata attiva degli assistiti con BPCO; avvio del programma di promozione di stili di vita sani.
- Gennaio 2014. Inizio chiamata attiva assistiti affetti da scompenso cardiaco cronico e ipertensione arteriosa; avvio della gestione integrata MMG-DSM.
- Giugno 2014. Disponibilità della sede principale funzionante.
- Ottobre 2014. Trasferimento e avvio di tutti i servizi previsti.

8.5.5 Distretto di Faenza - Brisighella.

Il NCP F02 è composto di medici con ambulatorio a Faenza e medici con ambulatorio nel Comune di Brisighella, il progetto sperimentale di costituzione di una casa della salute coinvolge 5 medici con ambulatori siti nel Comune di Brisighella. Assistiti complessivamente 5.763, di cui 3.976 di età inferiore a 65 anni e 1.787 di età uguale o superiore a 65 anni. Complessivamente 7 ambulatori di cui 5 allocati presso il presidio sanitario e due nelle frazioni di Fognano e san Cassiano. La casa della salute (classificabile come piccola ai sensi della DGR 291/2010) avrà sede nel presidio sanitario di Brisighella, Via Fratelli cardinali Cicognani 76. Nella casa della Salute di Brisighella sono garantiti i seguenti servizi:

- Area clinica: medicina di gruppo costituita da tre MMG e 2 MMG con ambulatorio presso il presidio socio-sanitario; ambulatorio PLS; ambulatorio infermieristico; ambulatori specialistici secondo programmazione (attualmente ORL, cardiologia, dermatologia, oculistica).
- Servizi sanitari: punto prelievi ed accesso diretto ai prelievi; consultorio familiare; pediatria di comunità; sanità pubblica.
- Servizi socio-sanitari: assistenza domiciliare infermieristica; assistenza sociale.
- Area dell'accoglienza: punto di accoglienza; CUP; sala riunioni.

Il progetto prevede in sintesi:

- Gestione Integrata della Patologia Cronica con chiamata attiva ai pazienti e follow-up.
- Punto di accoglienza che assicura le seguenti attività: accoglienza, informazione, smistamento, risposte telefoniche, prenotazioni.
- Continuità assistenziale ambulatoriale dei MMG per 7 ore giornaliere diurne dal lunedì al venerdì incrementabile a 10 ore.
- Gestione dell'assistito in fase di dimissione dall'area ospedaliera.
- Attività infermieristica ambulatoriale.
- Vaccinazioni dell'età infantile e antiinfluenzali.
- Gestione 2-4 posti letto presso una Casa Protetta di Brisighella per pazienti stabilizzati in dimissione precoce dall'ospedale o che richiedono residenzialità temporanea per terapie prolungate.

Cronoprogramma:

- Giugno 2013: Inizio della sperimentazione della medicina proattiva integrata con l'ambulatorio infermieristico e l'attività amministrativa che si occupa di fare la chiamata attiva/recall; attivazione del punto di accoglienza; chiamata degli assistiti con diabete mellito di tipo2; avvio del programma di visite specialistiche necessarie per la gestione integrata del diabete di tipo 2
- Ottobre 2013. Avvio della gestione di 3-4 posti letto presso la casa protetta.
- Novembre 2013. Inizio con chiamata attiva degli assistiti con BPCO e avvio del programma di visite specialistiche necessarie per la gestione integrata della BPCO; avvio del programma di promozione di stili di vita sani.
- Gennaio 2014. Chiamata attiva assistiti affetti da scompenso cardiaco cronico e ipertensione arteriosa; avvio della gestione integrata MMG-DSM; incremento della continuità assistenziale garantita dagli MMG a 10 ore diurne dal lunedì al venerdì.

8.5.6 Distretto di Lugo - Bagnacavallo.

Il Nucleo delle Cure Primarie L02 comprende Bagnacavallo, Bagnara di Romagna e Cotignola. La popolazione residente è di 26.673 abitanti (16.850 nel Comune di Bagnacavallo, 2.397 nel Comune di Bagnara di Romagna, 7.426 nel Comune di Cotignola). Dei 26.673 residenti 6.603 hanno età superiore a 64 anni, 3.719 età superiore a 74 anni. La sede di riferimento è collocata presso il Centro socio-sanitario di Bagnacavallo, via Vittorio Veneto 8 (di proprietà aziendale). Il NCP comprende: 18 MMG con 23.639 assistiti e 3 PLS con 2.314 assistiti. Tutti i 18 MMG esercitano l'attività professionale in forma associata:

- 4 nella Medicina di gruppo di Bagnacavallo (5.711 assistiti in carico) collocata presso una struttura di proprietà privata.
- 6 nella Medicina di gruppo di Cotignola (9.046 assistiti in carico) collocata presso il Centro socio-sanitario di Cotignola (di proprietà aziendale).
- 4 nella Medicina di gruppo di Villanova di Bagnacavallo (4.343 assistiti in carico) collocata presso il Centro socio-sanitario di Villanova di Bagnacavallo (di proprietà comunale).
- 4 nell'Associazione di Bagnacavallo (4.539 assistiti in carico).

