



Progetto riordino rete dell'emergenza-urgenza nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

Coordinatore del progetto: Lorenzo Roti

Componenti gruppo di progetto: Vera Maria Avaldi, Alessio Bertini, Giovanni Gordini, Donatella Pagliacci, Grazia Pecorelli, Cristiano Pelati

Sommario

1. Premessa e Razionale	2
2. Obiettivo del progetto	5
3. Descrizione progetto di riorganizzazione della rete emergenza-urgenza aziendale.....	5
3.1 Potenziamento del sistema 118	5
3.1.1 Obiettivi	5
3.1.2 Descrizione del progetto	5
3.1.3 Analisi delle risorse	9
3.1.4 Piano azioni	11
3.2 Revisione e ottimizzazione della rete di Continuità Assistenziale e attivazione della rete dei CAU	12
3.2.1 Obiettivi	12
3.2.2 Analisi SWOT	12
3.2.3 Descrizione del progetto, analisi delle risorse e step di implementazione	13
4. Sintesi riorganizzazione rete emergenza-urgenza Ausl Bologna	25



1. Premessa e Razionale

Il presente progetto di riordino della rete dell'emergenza-urgenza nel territorio dell'Azienda USL di Bologna si inserisce all'interno del Piano di Riorganizzazione del Sistema Emergenza-Urgenza che la Regione Emilia-Romagna sta sviluppando sulla base delle attività previste dalla Convenzione con AGENAS per la valutazione e l'implementazione di un piano di riorganizzazione del sistema sanitario e socio-sanitario della regione (14/02/2023) e della DGR N. 221 del 20.02.2023 "Determinazione delle funzioni e della composizione del Coordinamento regionale per l'emergenza urgenza ospedaliera e territoriale".

Tale revisione si propone l'obiettivo di ottimizzare e razionalizzare l'attività così da affrontare alcune criticità o questioni chiave nel sistema dell'Emergenza Urgenza:

- La carenza di personale medico
- Un flusso prevalente di accessi in pronto soccorso con priorità minore e auto-presentati che nella maggior parte dei casi non esitano in un ricovero ospedaliero. Nel 2022, in tutta la regione, gli accessi in Pronto soccorso sono stati circa 1.747.269 -di cui 66% codici Bianchi e Verdi- di cui il 76% con arrivo autonomo dei cittadini -solo il 24% mediato dal sistema del 118-. (Dati RER).
- La modifica delle attività della Continuità Assistenziale nell'ultimo decennio (2012-2022) che a parità di ore di lavoro (solo +1%) ha visto la riduzione del 60% delle attività di visita domiciliare, la riduzione del 20% delle prestazioni ambulatoriali e l'incremento del 60% di consigli telefonici. (Dati RER).

La RER, sulla base di questi elementi, ha indicato le priorità della revisione della rete dell'emergenza-urgenza in Regione che saranno oggetto di realizzazione graduale tra il 2023 e il 2025 e che sono:

- **Separazione dei flussi** dell'emergenza tempo-dipendente e complessa dall'urgenza a bassa complessità
- Creazione di **due reti distinte** dedicate ai due flussi (DEA I e II livello e CAU)
- Creazione di un **servizio domiciliare per l'urgenza** a bassa complessità h24
- Attivazione Centrale **116117** con funzione di orientamento all'accesso ai CAU
- **Potenziamento del sistema 118** per un ulteriore miglioramento degli standard di sicurezza

Per la Regione tra le principali priorità realizzabili nel 2023 vi sono l'avvio del Piano di potenziamento del 118 e la realizzazione dei CAU (Centri di Assistenza in Urgenza).

Per quanto riguarda il Piano di potenziamento del 118, tra le prime azioni implementabili vi è l'Introduzione del "Medico Link", connesso telematicamente con la CO118 e con tutti i mezzi di soccorso, che diviene una figura attiva H24 e a disposizione di tutti i mezzi di soccorso del territorio per:

- supportare la CO118 nell'appropriata gestione della assegnazione delle competenze e nella fase di trattamento sia on scene che in itinere;
- supervisionare le situazioni critiche collegandosi on line con ogni mezzo di soccorso per la validazione on line dell'impiego di adeguati protocolli clinico-assistenziali;
- supportare i mezzi di soccorso nelle scelte di avvio e/o sospensione dei trattamenti;
- coordinare le risorse e le equipe dei diversi livelli di competenze (BLS, MSA-I-M, elisoccorso) con i nodi della rete ospedaliera;
- partecipare al governo del sistema di emergenza pre-ospedaliero e ospedaliero.

Il potenziamento del 118 passa attraverso una riorganizzazione della rete che, proprio per lo sviluppo della funzione del medico Link, tende ad un utilizzo più appropriato delle risorse tanto a leadership infermieristica che medica, anche omogeneizzando le presenze delle risorse mediche facendo riferimento a standard di riferimento nazionali e di alcuni sistemi regionali avanzati (ad es. Lombardia).



A questo si collegherà un Piano di investimenti sui sistemi di connessione tecnologica tra territorio e rete ospedaliera necessari per la condivisione delle informazioni in real time, associato – vista anche la parte di accesso ai servizi della rete CAU – all’implementazione di un Piano di comunicazione rivolto ai cittadini, inerente le modalità di contatto e accesso alle strutture sanitarie e lo sviluppo ulteriore della rete defibrillazione.

Infine, si prevede l’attivazione del NUE 112 e dl 116117 in Emilia-Romagna di cui la responsabilità del piano di attuazione è in carico all’ Assessorato Politiche per la Salute.

Tra le altre priorità identificate dalla Regione e da realizzare nel corso dell’anno vi è l’apertura dei CAU di cui la Regione ha definito un modello di riferimento declinato all’interno del Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale cura della persona, salute e welfare e le Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale per il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità. Nello specifico, nel modello presentato da RER, i CAU sono strutture territoriali dotate di personale medico dell’area funzionale e contrattuale della Medicina Generale a ruolo unico, personale infermieristico dotate di capacità diagnostica (imaging e laboratorio) e supporto specialistico (anche con telemedicina) che accolgono e gestiscono pazienti con problemi urgenti a bassa complessità. Tali strutture sono aperte ordinariamente H12 o, in qualche caso, H24 e coprono mediamente un bacino da 35.000 a 75.000 abitanti.

I CAU sono afferenti organizzativamente all’Assistenza Primaria, collocati presso le Case della Comunità o altre strutture territoriali e presso gli Ospedali territoriali di prossimità sprovvisti di DEA di I e II livello e la RER indica che è possibile valutare l’opportunità della presenza di un CAU anche in prossimità di un DEA di I e II livello.

I CAU dispongono di competenze clinico assistenziali e strumentali in grado di fornire risposta ai problemi e ai bisogni di carattere acuto di bassa complessità con equipe medico infermieristiche adeguatamente formate dove la componente medica è afferente al ruolo unico di assistenza primaria a ciclo di scelta e a ciclo orario, mentre gli infermieri sono individuati dalle Aziende USL tra il proprio personale.

La popolazione si rivolge al CAU per il trattamento di problemi di carattere acuto di bassa complessità con necessità di una valutazione tempestiva ed appropriata in accesso diretto o tramite invio da CA, MMG/PLS e 116117 (numero unico nazionale per accesso a cure mediche non urgenti ed altri servizi sanitari di prossima implementazione).

Come definito nel Verbale d’Intesa tra RER e Medicina generale, possono accedere, quindi, ai CAU pazienti autonomi deambulanti e con i problemi clinici e assistenziali di seguito elencati a titolo esemplificativo:

- Dolore addominale di lieve entità con sintomi gastroenterici, nausea e vomito e sindromi gastroenteriche minori, diarrea acuta non ematica
- Febbre
- Acutizzazione di stati ansiosi
- Disturbi anorettali (es. pazienti con problematiche emorroidarie, ragadi, etc..)
- Vertigini di lieve entità
- Paziente con sintomatologia da calcolosi urinaria nota
- Lombalgia
- Infezioni del tratto urinario inferiore/difficoltà alla minzione,
- Medicazioni e rimozioni punti (turisti/studenti fuori sede/no MMG o PLS
- Variazione parametri glicemici

Tale casistica potrà essere integrata sulla base di successivi indirizzi regionali o aziendali legati allo sviluppo della progettualità CAU.

All’interno dei CAU, la Regione indica che le prestazioni erogabili sono:

- Visita medica



- Certificazioni
- Trattamento farmacologico al bisogno
- Prescrizione di terapia per patologie di nuova insorgenza o terapie essenziali
- Procedure chirurgiche minori (medicazioni)
- Prestazioni che richiedono un servizio di primo soccorso
- Prelievo per indagini di laboratorio POCT
- Osservazione post trattamento
- Imaging radiologico di base
- Attivazione percorsi di approfondimento diagnostico

Benchè le evidenze pubblicate siano poche e di scarsa qualità tutti i dati sembrano indicare che “Walk-in Centers” gestiti dai medici di cure primarie (assimilabili ai CAU) possano migliorare (ridurre) il ricorso ai Dipartimenti di Emergenza da parte dei pazienti con problematiche minori. Quasi tutti gli studi riportano un miglioramento dei tempi di attesa e della soddisfazione degli utenti e non segnalano rischi particolari nell’accesso diretto a tali strutture anche quando guidato da consigli telefonici che risultano essere strumento efficace.

In tutti questi studi non si è mai focalizzata l’attenzione sull’**utilità di queste strutture nella gestione dell’anziano fragile** che quindi resta un terreno inesplorato da questo punto di vista. Non ci sono inoltre evidenze definitive su quale sia la migliore organizzazione per integrare la rete della emergenza con quella della urgenza anche se di sicuro emerge che **un’informazione corretta alla popolazione** costituisce la componente principale del sistema. In particolare, non si trovano evidenze conclusive su quale sia la collocazione (all’interno o all’esterno dei DEA) ottimale per queste strutture e di nuovo emerge anche a questo riguardo la maggiore efficacia laddove l’informazione sulle opzioni disponibili sia correttamente veicolata e trasmessa alla popolazione.

