



## Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari

### SINTESI SEDUTA Coordinamento Aziendale dei CCMSS

Incontro tenutosi in data 22 Marzo 2023, ore 14.30

Sede della riunione: Aula Rossa – Palazzina C (OM)

#### Ordine del Giorno:

1. Incontro con Stefano Urbinati, Direttore del Dipartimento Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale, per presentare funzioni attività e progetti del nuovo Dipartimento.
2. Intervento di Francesco Bertoni, Ufficio di Supporto alla CTSS Metropolitana di Bologna, sul tema “Regolamento assegni di cura”.
3. Varie ed eventuali.

<b>Presenti</b>	<u>Per le Associazioni:</u> Giovanni C. Bacchilega; Giordano Lanzarini; Stefano Cassanelli; Nadia Tolomelli; Luciano Lelli; Dante Brunini; Paolo Ferraresi; Anna Filippini; Romano Grande; Stefano Marcacci  <u>Per l’Azienda USL di Bologna:</u> Vittoria Sturlese; Monica Minelli; Maria Parisi; Stefano Urbinati  <u>Per la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria:</u> Francesco Bertoni e Martina Belluto
<b>Assenti</b>	Antonella Misuraca; Lucia Luminasi; Silvio Belletti; Miria Calzoni; Milena Correggiari; Pier Luigi Degli Esposti; Anna Fiorenza; Massimo Polga; Claudio Sambri
<b>Assenti giustificati</b>	<u>Per la Conferenza Territoriale Socio Sanitaria:</u> Stefania Baldi  <u>Per l’Azienda USL di Bologna:</u> Antonella Pagliacci; Barbara Cacciari; Maria Cristina Berti; Federica Lugaesi



## Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari

	<b>Contenuti e Decisioni</b>
<p><b>Sugli argomenti trattati sono intervenuti:</b></p>	<p><b>1. INTERVENTO DI STEFANO URBINATI</b>, Direttore del Dipartimento Rete Medico Specialistica Ospedaliera e Territoriale, per presentare funzioni attività e progetti del nuovo Dipartimento</p> <p>[....]</p> <p>Il nuovo dipartimento nasce da una sfida importante che la nostra Direzione ha colto, cioè quella di dare alla specialistica ospedaliera il governo del territorio e staccarla dal Dipartimento Medico nel quale sono rimasti i reparti di Medicina Interna (che svolgono prevalentemente attività ospedaliera). Invece le 4 specialità che afferiscono al nuovo dipartimento – cardiologia, pneumologia, endocrinologia/diabetologia, e reumatologia – hanno una vocazione territoriale in quanto vi sono tutti gli ambulatori specialistici nelle Case della Salute/Comunità, oltre all’attività ospedaliera. Poi vi è un rapporto stretto con la Nefrologia e Angiologia, rimaste nell’area medica.</p> <p>Spiegazione della mission territoriale del nuovo Dipartimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Governo che si basa su tre macroarticolazioni – il nuovo Dipartimento (dr. Urbinati), il Dip. Cure Primarie (dr.ssa Pagliacci) e l’UOC della Specialistica (dr.ssa Tassoni)</li> <li>- Territorializzazione ovvero erogazione di prestazioni specialistiche direttamente nel distretto di residenza, soluzione che consente ai pazienti cronici con pluri-patologie di essere seguiti meglio. Ci si aspetta che le operazioni fatte nel primo semestre del 2023 portino a un 70-75% di cittadini residenti che effettuano prestazioni vicino a casa (ora sono il 50%).</li> <li>- Correlazione funzionale fra Medici di famiglia/Nuclei di cure Primarie e Casa della Salute/Comunità. A Bologna attorno a ogni Casa della Salute ruotano da 2 a 4 Nuclei di Cure Primarie (da 50 a 70 medici); per questi medici la CdS/CdC dovrebbe essere un punto di riferimento. Per funzionare tale soluzione è supportata dagli specialisti ospedalieri. Si sta cercando di rendere ogni CdS/Cdc un riferimento per medici di famiglia e per i cittadini.</li> </ul> <p>Questo sistema dovrebbe ridurre le liste d’attesa (effetto indotto della riduzione degli esami), migliorare la presa in carico il paziente cronico affetto da più patologie ed evitare l’uso improprio del Pronto Soccorso.</p> <p>In sintesi il fine ultimo è di portare più competenze e risorse sul territorio.</p> <p><b>INTERVENTI:</b></p> <p><b>ROMANO GRANDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chiede che a partire dalla situazione descritta per alcune specialistiche, il CCMSS venga informato sugli degli step successivi.</li> </ul> <p><b>DR. URBINATI RISPONDE:</b></p> <p>Nel nuovo Dipartimento ci sono: Cardiologia, Diabetologia, Pneumologia.</p> <p>Riguardo alle Agende nel secondo semestre 2023 si è dato spazio riservato a cittadini residenti nel distretto; alla fine dell’anno si vedrà come è andata – la critica è che si rischia di aumentare le liste d’attesa perché attualmente si dà il primo posto disponibile; se le cose hanno dato i frutti sperati, si darà più spazio ai residenti o verranno coinvolte altre specialistiche.</p> <p>Nel frattempo stiamo lavorando sull’appropriatezza: vi sono linee guida e documenti in cui si dice che si può fare una buona medicina anche facendo meno esami (quelli che servono veramente per prendere delle decisioni); sarebbe preferibile che il</p>



## Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari

cardiologo usasse il tempo liberato da esami inappropriati per parlare con l'MMG dei casi (desiderio di recuperare tempo per occuparsi di aspetti cruciali).

### **FERRARESI – DISTRETTO CITTA' DI BOLOGNA**

- Parla della sua esperienza di cronicità e delle difficoltà di rinnovo della visita l'anno successivo. Chiede se non sia possibile da parte del medico, prenotare la visita successiva.
- Piano terapeutico da rinnovare ogni anno, nonostante la cronicità sia irreversibile.

### **DR. URBINATI RISPONDE:**

- In Azienda nel mondo specialistico, vige la regola che il paziente cronico preso in carico, debba avere in mano il foglio con la prenotazione successiva. Capita ancora che non avvenga ma si adopererà per far sì che la persona esca dall'ambulatorio con una data di visita successiva.

- Il secondo aspetto dipende da decisioni politiche. Per lo Stato molte terapie, soprattutto costose, vanno governate nella spesa e quindi vanno fatti dei controlli. Ciò che è stato fatto a livello locale: allestimento di spazio gestito da infermieri che prendono gli esami (inviati anche da remoto), preparano il piano terapeutico e poi caricano il piano terapeutico sul fascicolo sanitario elettronico.

### **CASSANELLI – DISTRETTO RENO, LAVINO, SAMOGGIA**

- L'obiettivo di portare il più possibile sul territorio è giusto, solo che non si vede mai una fine delle liste d'attesa; per il recupero delle liste d'attesa si trovano le cause (es. sovra-prescrizione dei medici) ma non la soluzione (rischio di non vedere recuperate le liste d'attesa).

### **DR. URBINATI RISPONDE:**

- Al nuovo Dipartimento è stato chiesto di intervenire sull'appropriatezza, di fare un governo clinico dell'accesso in maniera che le visite siano razionalizzate e che gli esami si riducano, e di creare una cartella clinica elettronica ambulatoriale in modo che tutti sappiano cosa viene fatto al paziente. Esiste il problema che non si riesce a visualizzare le informazioni dei data base degli MMG; si sta trovando una soluzione nella richiesta di poter consultare un "patient summary" redatto da MMG; questo farebbe risparmiare tempo. Le conseguenze sulle liste d'attesa si dovrebbero vedere mano a mano che si riducono gli esami inappropriati o che si vedano le prescrizioni fatte da altri professionisti.

### **LANZARINI– DISTRETTO PIANURA OVEST**

- Chiede se possibile sapere l'incidenza delle visite e analisi strumentali che fanno i malati cronici. Questo potrebbe aiutarci a svolgere le nostre funzioni di valutazione.
- Apprezza il lavoro ma non è chiaro, in riferimento al malato cronico (ad es. con tre patologie), quale specialista farà la presa in carico per tutti. Non è secondario avere un punto di riferimento unico. Il FSE può essere strumento che integra i diversi sistemi di cura e professionisti?