I 3 PLS hanno il proprio ambulatorio rispettivamente presso:

- il Centro socio-sanitario di Bagnacavallo (di proprietà aziendale, con 761 assistiti in carico)
- il Centro socio-sanitario di Cotignola (di proprietà aziendale con 772 assistiti in carico)
- Una struttura privata (781 assistiti in carico).

La Casa della Salute di Bagnacavallo (di tipologia media secondo la classificazione della DGR 291/2010), fornisce servizi di assistenza primaria in favore dei cittadini degli ambiti territoriali dei Comuni di Bagnacavallo, Bagnara di Romagna e Cotignola. Le caratteristiche demografiche e geografiche del territorio e l'assetto organizzativo degli attuali servizi sanitari giustificano una configurazione strutturale della Casa della Salute caratterizzata da una sede principale a Bagnacavallo e tre sedi secondarie a Cotignola, Villanova di Bagnacavallo e Bagnara di Romagna.

Sede principale della Casa della Salute:

- Bagnacavallo (via Vittorio Veneto 8 presso l'ex Presidio Ospedaliero) ove sono garantiti attualmente i seguenti servizi: punto accoglienza, ambulatorio infermieristico, punto prelievi, ambulatorio specialistico secondo programmazione (attualmente oculistica), consultorio familiare, ambulatorio di 1 PLS, pediatria di comunità, neuropsichiatria infantile, medicina riabilitativa, igiene pubblica, commissione medico-legale distrettuale, assistente sociale.

Sedi secondarie della Casa della Salute:

- Cotignola (presso l'ex Presidio Ospedaliero) ove sono garantiti attualmente i seguenti servizi: medicina di gruppo di Cotignola (6 MMG), punto accoglienza, ambulatorio infermieristico, punto prelievi, ambulatorio specialistico secondo programmazione (attualmente oculistica, ginecologia e ostetricia), ambulatorio di 1 PLS, pediatria di comunità, neuropsichiatria infantile, assistente sociale, centrale operativa dei medici di continuità assistenziale.
- Villanova di Bagnacavallo (presso il Centro socio-sanitario del Comune di Bagnacavallo) ove sono garantiti attualmente i seguenti servizi: medicina di gruppo di Villanova di Bagnacavallo (4 MMG), CUP, ambulatorio infermieristico, punto prelievi.
- Bagnara di Romagna (presso il Centro socio-sanitario del Comune Bagnara di Romagna) ove sono garantiti attualmente i seguenti servizi: ambulatori di 2 MMG, CUP, ambulatorio infermieristico, punto prelievi.

In sintesi il progetto prevede:

- Gestione integrata delle patologie croniche a maggiore prevalenza con chiamata attiva degli assistiti e follow-up.
- Punto di accoglienza che assicuri informazione, accoglienza, risposte telefoniche, prenotazioni.
- Continuità assistenziale ambulatoriale dei MMG per 7 ore giornaliere dal lunedì al venerdì incrementabile fino a 10 ore.
- Gestione dell'assistito in fase di dimissione ospedaliera.
- Attività infermieristica ambulatoriale.
- Vaccinazioni antinfluenzali e dell'età pediatrica.
- Punto prelievi.
- Consultorio familiare e consultorio pediatrico
- Sanità pubblica.
- Assistenza infermieristica domiciliare.
- Assistenza sociale.
- Gestione di 2/4 posti letto presso Case protette per pazienti stabilizzati in dimissione precoce dall'ospedale.
- Gestione integrata MMG-DSM.
- Promozione in integrazione con la Sanità pubblica di corretti stili di vita e prescrizione di attività ed esercizio fisico adattato.

Cronoprogramma:

- Maggio 2013. Inizio della sperimentazione della medicina proattiva integrata con l'ambulatorio infermieristico e l'attività amministrativa per la chiamata attiva/recall; reclutamento degli assistiti con diabete mellito di tipo2 presso l'ambulatorio infermieristico di Cotignola e avvio del programma di visite specialistiche necessarie per la gestione integrata del diabete mellito di tipo2.

- Giugno 2013. Trasferimento della Medicina di gruppo di Bagnacavallo (4MMG nella sede principale della Casa della Salute di Bagnacavallo); reclutamento degli assistiti con diabete mellito di tipo2 presso l'ambulatorio infermieristico di Bagnacavallo; attivazione dell'ambulatorio di continuità assistenziale il sabato mattina dalle 9.00 alle 13.00 presso la sede principale della Casa della Salute.
- Novembre 2013. Reclutamento degli assistiti con BPCO presso gli ambulatori infermieristici della Casa della Salute e avvio del programma di visite specialistiche necessarie per la gestione integrata degli assistiti con BPCO; avvio del programma di promozione di corretti stili di vita.
- Gennaio 2014. Reclutamento degli assistiti affetti da scompenso cardiaco cronico e ipertensione arteriosa.
- Marzo 2014. Avvio della gestione integrata MMG-DSM; incremento della continuità assistenziale ambulatoriale dei MMG a 10 ore giornaliere dal lunedì al venerdì; avvio della gestione di posti letto presso le Case protette per pazienti stabilizzati in dimissione precoce dall'ospedale.