Nella nostra realtà aziendale, creare un percorso dedicato ai pazienti con problematiche minori all’interno delle strutture sede di DEA di II livello rischia di richiamare all’interno dell’Ospedale un numero di pazienti ancora più elevato di prima che rischia di impattare su strutture (Triage e Sale di Attesa). Inoltre, questa strategia rischia di trasmettere un messaggio fuorviante e “non educativo” sul fatto che per problematiche minori ci si debba continuare a rivolgere “all’ospedale” non promuovendo invece la valorizzazione e riconoscibilità della rete dei servizi territoriali, delle Case della Comunità e gli ambulatori delle Medicine di Gruppo come riferimento per le problematiche di primo livello e urgenze minori.

Al contrario, gli ambulatori CAU nell’ambito dei servizi di cure primarie, con il coinvolgimento dei medici di medicina generale (sia ad attività oraria che a ciclo di scelta), attivi in orario 8-20, 8-24 o h 24 (in rapporto alle risorse di personale e di spazi) con o senza radiologia a disposizione, potrebbero gestire le situazioni di urgenza minore o comunque differibile. Si tratta di rendere le strutture accessibili (autopresentazione e/o coordinamento telefonico) e in grado di prendere in carico (Accoglienza e flessibilità) le varie necessità, valorizzando la funzione propria della medicina generale. Il governo clinico di queste strutture deve essere in carico ai MMG (nell’ambito dell’AFT come previsto dall’ACN 2022 nella declinazione che dovrà essere data dall’Accordo Integrativo Regionale). Per quanto sopra espresso, si punta a strutturare una rete di CAU che siano l’evoluzione delle postazioni della Continuità Assistenziale già presenti, o da portare all’interno delle Case della Comunità. Accanto a questi vanno previsti CAU come conversione di alcuni PS in cui l’attività è già per la maggior parte dedicata alle urgenze minori ed a bassa complessità.

Il possibile impatto dei CAU sui DEA di I e II livello potrebbe garantire una riduzione degli accessi inappropriati e una minore pressione sulle strutture già piuttosto affollate. Il beneficio in termini di personale può essere ottenuto dalla conversione di alcuni PS in CAU con riduzione del fabbisogno di personale medico per la UOC Spoke. Il beneficio per i cittadini sarà di poter accedere a strutture non affollate che, per le problematiche



evidenziate nella casistica selezionata, potranno offrire una presa in carico più tempestiva senza pregiudizio per la qualità delle cure visto che si tratta di problematiche minori e per lo più differibili.

Il presente documento ha, quindi, l'obiettivo di declinare nel territorio dell'Azienda USL di Bologna il modello di riordino Regionale della rete dell'Emergenza-Urgenza.

Nell'Allegato 1 è presentata un'analisi di contesto di supporto alla ridefinizione della rete dell'Emergenza-Urgenza.

2. Obiettivo del progetto

L'obiettivo del presente progetto è il miglioramento dell'accesso e dei percorsi in emergenza-urgenza sulla base delle indicazioni regionali, ricomprendendo in tale azione tutto il sistema articolato di strutture che includono oltre ai Pronto Soccorso, i punti di primo intervento ospedalieri e territoriali e i servizi per la continuità assistenziale nel territorio dell'Azienda USL di Bologna.

3. Descrizione progetto di riorganizzazione della rete emergenza-urgenza aziendale

Le linee strategiche e le priorità di intervento per riorganizzazione della rete emergenza-urgenza aziendale sono:

- Potenziamento del sistema 118 attraverso la riorganizzazione dei mezzi di soccorso avanzati e l'introduzione della funzione di Medico Link di sistema
- Revisione e ottimizzazione della rete della Continuità Assistenziale e attivazione rete CAU

Tali progettualità sono fortemente interconnesse e contribuiscono complessivamente alla revisione e ottimizzazione dei flussi della rete emergenza-urgenza, separando l'emergenza tempo dipendente e complessa dall'urgenza a bassa complessità e creando due reti distinte (DEA I e II livello e CAU) anche attraverso una riorganizzazione delle risorse di personale dedicate alla rete.

Di seguito, le due progettualità vengono descritte in maniera separata per garantirne una descrizione dettagliata.

3.1 Potenziamento del sistema 118

3.1.1 *Obiettivi*

L'obiettivo del progetto è l'introduzione della funzione di Medico link di sistema propedeutico alla revisione dell'assetto dei mezzi di soccorso avanzati.

3.1.2 *Descrizione del progetto*

Il progetto si sviluppa attraverso:

- Introduzione del Medico Link connesso telematicamente con la CO118 e a disposizione H24 di tutti i mezzi del territorio e dei punti della rete ospedaliera per:
 - Valutazione del quadro clinico per valutare supportare anche pre arrivo mezzi di soccorso
 - Supporto-Autorizzazione a trattamenti soprattutto su fase assistenziale
 - Attivazione dei percorsi tempo dipendenti, tracciabili su applicativo 118EMS
 - Scelta e pre-attivazione Ospedali Hub e Spoke (PS, Stroke, UTIC, Tr. Centre, Sala Op.)



Si ritiene che tale funzione, debba essere ricoperta da medici con adeguate competenze ed esperienza legate alla pratica clinica sia nei DEA di II livello che nel soccorso pre-ospedaliero.

- Potenziamento delle MSA-I attraverso:
 - Implementazione percorsi formativi infermieri
 - Incremento numerico MSA-I
- Mantenimento/Rimodulazione delle MSA-M per:
 - raggiungere livelli di omogeneità con altre realtà regionali (es. Lombardia)
 - garantire mantenimento skills avanzate con impiego presso sedi di PS ovvero di postazione territoriali ad elevato volume di attività (ovvero per rimodulare la presenza di equipe MSA-M in postazioni con bassissima numerosità di interventi su pz critici
 - A supporto del territorio (Città, Pianura e Valli Appenniniche) e dei PS maggiori
 - Rafforzamento supporto avanzato con Elisoccorso notturno
- Incremento presenza medica in Pronto Soccorso per reclutare risorse da dedicare alla OBI nei due presidi di Bazzano e Budrio (anche in relazione all'attivazione CAU)
- Accordi per la gestione delle constatazioni (con DCP e Continuità Assistenziale)

Per la riorganizzazione del modello è necessaria l'implementazione dei seguenti strumenti:

Tecnologici

- Streaming Video con i mezzi per la valutazione della scena
- Streaming Video con gli astanti per anticipare i tempi nelle situazioni critiche
- Video-Teleconsulto con specialisti
- Consultazione real-time ECG con ECG 12 D da parte di soccorritori e invio segnale in CO118 e UTIC
- Scheda Paziente informatizzata (in sperimentazione) con link a DB CO 118 e import dati in AREAS

Organizzativi

- Procedura aziendale Medico Link
- Procedure per intervento clinico assistenziale in emergenza territoriale nel paziente compromesso
- Istruzioni Pre-Arrivo
- Criteri di allertamento/attivazione
- Ridefinizione delle aree di attività in funzione del ripiazzamento/rimodulazione MSA-I e MSA-M

Si prevede di implementare il nuovo modello in fasi successive e nelle figure successive vengono mostrate le modifiche progressive dall'assetto attuale al nuovo assetto.

Figura 1. Modello attuale con disposizione **MSA**: auto mediche (MSA-M) e ambulanze con infermiere (MSA-I) e **PPI** attivi

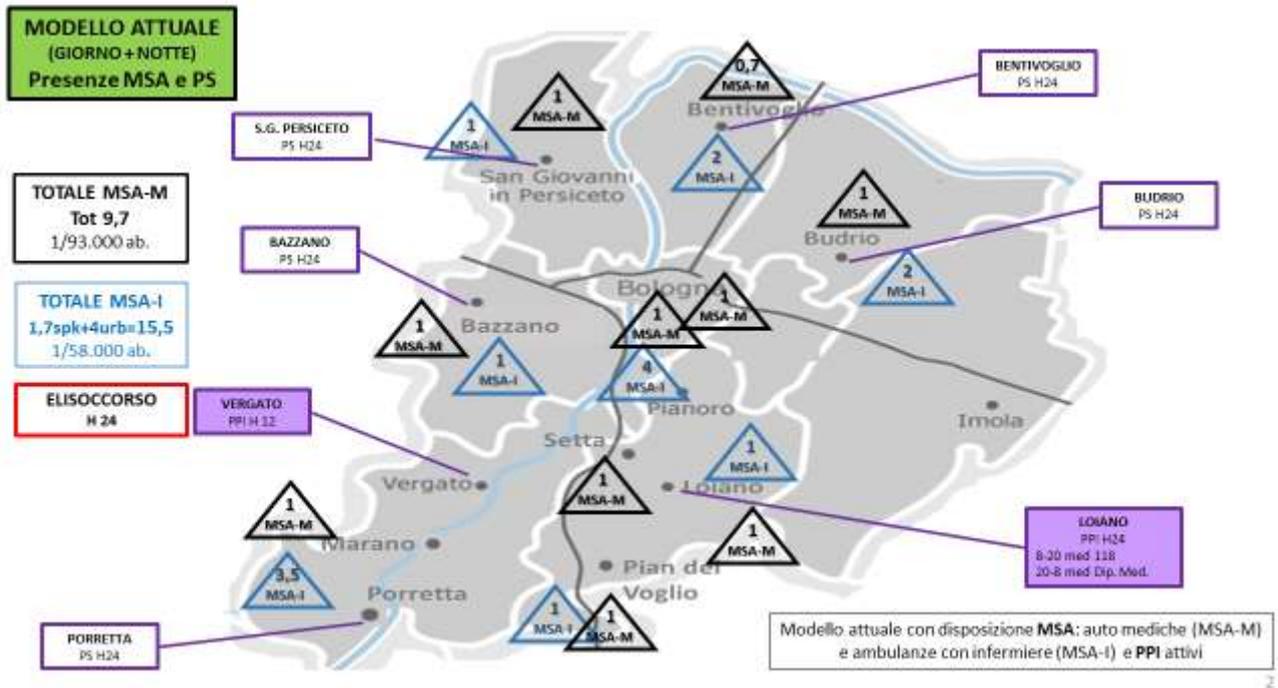


Figura 2. Prima fase di rimodulazione con disposizione MSA-M e MSA-I nelle ore diurne e attivazione Medico Link





Figura 3. Rimodulazione con disposizione MSA-M e MSA-I nelle ore notturne



Figura 4. 3° fase di rimodulazione con disposizione MSA-M e MSA-I nelle ore diurne (da sciogliere opzione dei 3 MSA-M tratteggiati per individuare quale rimodulare: Bologna E1, SGP, Budrio)



La previsione di modifica progressiva da MSA-M a MSA-I prevede, quindi, un riassetto della composizione degli equipaggi e dei mezzi a disposizione. La trasformazione da automedica ad ambulanza conduce ad una necessità di mezzi (ambulanze) e autisti di ambulanza.