### **DR. URBINATI RISPONDE:**

- Sicuramente la persona dovrebbe avere una risposta univoca. In questo momento il nuovo Dipartimento ha l'obiettivo di creare nuove soluzioni organizzative: ad es.



## Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari

lavorare di più in team integrati che condividono protocolli comuni, in modo da dare una risposta univoca.

### **BACCHILEGA – DISTRETTO CITTA' DI BOLOGNA**

- Chiede se il cambio culturale richiesto viene accolto con consapevolezza all'interno dell'Azienda.
- Richiama l'importanza e la centralità della persona, riconosciuta da questi interventi; aggiunge che oggi il problema è la sproporzione fra quantità e qualità dei servizi.
- Occorre lavorare sulla figura del Medico di medicina generale, in modo che possa fare più diagnostica e che la filiera possa essere più rapida ed efficiente.
- Chiede se questa innovazione è stata prevista nel DM 77.

### **DR. URBINATI RISPONDE:**

- Tali cambiamenti avvengono a seguito della segnalazione di alcune criticità; la Direzione ha appoggiato il modello di cambiamento proposto (nuovo Dipartimento).
- Vede positivamente questi confronti con i rappresentanti degli utenti e con il Terzo Settore perché è importante raccogliere pareri.
- Per MMG, evidenzia il differente rapporto che necessariamente si instaura sulla base della convenzione. Stiamo anche assistendo a un cambio generazionale; i giovani sono più collaborativi. Sarebbe molto gradito poter condividere i dati.
- Il DM 77 riprende il modello già realizzato nella nostra regione; in molte realtà fuori dalla RER i medici non sanno nemmeno cosa sono le Case della Salute.

### **NADIA TOLOMELLI – DISTRETTO APPENNINO**

- Rispetto al discorso sulle liste d'attesa e sulla territorializzazione, chiede se è possibile consultare un'analisi dei flussi in quanto potrebbe aiutare a capire meglio il fenomeno
- In riferimento alle troppe richieste di esami specialistici chiede - se si ammette che il privato accreditato assorba il 50% delle visite – sarà possibile applicare il sistema di prenotazione anche a questo contesto (privato)?
- Porta all'attenzione il tema di coloro che ancora non sono entrati nel percorso, pur presentando fattori di rischio.

### **DR. URBINATI RISPONDE:**

- I dati ci sono - ad es. per le visite specialistiche e gli esami strumentali (quante prestazioni per tipologia sono state erogate in un distretto e quanti cittadini dello stesso le hanno consumate). Oculistica: i Distretti fanno il 10% delle visite per i propri residenti. Cardiologia: 50-60% di visite per i propri residenti. Il Distretto che fa più visite per i propri residenti è Porretta. Bologna è molto vasta e andrebbe divisa in almeno tre sotto-zone.
- Privato accreditato: nella Cardiologia il 50/60% delle prestazioni negli ultimi due anni vengono fatte nel privato accreditato; per questo la Direzione desidera che il nuovo Dipartimento si occupi di incoraggiare la qualità e l'appropriatezza anche in questo ambito; si prevede in futuro di mettere mano a questo aspetto. Anche il sistema delle prenotazioni va adeguato.
- L'accesso alla prima visita avviene tramite CUP. Quando si sentono dei sintomi, si va dal Medico di famiglia che può: fare un'urgenza (U=72 ore), urgenza entro 10 giorni, entro 30 o entro 120 giorni. In base alla richiesta fatta poi la persona viene vista da uno specialista che può: richiedere altri accertamenti oppure dare una terapia, oppure



## Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari

prendere in carico. Lo snodo è il Medico di famiglia. Questo accesso è garantito dal sistema.

### **MARCACCI – DISTRETTO APPENNINO**

- Tema degli esami specialistici che ancora non sottostanno a questo regime (es. da Porretta si va a Pieve di Cento); inoltre l'esito su dischetto non viene inviato su FSE.
- Propone di fare una sperimentazione sulla montagna – es. aprire le liste per esami specialistici (es. strumentali) che a differenza delle visite non sono aperte.