3.1.3 Analisi delle risorse

Analisi di impatto sulle risorse mediche del nuovo Modello Clinico Assistenziale Emergenza 118

Tabella 1. Analisi risorse mediche nuovo modello rete 118

SEDI	Risorse: Ore medici					
	risorse oggi		risorse nuovo assetto			
	n° ore/ die	n° medici	n° ore / die	delta ore medici	n° medici	delta n° medici
BNT	16	3,7	12	4	2,7	0,9
SGP	24	5,5	24	0	5,0	0
BUD	24	5,5	0	-18	1,4	-4,1
BAZZ	24	5,5	0	-18	1,4	-4,1
LOI PPI	24	5,5	12	-12	2,7	-2,7
PORR	24	5,5	24	0	5,5	0
VERG PPI	12	2,7	0	-12	0	-2,7
MARANO	24	5,5	24	0	5,5	0
SETTA	24	5,5	24	0	5,5	0
Sambro P.d. Voglio	24	5,5	0	-24	0	-5,5
BO 101	24	5,5	12	-12	2,7	-2,7
BO 102	24	5,5	24	0	5,5	0
Med Link			24	24	5,5	5,5
TOT	268	61,4	180	-68	35,7	-16,3

Analisi di Impatto sulle risorse umane area comparto Nuovo Modello Clinico Assistenziale Emergenza 118

L'introduzione del medico link nella Centrale 118 consente di "connettere e portare" la competenza medica in tutti i territori attraverso procedure operative di integrazione con le diverse professionalità presenti nel territorio.

In relazione al piano di modulazione degli equipaggi avanzati l'impatto sulle risorse umane è presentato in Tabella 2.



Tabella 2. Analisi risorse assistenziali nuovo modello rete 118

Interventi conseguenti a Introduzione Medico Link	Risorse Umane Presenti	Risorse Umane da prevedere	Altre Ricadute
ALS - I H12 notturno Bologna	3 autisti dipendenti da fine luglio 2023		Mezzo di soccorso
ALS-I H 12 diurno Bazzano			Estensione H12 rapporto con Associazione di Volontariato presente per mezzo e autista
ALS -I Pian Del Voglio H24			Riprogrammazione localizzazione mezzo ALS-I ad oggi introdotto con DI.34 (autista e infermiere H24) garantito da CRI. Tale intervento consente di riallocare il personale infermieristico esperto sulle postazioni di Lama di Setta, Marano e Vergato dove c'è una carenza di 6 unità infermieristiche.
ALS-I Budrio H12 diurno	3 autisti dipendenti da fine settembre 2023		Mezzo di soccorso
ALS -I Loiano H12 notturno			Estensione H12 notturno rapporto con Associazione di Volontariato per Autista e Mezzo di Soccorso



Analisi del numero e distribuzione dei mezzi di soccorso

Figura 6. Totale risorse: n° mezzi di soccorso attuale e con nuovo modello con incremento mezzi ILS (MSA-I) e capacità di trasporto del paziente

Configurazione totale Mezzi di soccorso

	OGGI - GIORNO					OGGI - NOTTE				
	Area di Automedica	ALS	ILS	BLS/D	tot mezzi	Area di Automedica	ALS	ILS	BLS/D	tot mezzi
Configurazione Mezzi Attuale										
Città'										
Area Bo Città		2	4	5	11		2	4	5	11
Nord										
Area Bazzano	1	1	2	4	1	1	2	4		
Area SanGio. Persiceto	1	1	2	4	1	1	2	4		
Area Bentivoglio	1	2	2	5	0,3	2	2	4		
Area Budrio	1	2	1	4	1	2	1	4		
Sud										
Area Lorianò	1	1	2	4	1	1	2	4		
Area P. d. Voglio	1	1	1	3	1	1	1	3		
Area Val di Setta	1	0	2	3	1	0	2	3		
Area Marano	1	2	1	4	1	2	1	4		
Totale	10	16	18	44	9,3	15	18	42,3		
Configurazione Mezzi Nuovo Modello										
Città'										
Area Bo Città		2	4	5	11		1	5	5	11
Nord										
Area Bazzano	0	2	2	4	0	2	2	4		
Area SanGio. Persiceto	1,7	1	2	3	1	1	2	4		
Area Bentivoglio	1	2	2	5	0	2	2	4		
Area Budrio	1,7	2	1	3	1	2	1	4		
Sud										
Area Lorianò	1	1	2	4	0	2	2	4		
Area P. d. Voglio	0	2	1	3	0	2	1	3		
Area Val di Setta	1	0	2	3	1	0	2	3		
Area Marano	1	0	1	2	1	0	1	2		
Totale	7	20	18	42	5	19	18	42		

N° mezzi che trasportano

Totale risorse: n° mezzi di soccorso attuale e con nuovo modello con incremento mezzi ILS e capacità di trasporto pz.

3.1.4 Piano azioni

Azioni	Tempi
Predisposizione postazione Medico-Link con strumenti necessari	marzo 2023
Inserimento sperimentale Medico-Link nella attività di Centrale e di sistema	marzo 2023
Potenziamento delle MSA-I: Formazione sulle Procedure per intervento clinico assistenziale in emergenza territoriale nel paziente compromesso	marzo-settembre 2023
Sperimentazione Medico-Link su Area Bologna Città (training diurno)	aprile-giugno 2023
Messa a punto dell'operatività in Centrale	aprile-giugno 2023
Attivazione 1° step modello su Aree Città e Spoke (MSA notte città, Bazzano e P.d.Voglio)	entro luglio 2023
Attivazione del modello su Aree Nord e Sud con revisione MSA -I e MSA-M	entro luglio 2023
Estensione modello a province MO e FE	settembre 2023



3.2 Revisione e ottimizzazione della rete di Continuità Assistenziale e attivazione della rete dei CAU

3.2.1 Obiettivi

L'obiettivo del progetto è potenziare la risposta ambulatoriale per la bassa complessità nei luoghi di prossimità attraverso:

- la qualificazione della rete delle postazioni di CA per:
 - valorizzare il ruolo della CA sulla base dei principi dell'Accordo Collettivo Nazionale
 - garantire l'efficienza operativa e sostenibilità complessiva del servizio
 - garantire in tutte le postazioni di Continuità Assistenziale le condizioni strutturali e di dotazione per svolgimento dell'attività ambulatoriale
- l'attivazione dei CAU per dare una risposta alla bassa complessità e bassa intensità, ottimizzando le risorse e il tempo di erogazione delle cure visto che il progressivo depauperamento delle risorse umane e il crescente sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza richiedono la revisione del modello "PS" con una separazione dei flussi della patologia tempo-dipendente e della casistica ad alta complessità dalla gestione delle urgenze

3.2.2 Analisi SWOT

Revisione postazioni di CA

	ELEMENTI POSITIVI (Qualità utili al conseguimento degli obiettivi)	ELEMENTI NEGATIVI (Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi)
INTERNO ALL'AZIENDA	<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attivi Tavoli tecnici con Medicina Generale su Continuità Assistenziale e Ambulatori a Bassa Complessità già rispettivamente dal 2021 e 2022 • Il DM 77 con lo standard h24/gg7 e la realizzazione/ampiamento di strutture spinge verso una revisione e funzionalizzazione del servizio di CA 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ridotto investimento organizzativo sul settore della Continuità Assistenziale in epoca pre-COVID con elementi di arretratezza logistica, informativa, organizzativa ed operativa, il cui superamento richiede tempi medi • Personale Continuità Assistenziale scarsamente stabile, in gran parte medici con altri impegni formativi o operativi per i quali la CA non è il settore di impegno prioritario
ESTERNO ALL'AZIENDA	<p style="text-align: center;">OPPORTUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento rete dei servizi territoriali e garanzia di accessibilità • Immagine più efficiente dei servizi 	<p style="text-align: center;">MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempi ristretti per comunicare il cambiamento • Possibile visione di "taglio dei servizi" da parte della popolazione



Attivazione rete dei CAU

	ELEMENTI POSITIVI (Qualità utili al conseguimento degli obiettivi)	ELEMENTI NEGATIVI (Qualità dannose al conseguimento degli obiettivi)
INTERNO ALL'AZIENDA	<p style="text-align: center;">PUNTI DI FORZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • presenza di PS/PPI con dotazione di servizi e tecnologie (RX; POCT, ECG, Ecografi sistema informatico) già attivi • coesistenza in alcuni CAU di MSA per eventuale centralizzazione di accessi impropri • Condivisione con Tavolo Tecnico con MG del modello CAU 	<p style="text-align: center;">PUNTI DI DEBOLEZZA</p> <ul style="list-style-type: none"> • urgenza della rimodulazione • necessità di interlocuzione a tempi serrati con OOSS MG su aspetti non definiti nel verbale d'intesa • possibile difficoltà nel reclutamento di Medici assistenza primaria ad attività oraria • tempi scarsi per una formazione ad HOC • la necessaria progressione dell'implementazione della rete dei CAU nei Distretti potrebbe generare una disparità di accesso tra territori
ESTERNO ALL'AZIENDA	<p style="text-align: center;">OPPORTUNITÀ</p> <ul style="list-style-type: none"> • ottimizzazione della rete dei servizi territoriali • coinvolgimento di servizi esterni (radiologia) • coinvolgimento delle associazioni dei pazienti per supportare la campagna di informazione • Sigla del Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale cura della persona, salute e welfare e le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità 	<p style="text-align: center;">MINACCE</p> <ul style="list-style-type: none"> • tempi ristretti per una capillare ed efficace campagna di comunicazione

3.2.3 Descrizione del progetto, analisi delle risorse e step di implementazione

Si prevede lo sviluppo di un modello organizzativo che integra l'attività della CA e quella dei CAU e che permette:

- l'estensione dell'attività di continuità e gestione della bassa complessità nei giorni feriali (8-20 da lunedì a venerdì)
- l'affiancamento al medico della figura infermieristica per una quota parte dell'orario di attività nelle postazioni in cui si attiva CAU
- l'estensione oraria dell'attività ambulatoriale della Continuità Assistenziale fino a coprire nelle postazioni in cui si attiva CAU l'intero orario di apertura
- l'aumento della capacità di gestione di urgenze a bassa complessità grazie anche alla presenza di attrezzatura diagnostica nelle postazioni in cui si attiva CAU

Tale riorganizzazione, nello specifico, prevede:



- Trasferimento di alcune postazioni di CA in sedi adeguate a garantire la possibilità di svolgimento di attività ambulatoriale
- rimodulazione dell'attività della CA che può trarre vantaggio in termini di flessibilità dalla previsione di turni h16 (8-24) sulla base dell'attuale carico di domanda e prestazioni eseguite. Infatti, la domanda di prestazioni ambulatoriali dalle 24 alle 8 di mattina è minima e quindi concentrabile in postazioni h24 collocate strategicamente nell'ambito territoriale¹
- riduzione dell'attività notturna di postazioni di CA con attività minima
- attivazione di CAU a Budrio, Vergato come conversione da PS/PPI, sulla base dell'analisi dei volumi e della tipologia prevalente di codici di accesso, pari circa all'80% a Budrio e Vergato
- Attivazione di CAU in CdC Hub con integrazione nei turni notturni e nei diurni prefestivi e festivi con quella della postazione di CA attiva nella stessa sede. Si sottolinea che i CAU svolgono solo attività ambulatoriale, mentre la Continuità Assistenziale interviene anche con visite domiciliari, pertanto assolvono a due funzioni complementari.

Inoltre, elementi essenziali allo sviluppo del progetto sono rappresentati da:

- programmazione di un percorso formativo (basato su indirizzi della RER) per i professionisti coinvolti nei CAU per l'allineamento e mantenimento delle competenze sulla casistica e prestazioni di maggiore frequenza e rilevanza
- predisposizione di una campagna di informazione a cura della RER per i cittadini sull'ubicazione e gli orari di apertura delle strutture CAU, nonché sulle condizioni che troveranno risposta nelle CAU e viceversa sulle condizioni che NON dovranno rivolgersi alle CAU.

Si sottolinea, inoltre, che si è comunque in una fase di transizione, in quanto si è in attesa dello sviluppo del 116117, numero unico dedicato al servizio di ricezione delle chiamate per consigli telefonici e indicazioni sulle strutture cui fare riferimento (CAU, UCA, medico di medicina generale, CA) e deve essere sviluppato anche il modello delle UCA (Unità di Continuità Assistenziale) équipe mobili distrettuali per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa (standard 1:100.000 abitanti).

Pertanto, in questa fase, in attesa di un accesso ai CAU mediato dal 116117, l'accesso ai CAU è diretta da parte dei cittadini oppure su indirizzo del MMG.

Di seguito, viene presentato sinteticamente il progetto di revisione delle postazioni CA e di apertura di CAU in due step temporali (anno 2023 e anno 2024) con una prospettiva di apertura CAU anche per il 2025-2026. Si sottolinea che, sulla base dell'esperienza che verrà maturata con l'attivazione dei primi CAU e la progressiva attivazione delle UCA nel 2024 (valutata e concepita anche sulla base di questo riassetto CA-CAU), non è possibile definire un ulteriore riassetto della CA negli anni 2025-2026.

¹ Questa rimodulazione è prevista dall'art 44 dell'ACN 2022 che al comma 3 recita: "... l'Azienda, in attuazione della programmazione regionale, realizza il proprio modello organizzativo avvalendosi delle seguenti opzioni:

a) ... omissis

b) ... omissis

c) attivazione del servizio di continuità assistenziale realizzato con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, **organizzato per fasce orarie che consentano una maggiore copertura del territorio in orario diurno e una ridotta presenza nell'orario notturno avanzato (ore 24.00 - 8.00),** "

Lo stesso articolo al comma 4 indica che: "Le previsioni di cui al comma precedente sono attuate nel rispetto delle necessità assistenziali fissate dalla programmazione regionale e, successivamente, con la definizione del rapporto ottimale nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali. "

La previsione di postazioni h16 quindi sarà resa possibile dagli atti regionali indicati nell'ACN.

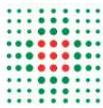


Tabella 3. Pianificazione apertura CAU 2023-2024

Tempi	Sedi CAU da attivare	Giorni di apertura	Ore di apertura
Entro dicembre 2023	CdC Navile	7/7	h16
	CdC Casalecchio	7/7	h 12
	Budrio	7/7	h24
	Vergato	7/7	h24
Entro dicembre 2024	Palagi (Area ospedaliera AOSP)	7/7	h12
	Bentivoglio	7/7	h12
	San Pietro in Casale	7/7	h16
	Crevalcore	7/7	h16

Inoltre, si prevede, previo adeguato studio di fattibilità, di attivare nel 2025-2026 altri 5 CAU presso zona Ospedale Maggiore, CdC Savena-Santo Stefano, CdC Bazzano, San Giovanni in Persiceto, San Lazzaro di Savena per un totale di 14 CAU.



Tabella 4. Step 1. Revisione CA e attivazione CAU - Anno 2023

Distretto	Sede CA	Aspetto CA ad oggi			Riorganizzazione turni CA				CAU da attivare nel 2023	riduzione ore mediche rispetto ad assetto attuale	aumento ore mediche rispetto ad assetto attuale	Δ ore mediche su assetto attuale
		Turni diurni	Turni notturni	Totale ore medico	soppressione postazione CA	rimodulazione turni diurni CA	rimodulazione turni notturni CA 20-24	rimodulazione turni notturni CA 24-8				
BOLOGNA	Beroaldo	6	5	29820		5	5	3		7340		
	Montebello	6	5	29820		5	4	3		8800		
	Navile	/	/	0		1	1	2	CAU 7/7 h 16 con 1 medico+ 1 infermiere h12		13440	
	TOTALE	12	10	59640		11	10	8	1 CAU	16140	13440	-2700
RELASA	Casalecchio	3	3	17100		1	1	1	CAU 7/7 h 12 con 2 medici+1 infermiere	11760	8760	
	Calderino-Monte San Pietro	2	1	7020		1				5880		
	Bazzano	1	0	1320		1	1	1			4380	
	Savigno	1	1	5700		1				4380		
	TOTALE	7	5	31140		4	2	2	1 CAU	22020	13140	-8880
PIANURA EST	Bentivoglio	2	2	11400		2	2	1		2920		
	San Pietro in Casale	2	2	11400		2	2	1		2920		
	Molinella	1	1	5700		1	1	0		2920		
	Budrio			0				1	CAU 7/7 h 24 come conversione del PS		11680	
	Castenaso	2	1	7020		1	1			4420		
	TOTALE	7	6	35520		6	6	3	1 CAU	13180	11680	-1500



PIANURA OVEST	San Giovanni in P	3	2	12720		2	2	2		1500		
	Crevalcore	1	1	5700		1	1	1		0		
	Totale	4	3	18420		3	3	3	0 CAU	1500	0	-1500
APPENNINO	Porretta	1	1	5700		1	1	1				
	Vergato	1	1	5700	X			1	CAU 7/7 h 24 come conversione del PS	2960	8760	
	Lizzano	1	1	5700	solo mesi estivi	1	1			3800		
	Castiglione	1	1	5700	X					5880		
	Vado	1	1	5700		1	1	1		0		
	Totale	5	5	28500	2	3	3	3	1 CAU	12640	8760	-3880
SAVENA IDICE	San Lazzaro	3	2	12720		2	2	1		4420		
	Loiano	1	1	5700		1	1	1		0		
	Pianoro	1	0	1320		1				0		
	Totale	5	3	19740		4	3	2	0 CAU	4420	0	-4420
AZIENDA	TOTALE	40	32	192960	2	31	27	21	4 CAU	69900	47020	-22880