### **DR. URBINATI RISPONDE**

- Ancora ci sono difficoltà e lentezze nell'informatizzazione, software diversi che non parlano fra di loro. Con la diagnostica per immagini si sta andando a regime perché ora c'è un'accelerazione nell'informatizzazione.
- In alcuni contesti territoriali è probabile che non vi siano gli specialisti che eseguono gli esami strumentali.

### **BRUNINI - DISTRETTO APPENNINO**

- Cita "Linee Guida sulla Telemedicina" deliberate nel 2021 dalla Conferenza Stato-Regioni.
- Descrive esempi di realtà di montagna ove la telemedicina ha risolto i problemi dello spostamento per effettuare esami e diagnostica.

### **DR. URBINATI RISPONDE**

- La telemedicina è uno strumento. Cinque strumenti: tele-visita (che non è sostitutiva di quella faccia-a-faccia) e nella nostra Azienda sta partendo (Reumatologia,...); tele-consulto; tele-assistenza (infermiere con infermiere); tele-monitoraggio (es. di parametri); tele-refertazione.

Chi ha un peacemaker oggi viene seguito dal Maggiore. A Porretta non ci sono competenze per gestire i peacemaker e quindi vengono gestite dal Maggiore.

## **2. INTERVENTO DI FRANCESCO BERTONI SU REGOLAMENTO SU "ASSEGNI DI CURA" (VEDI ALLEGATO 1)**

### **INTERVENGONO:**

#### **BACCHILEGA – CITTA' DI BOLOGNA**

- Chiede se nel recepimento delle delibere regionali c'è uno spazio di discrezionalità di chi recepisce il Regolamento.
- Chiede come verrà tenuto conto del circondario Imolese.
- Chiede se possibile conoscere le risorse disponibili e come vengono spese.

#### **LANZARINI – DISTRETTO PIANURA OVEST**

- Considera che gli assegni di cura erogati sono molto esigui
- Chiede di capire i criteri in base ai quali si riceve l'assegno di cura

#### **TOLOMELLI – DISTRETTO APPENNINO**

- Condivide le considerazioni di Lanzarini

#### **FERRARESI – DISTRETTO BOLOGNA CITTA'**

- Propone di approfondire in un altro incontro gli aspetti specifici del Regolamento



## Coordinamento Aziendale dei Comitati Consultivi Misti Socio Sanitari

	<p>- Chiede se sono previsti assegni di cura temporanei</p> <p><b>Risposte Bertoni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rispetto alla discrezionalità dei Comuni nell'approvazione, il testo sarà approvato con atto formale in CTSS M; discorso diverso riguarda l'applicazione (es. durata del contratto) che viene lasciata alla discrezionalità del territorio. Sul secondo aspetto sarebbe utile fare un'azione di formazione con gli operatori per capire come si comportano nell'erogazione e quale livello di omogeneità è possibile raggiungere.</li><li>- In riferimento alle risorse, si concorda che i fondi sono bassi e andrebbero incrementati; esiste il problema che le risorse vanno direzionate verso le strutture (es. CRA) ma a monte le risorse del FRNA sono poche.</li><li>- (Belluno) Rispetto al caregiver il fondo regionale si rifà alla normativa regionale che definisce il caregiver in maniera ampia; poi la normativa nazionale, intervenuta dopo, dà una diversa definizione di caregiver e definisce i criteri per l'erogazione dell'assegno di cura.</li></ul>
<b>Decisioni Assunte</b>	<p>Rispetto alla raccolta delle proposte sul Regolamento per gli Assegni di Cura, si decide di rimandare a un prossimo incontro, per dare la possibilità di effettuare approfondimenti.</p> <p>L'Ufficio di Supporto invierà l'ultima versione del documento.</p>
<b>Approfondimenti richiesti o argomenti rinviati</b>	
<b>Prossimi impegni/incontri (data, Odg, luogo)</b>	<p>La seduta è conclusa alle ore 17,30</p>