Tabella 5. Step 2. Revisione CA e attivazione CAU - Anno 2024

Distretto	Sede CA	CAU ATTIVATI NEL 2023	CAU da attivare nel 2024	Riorganizzazione turni CA				riduzione ore mediche rispetto ad assetto attuale	aumento ore mediche rispetto ad assetto attuale	Δ ore mediche su assetto attuale
				soppressione postazione CA	rimodulazione turni diurni CA	rimodulazione turni notturni CA 20-24	rimodulazione turni notturni CA 24-8			
BOLOGNA	Beroaldo				4	4	2	13220		
	Montebello				5	4	2	11540		
	Navile	CAU h 16 con 2 medici+ 2 infermieri 12 h e 1 medico dalle 20-24			1	1	2		18840	
	Palagi		CAU 7/7 h 12 con 1 medici+1 infermieri		0	0	0		5840	
	TOTALE	1	1			10	9	6	24760	24680
RELASA	Casalecchio	CAU 7/7 h 12 con 2 medici+1 infermiere			1	1	1	11760	8760	
	Calderino-Monte San Pietro				1			5880		
	Bazzano				1	1	1		4380	
	Savigno				1			4380		
	TOTALE	1	0			4	2	2	22020	13140



PIANURA EST	Bentivoglio		CAU 7/7 h 12 con 1 medici+1 infermiere (riconversione ABC)		1	1	1	5880	2190	
	San Pietro in Casale		CAU 7/7 h 16 con 1 medici+1 infermiere h12		1	1	1	5880	5840	
	Molinella				1	1	0	2920		
	Budrio	CAU 7/7 h 24 come conversione del PS					1		11680	
	Castenaso				1	1		4420		
	TOTALE	1	2			4	4	3	19100	19710
PIANURA OVEST	San Giovanni in P				2	2	1	4420		
	Crevalcore		CAU 7/7 h 16 con 1 medici+1 infermieri h12				1	2960	5840	
	Totale	0	1					7380	5840	-1540
APPENNINO	Porretta				1	1	1			
	Vergato	CAU 7/7 h 24 in sostituzione del PS		X (chiusa nel 2023)			1	2960	8760	



	Lizzano			solo mesi estivi	1	1		3800		
	Castiglione			X (chiusa nel 2023)				5880		
	Vado				1	1	1			
	Totale	1	0	2	3	3	3	12640	8760	-3880
SAVENA IDICE	San Lazzaro				2	2	1	4420		
	Pianoro				1					
	Totale	0	1	1	3	2	1	10300	8760	-1540
AZIENDA	TOTALE	4	5	3	24	20	15	96200	80890	-15310



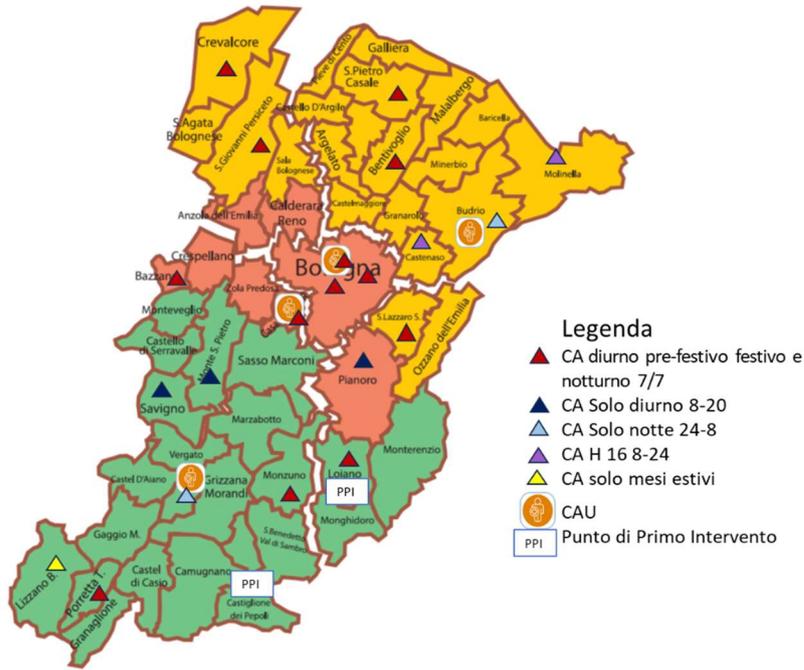
Analisi di Impatto sulle risorse umane area comparto Nuovo Modello Clinico Assistenziale CAU

La realizzazione di un modello integrato di gestione delle urgenze a bassa complessità attraverso l'introduzione del 116117 e la realizzazione di CAU, consente una evoluzione positiva degli attuali ambulatori presenti in diverse case della Comunità che diversi casi garantiscono la sola presenza infermieristica H12 dal lunedì al venerdì. Il completamento e l'evoluzione della risposta territoriale con la realizzazione dei CAU rappresenta un fattore di qualità e sicurezza per gli assistiti che vi accederanno.

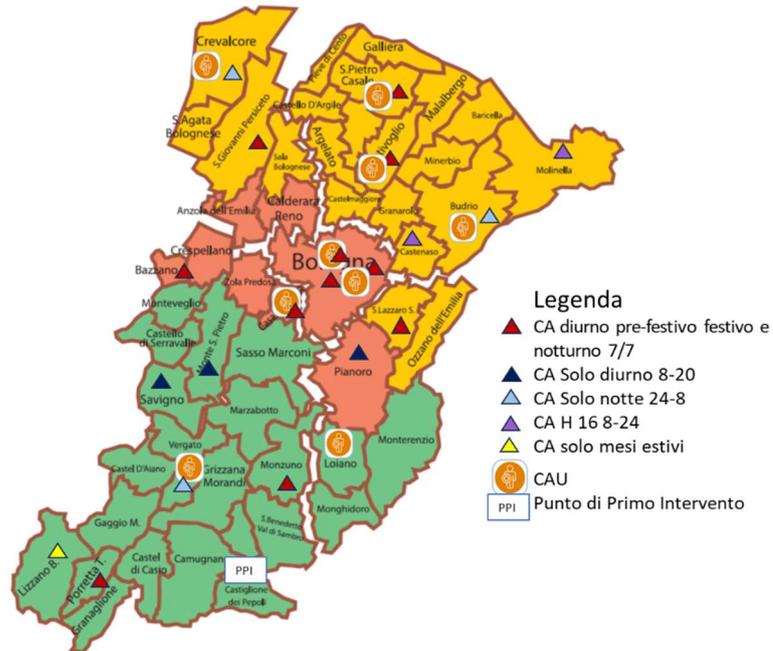
Nello specifico, viene descritto impatto risorse umane del comparto nella Tabella 6.

Tabella 6. Analisi impatto risorse umane del comparto

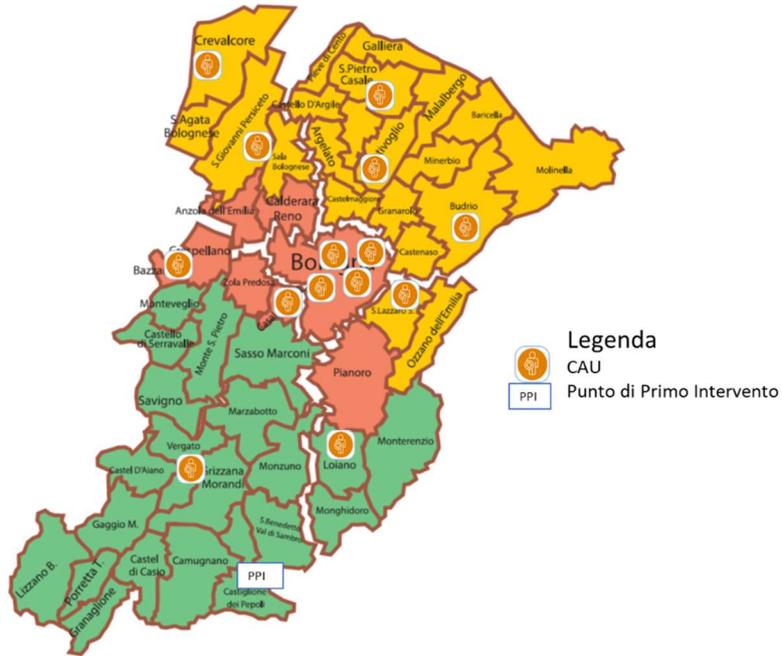
Attivazione CAU	Risorse Umane Presenti	Risorse Umane da prevedere	Altre Ricadute
CDC Budrio 7/7 - H24 (infermiere H24)	Infermiere H24 da rimodulazione in CAU di Ps Budrio		Dal lunedì al sabato integrazione funzionale con ambulatorio infermieristico H12 della CDC
CDS Navile 7/7 - H16 (infermiere H12)	Infermiere H12 da rimodulazione in CAU da Ps Budrio		Dal lunedì al sabato integrazione funzionale con ambulatorio infermieristico H12 della CDC
CDC Casalecchio 7/7 - H12 (infermiere H12)	Infermiere H12 da rimodulazione presenze infermieristiche da Ps Bazzano		Dal lunedì al venerdì integrazione funzionale con ambulatorio infermieristico H12 CDC
CDC Vergato 7/7 - H24 (Infermiere H 12)	Infermiere H12 da rimodulazione in CAU da Ps		
Palagi (Area Ospedaliera AOSP) 7/7 H12 (infermiere H12)		4 unità infermieristiche	
Bentivoglio 7/7 H12 (infermiere H12)	Rimodulazione presente H12 infermiere di Ps Bentivoglio e San Giovanni	1 unità infermieristica	
San Pietro 7/7 H16 (infermiere presente H12)	Ottimizzazione risorse infermieristiche presenti nella CDC per ambulatorio H11	3 unità infermieristiche	



Step 2. Rimodulazione CA e attivazione CAU – anno 2024



Step 3. Assetto CAU a regime nel 2025-2026





4. Sintesi riorganizzazione rete emergenza-urgenza Ausl Bologna

	Azioni
Step 1 (entro settembre 2023)	<ul style="list-style-type: none">• Messa a regime riordino assetto dei mezzi di soccorso avanzati e della funzione del Medico Link
Step 2 (entro dicembre 2023)	<ul style="list-style-type: none">• Attivazione di 4 CAU• Rimodulazione attività CA (-22.880 ore medico di CA che contemplano già ore in incremento per attività CAU)
Step 3 (entro dicembre 2024)	<ul style="list-style-type: none">• Attivazione di 5 CAU (9 CAU totali)• Rimodulazione attività CA (-15.310 ore medico di CA che contemplano già ore in incremento per attività CAU)• Avvio attività UCA
Step 4 2025-2026	<ul style="list-style-type: none">• Attivazione di 5 CAU (14 CAU totali)• Rimodulazione attività CA sulla base del funzionamento di CAU e UCA



Normativa e Bibliografia di riferimento

- DM70/2015
- DGR Num. 1129 del 08/07/2019 Piano Di Miglioramento Dell'accesso In Emergenza-Urgenza Sanitaria - Approvazione Di Linee Di Indirizzo Alle Aziende Sanitarie
- DETERMINAZIONE Num. 3885 del 24/02/2023 Costituzione Del Coordinamento Regionale Per L'emergenza urgenza Ospedaliera E Territoriale, Secondo Le Previsioni Della Dgr N. 221 Del 20.02.2023
- Verbale di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, Direzione generale cura della persona, salute e welfare e le organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale per il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria nelle strutture territoriali per urgenze a bassa complessità, 2023
- Snooks H, Kearsley N, Dale J, Halter M, Redhead J, Cheung WY. Towards primary care for non-serious 999 callers: Results of a controlled study of "Treat and Refer" for ambulance crews. *Quality and Safety in Health Care* 2004;**13**:435-43.
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.007658>
- Halter M, Marlow T, Mohammed D, Ellison GTH. A patient survey of out-of-hours care provided by Emergency Care Practitioners. *BMC Emerg Med* 2007;**7**.
- Khangura JK, Flodgren G, Perera R, Rowe BH, Shepperd S. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012;**11**:CD002097.
- Salisbury C, Hollinghurst S, Montgomery A, Cooke M, Munro J, Sharp D, *et al*. The impact of co-located NHS walk-in centres on emergency departments. *Emerg Med J* 2007;**24**:265-9.
- Sharma A, Inder B. Impact of co-located general practitioner (GP) clinics and patient choice on duration of wait in the emergency department. *Emerg Med J* 2011;**28**:658-61.
- What evidence is there on the effectiveness of different models of delivering urgent care? A rapid review **Technical Report** in Health Services and Delivery Research November 2015
www.researchgate.net/publication/282123980
- Access and care issues in urban urgent care clinic patients. David R Scott, Holly A Batal, Sharon Majeres, Jill C Adams, Rita Dale, and Philip S Mehler. *BMC Health Services Research* 2009, 9:222
doi:10.1186/1472-6963-9-222
- The impact of urgent care centers on nonemergent emergency department visits. Lindsay Allen PhD, Janet R. Cummings PhD, Jason M. Hockenberry PhD. *Health Serv Res.* 2021; 56:721–730. DOI: 10.1111/1475-6773.136

Allegato 1. Analisi di contesto

Per lo sviluppo del progetto di revisione del modello della rete dell’Emergenza-Urgenza nel territorio dell’Azienda USL di Bologna sono state svolte alcune analisi preliminari relative agli ambiti chiave di riorganizzazione identificati dalla RER e nello specifico sono state svolte:

- Analisi su mezzi di soccorso avanzati della rete 118
- Analisi dell’assetto attuale e delle attività della Continuità Assistenziale
- Analisi degli accessi in PS con codici minori per stimare i flussi potenzialmente gestibili dai CAU
- Analisi delle attività dei PS di Budrio e Vergato in prospettiva di una riconfigurazione delle attività

Per le analisi dati si ringraziano:

Raffaella Baroni, Vincenzo Severino, Silvia Querzoni

1. *Analisi sui mezzi di soccorso avanzati della rete 118*

Di seguito vengono mostrati Grafici, Tabelle e Figure relativi all’assetto dei mezzi di soccorso avanzati nella Regione Emilia-Romagna e, nel dettaglio, nel territorio dell’Azienda USL di Bologna. Lo standard di riferimento per i mezzi di soccorso avanzati (auto mediche MSA-M e ambulanze con infermiere MSA-I) è indicato nel DM 70/2015 e prevede 1 MSA/60.000 ab (infermiere o medico) e 1 MSA-M/150.000 ab (MSA-M ogni 5 MSA-I).

Grafico 1. Rapporto tipologia mezzo di soccorso 118 / abitanti. Benchmark con Lombardia, Toscana e Veneto - Anno 2021.

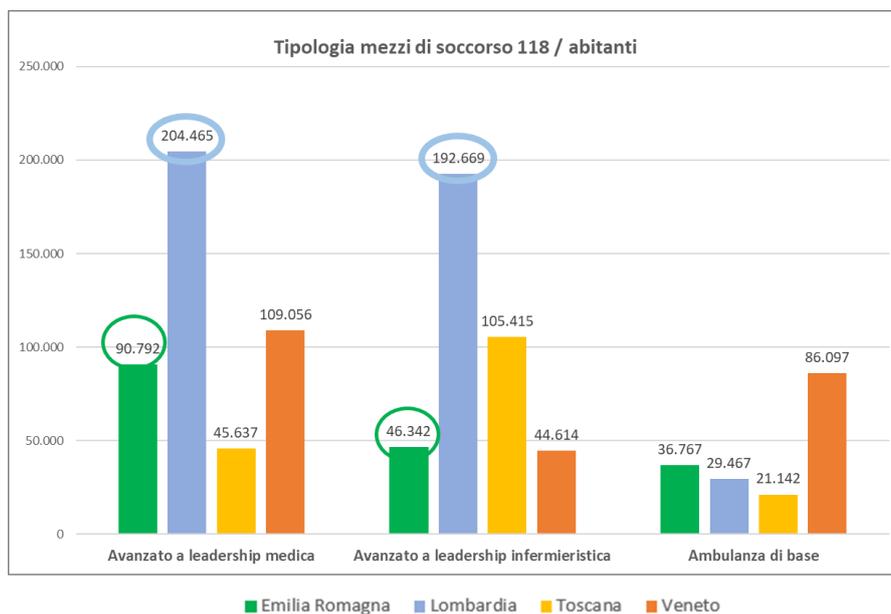




Grafico 2. Mezzi di soccorso avanzati (med + inf) / abitanti. Benchmark con Lombardia, Toscana e Veneto - Anno 2021. Standard di riferimento: 1 MSA-M/150.000 ab (MSA-M ogni 5 MSA-I)

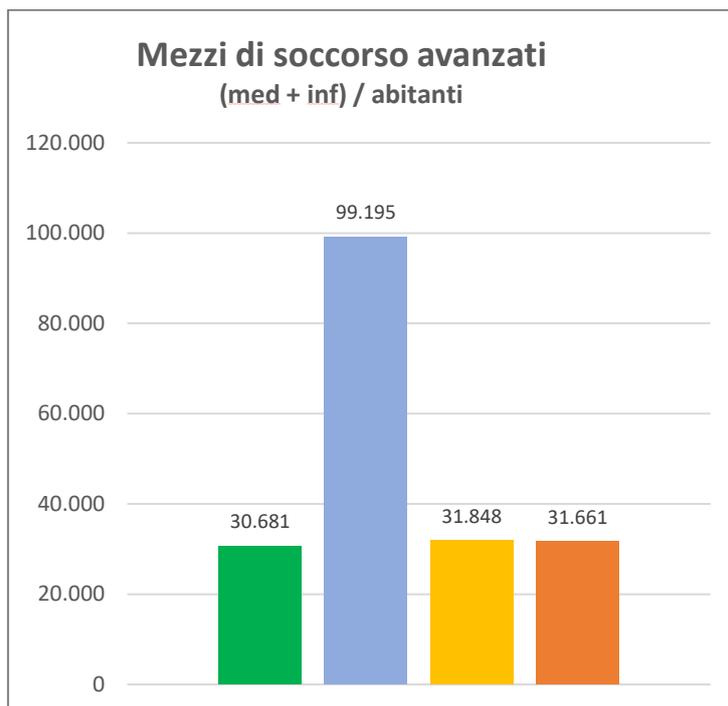


Tabella 1. Numero mezzi in Emilia-Romagna

Suddivisione per capacità assistenziale e provincia										
Il dato è calcolato sul parametro delle 24 ore di presenza giornaliera (Full Time Equivalent)										
	PC	PR	RE	MO	BO	FE	FC	RA	RM	Totale RER
MSB (mezzo di soccorso di base)	15,4	28,4	34,0	20,1	15,0	7,2	0,1	-	-	120,1
MSA INF (mezzo di soccorso avanzato a leadership infermieristica)	4,6	5,0	6,0	19,5	18,0	7,6	14,9	12,5	11,4	99,4
MSA MED (mezzo di soccorso avanzato a leadership medica)	2,0	8,6	5,5	5,0	11,0	5,0	4,5	3,0	4,0	48,6
Totale MSA (INF+MED)	6,6	13,6	11,5	24,5	29,0	12,6	19,4	15,5	15,4	147,9
Totale MSB + MSA (INF + MED)	21,9	42,0	45,4	44,6	44,0	19,7	19,5	15,5	15,4	268,0

La Regione Emilia-Romagna dispone di **1 MSA/29.839 abitanti**, rispetto a un parametro nazionale, previsto dalla classificazione del DM 70/2015, di n. **1 MSA/60.000 abitanti**.



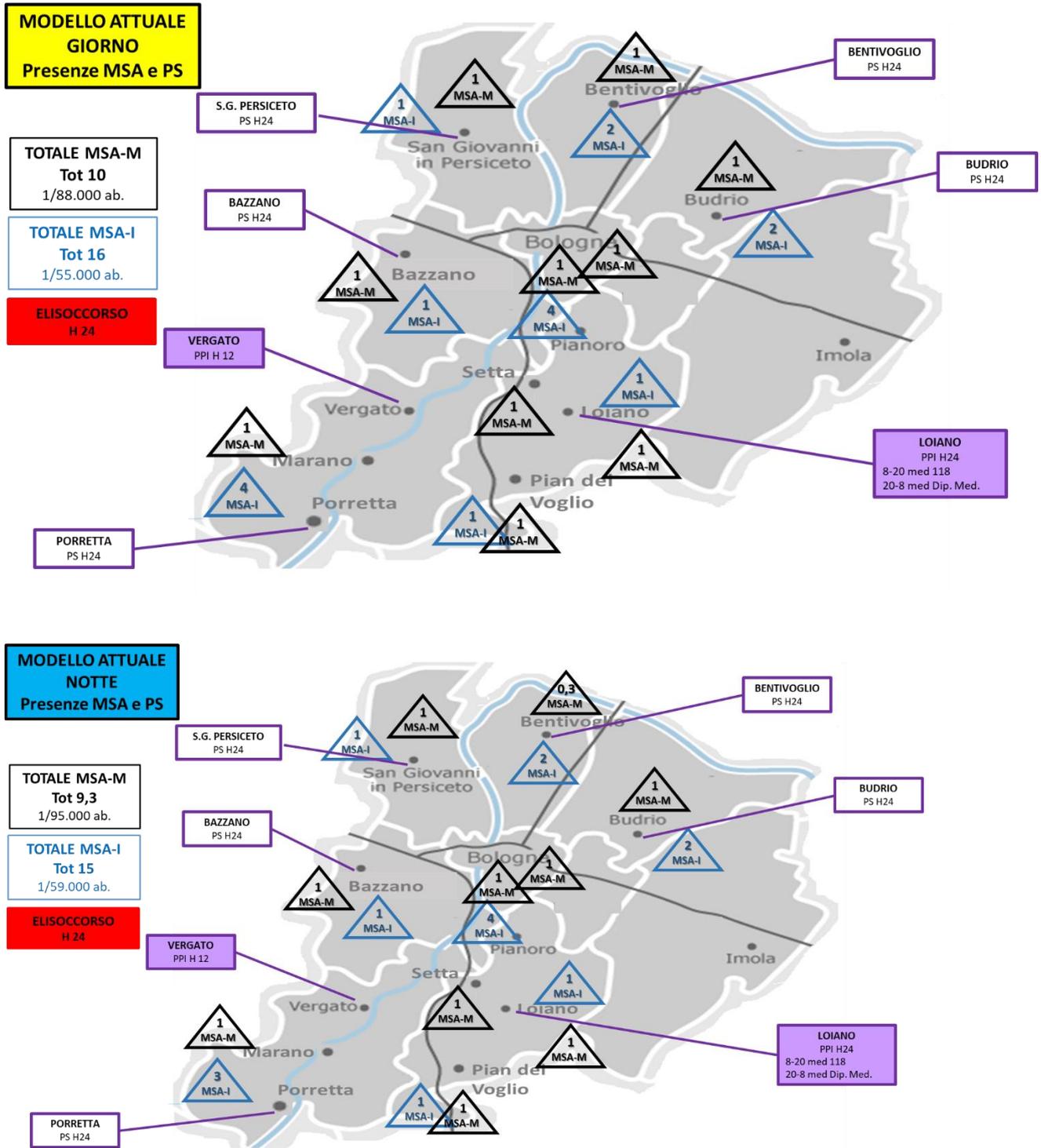
Tabella 2. Rapporto tra numero mezzi di soccorso/popolazione in Emilia-Romagna (aggiornato a Febbraio 2023)

Rapporti mezzi / popolazione				
<i>Il dato è calcolato sul parametro delle 24 ore di presenza giornaliera (Full Time Equivalent)</i>				
	EMILIA OVEST	EMILIA EST	ROMAGNA	Totale RER
Mezzo di soccorso di base	16.339	48.757	-	37.105
Mezzo di soccorso avanzato a leadership infermieristica	81.705	45.743	25.784	42.770
Mezzo di soccorso avanzato a leadership medica	84.147	98.043	124.621	98.698
Totale mezzi di soccorso avanzati	41.454	31.191	21.364	29.839
Totale mezzi di soccorso	11.720	19.022	21.364	16.539

Il modello organizzativo attuale in Azienda USL di Bologna prevede per gli equipaggi di cui alla seguente descrizione la composizione di professionalità:

- MSA – M: infermiere emergenza territoriale e medico emergenza territoriale; l'infermiere oltre alla guida del mezzo svolge la funzione di componente del team di soccorso avanzato; mezzo di proprietà Ausl Bologna;
- MSA – I: infermiere emergenza territoriale e autista di ambulanza (dipendente o convenzionato) con ambulanza di proprietà o convenzionata;

Figura 1. Modello attuale mezzi di soccorso avanzati e PS nel territorio dell’Azienda USL di Bologna Modello attuale con disposizione MSA: auto mediche (MSA-M) e ambulanze con infermiere (MSA-I) e PPI attivi





Focalizzandosi sull'assetto attuale delle risorse infermieristiche dedicate alla rete dei mezzi avanzati, si evidenzia che gli infermieri che svolgono attività di MSA sia in automedica che in ambulanza svolgono una doppia funzione nei PS Spoke tranne nelle seguenti aree:

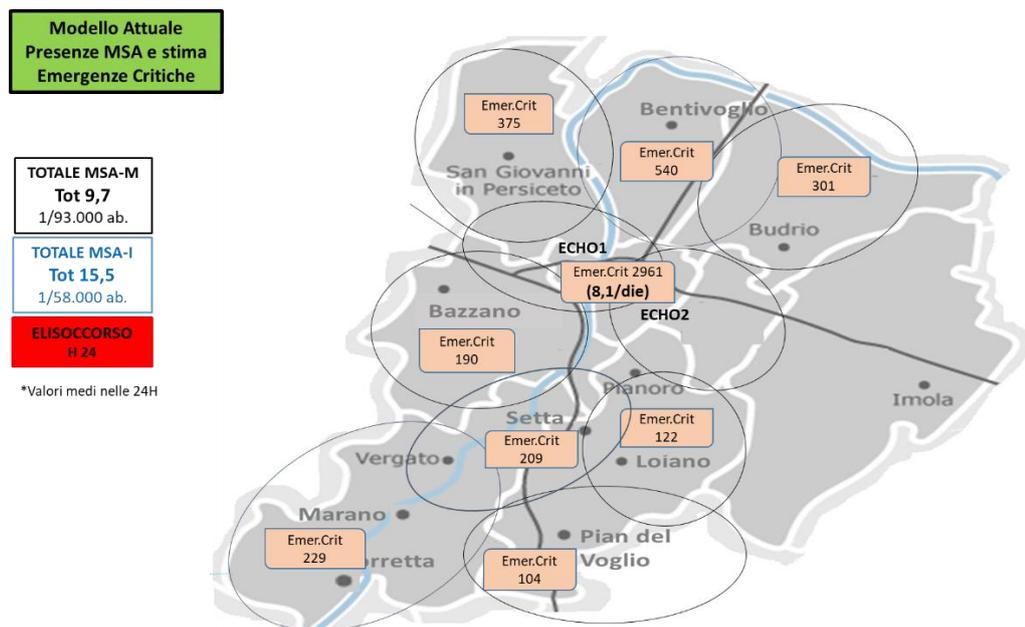
- MSA – M: Pian del Voglio, Lama di Setta e Marano. Queste postazioni sono esclusive e caratterizzate da un turno a 4 in cui la seconda notte è svolta in regime di guardia attiva (pronta disponibilità timbrata);
Queste postazioni dell'area Pian del Voglio, Lama di Setta e Marano sono state istituite durante i lavori dei Cantieri alta velocità e Autostrada Direttissima, si portano dietro questa turnazione con una criticità collegata all'applicazione contrattuale per cui per sanare la situazione andrebbero previste le acquisizioni di 4 unità infermieristiche;
- MSA – M: Loiano. Questa postazione è inserita nel PPI di Loiano e quando gli equipaggi escono contemporaneamente ed il diurnista (ovvero dalle ore 16.00 in poi) interviene l'infermiere della medicina per la copertura dell'accesso diretto al PPI. Anche in questo caso gli infermieri dedicati a questa postazione svolgono un turno a 4 con la seconda notte in regime di guardia attiva (pronta disponibilità timbrata). Nella situazione di Loiano per il personale infermieristico la sanatoria della turnazione prevederebbe l'acquisizione di due unità infermieristiche;
- MSA – I: Vergato. Questa postazione è inserita nel Ps di Vergato, con la riduzione dell'orario da 24 ore a 12 di accesso al Ps, durante la giornata copre la funzione di accesso il diurnista H12 presente in PS. Nella turnazione degli infermieri di questo equipaggio si verifica la stessa condizione delle precedenti per cui la copertura a regime prevederebbe un incremento di due unità infermieristiche.

Rispetto all'assetto attuale per dare copertura piena in H24 alla turnazione degli equipaggi di MSA – M e I nell'area Appennino sarebbe da acquisire per regolarizzare i disposti contrattuale è presente una carenza di 10 unità infermieristiche.

Nei PS di Bentivoglio, San Giovanni e Bazzano in relazione alle nuove aree Covid e la separazione dei percorsi sono state acquisite le risorse infermieristiche in H12 7/7. Questa situazione di presenza in relazione alla riduzione dell'impatto del Covid può consentire di percorsi a gestione infermieristica a bassa complessità in stretto collegamento con il PS ed il Triage.

Per quanto riguarda l'attività gestita dai mezzi avanzati, in Figura 2 viene mostrata la numerosità emergenze critiche per ogni area.

Figura 2. Modello **attuale** Ausl Bologna con disposizione MSA-M e MSA-I e numerosità emergenze critiche per ogni area



7

Considerando il numero di interventi delle automediche nel 2021, si rileva che i valori più bassi sono nelle aree periferiche-rurali (Tabella 3).

Tabella 3. Attività Automedica anno 2021 – numero di interventi

Attività ALS 2021	Totale		
	Totale	Media / die	Giorno Vs Notte
BOLOGNA101	2817	7,7	3,5
BOLOGNA102	2984	8,2	3,4
BAZZANO104	810	2,2	4,2
BENTIVOGLIO105	1424	3,9	4,6
BUDRIO108	1355	3,7	2,7
PERSICETO153	1446	4,0	2,7
LOIANO134	593	1,6	3,5
MARANO149	868	2,4	3,1
SAMBRO122	466	1,3	4,0
SETTA157	929	2,5	4,2
Totale	13692	38	3,4

Considerando l'attività delle auto mediche sulla base del codice d'invio, emerge che le automediche, sia di notte che di giorno, intervengono nel **30% per i codici più critici** (RA: Cod. Rosso Avanzato) così come identificati dalla CO 118, mentre nel restante 70% per casi «non critici» (Cod. Verdi, Gialli o Rosso Base). Tali dati sono mostrati in Tabella 4.



Tabella 4. Attività delle auto mediche per codice d'invio (B=Bianco, V=Verde; G=Giallo; RB=Rosso base; RA=Rosso Avanzato) e per fascia giornaliera e notturna

Giorno	Totale complessivo	B	V	G	RB	RA
BOLOGNA101	2190	0%	4%	19%	36%	41%
BOLOGNA102	2300	0%	4%	19%	37%	40%
BAZZANO104	654	0%	5%	28%	43%	24%
BENTIVOGLIO105	1169	0%	5%	24%	44%	27%
BUDRIO108	989	0%	4%	21%	47%	29%
PERSICETO153	1059	0%	4%	23%	45%	28%
LOIANO134	462	0%	4%	27%	49%	21%
MARANO149	656	0%	5%	29%	44%	22%
SAMBRO122	373	1%	5%	33%	40%	20%
SETTA157	751	0%	9%	31%	42%	18%
Totale complessivo	10603	0%	5%	23%	41%	31%

Notte	Totale complessivo	B	V	G	RB	RA
BOLOGNA101	627	0%	4%	20%	37%	38%
BOLOGNA102	684	0%	4%	22%	38%	36%
BAZZANO104	156	0%	8%	22%	44%	26%
BENTIVOGLIO105	255	0%	5%	23%	50%	22%
BUDRIO108	366	0%	5%	16%	48%	31%
PERSICETO153	387	0%	5%	24%	43%	28%
LOIANO134	131	0%	1%	29%	56%	14%
MARANO149	212	0%	3%	27%	47%	23%
SAMBRO122	93	0%	6%	33%	42%	18%
SETTA157	178	0%	10%	31%	42%	17%
Totale complessivo	3089	0%	5%	23%	43%	30%

Tabella 5. Media giornaliera emergenze critiche (Rosso Avanzato + Codice Rientro 3 e 4). Anno 2021

Emergenze Critiche	
Area	N°/die
BAZZANO	0,52
BENTIVOGLIO	1,48
BUDRIO	0,82
PERSICETO	1,03
LOIANO	0,33
MARANO	0,63
SAMBRO/P. d. VOGLIO	0,28
SETTA	0,57
BOLOGNA	8,11
Totale complessivo	13,8

E' stata, inoltre, valutata la stima delle emergenze critiche che si basa sia sulle criticità della chiamate alla CO 118 (Cod. Rossi Avanzati) che sui servizi effettuati con massima gravità (Cod. 3 e Cod. 4 ovvero decessi) nel



2021 ed è emerso che nelle aree spoke vi è un numero inferiore di emergenze critiche giornaliere (Tabella 5) e che il valore assoluto è superiore a 1 nelle 24 ore solo nelle postazioni di S. G. in Persiceto (1.03/die), Bentivoglio (1.48 nelle 16 ore di attività del MSA), e Bologna (8,11 per i 2 MSA attivi).

Valutando il numero di emergenze critiche notturne per area Città, Area Sud e Area Nord è, inoltre, emerso che:

- I **Codici Rosso-Avanzato** (area arancione) sono il **17,5%** di tutti i Codici Rossi, ed il **3,6%** del totale
- I **Codici di Rientro 3 e 4** (area verde), con Codice di Invio inferiore, che sono lo **0,8%** del totale
- Stima SOGLIA MASSIMA di emergenze CRITICHE (area rossa), pari al **4,4%** del totale, ovvero a **3,8 interventi/ notte**

Focalizzandosi sull'attività delle auto mediche nel biennio 2021-2022 con Valutazione Sanitaria 3 e 4 (Tabella 6), sono emerse differenze rilevanti tra i diversi territori dell'Azienda, passando da 1 ogni 10 gg (P. d. Voglio) a 1 ogni 2 gg (Budrio, S. G. Persiceto), a 1n ogni 3 gg (Bazzano).

Tabella 6. Attività delle auto mediche nel biennio 2021-2022 con Valutazione Sanitaria 3 e 4

SEDI	Attività Automedica								
	servizi diurni	servizi notte	TOT	cod 3 e 4 diurni	%	cod 3 e 4 notte	%	Cod 3 e 4 Tot	%
BNT	2,8	0,9	3,7	0,4	14%	0,1	11%	0,5	14%
SGP	2,4	1,3	3,7	0,3	13%	0,2	15%	0,5	14%
BUDRIO	2,2	1,3	3,5	0,3	14%	0,2	15%	0,5	14%
BAZZANO	1,6	0,6	2,2	0,2	13%	0,1	17%	0,3	14%
LOIANO	1,1	0,5	1,6	0,1	9%	0,04	8%	0,14	9%
MARANO	1,5	0,7	2,2	0,2	13%	0,1	14%	0,3	14%
SETTA	1,8	0,6	2,4	0,2	11%	0,1	17%	0,3	13%
SAMBRO/P.d.Voglio	0,9	0,3	1,2	0,1	11%	0	0%	0,1	8%
BO 101	4,7	1,9	6,6	1,3	28%	0,5	26%	1,8	27%
BO 102	4,8	2,8	7,6	1,4	29%	0,6	21%	2	26%
TOT	23,8	10,9	34,7	4,5	15%	1,94	15%	6,44	15%

Ugualmente l'attività per pazienti critici (cod. 3 e 4) rappresenta circa il 13-15% per i MSA periferici e il 27% per quelli urbani, evidenziando come i mezzi che operano in periferia sono attivati su un basso numero assoluto di emergenze caratterizzate, inoltre, da minore quota di pz critici.

2. Organizzazione attuale Continuità Assistenziale

L'attuale rete delle postazioni di Continuità Assistenziale è costituita da n. 20 postazioni attive, come previsto dagli Accordi Nazionale, Regionale e Locale, nei turni notturni (20-8) e nei turni diurni (8-20) dei giorni prefestivi e festivi.

L'accesso avviene chiamando un numero unico aziendale che, attraverso preselezione, indirizza la chiamata verso la postazione territorialmente competente.

I medici ricevono le chiamate ed effettuano interventi domiciliari o danno consigli telefonici; l'attività ambulatoriale non era prevista dagli Accordi Nazionali precedenti al 2022. Sulla base degli Accordi Regionali e Locali è stata introdotta l'attività ambulatoriale con una quota economica oraria maggiorata, che per l'Azienda USL di Bologna riguarda le due postazioni di Bologna e una postazione per ognuno degli altri Distretti. L'attività ambulatoriale viene svolta in fasce orarie limitate durante le ore diurne (fino alle ore 24), recentemente ampliate da un Accordo Integrativo Locale. In alcune postazioni non è disponibile un ambulatorio.

L'attività è stata recentemente informatizzata, adottando il modulo specifico per la Continuità Assistenziale di Cartella Sole; è stata segnalata al Settore Assistenza Territoriale di RER la necessità di aggiornamento del modulo per garantirne la semplicità d'uso e reale integrazione con gli applicativi utilizzati dalla Medicina Generale a ciclo di scelta nell'ambito dell'AFT (come previsto dall'ACN 2022).

Di seguito, per ogni Distretto dell'Azienda USL di Bologna, vengono presentati l'organizzazione (sedi e personale) delle postazioni di Continuità assistenziale e l'attività svolta nel 2022 (ore di attività, visite domiciliari, visite ambulatoriali, consigli telefonici). Come nel dato regionale, si evidenzia una netta prevalenza delle prestazioni telefoniche rispetto a quelle di visita domiciliare e ambulatoriale e si evidenziano differenze nel carico di attività tra i diversi territori.

DISTRETTO RENO LAVINO SAMOGGIA

Tabella 7. Situazione attuale postazioni CA – Distretto Reno Lavino Samoggia

SEDE	COMUNI	POPOLAZIONE	MEDICI	ATTIVITA' AMBULATORIALE (ufficiale)
Casalecchio di Reno	Casalecchio di Reno e Sasso Marconi	51486	3 diurni, 3 notturni	SI
Bazzano	Valsamoggia di giorno	31498	1 solo diurno	NO
Savigno	1) Savigno nel turno diurno 2) Savigno e Valsamoggia nel turno notturno	34225	1 diurni, 1 notturni	NO
Calderino Monte San Pietro	Monte San Pietro e Zola Predosa	29931	2 diurni, 1 notturni	NO



Tabella 8. Attività postazioni CA 2022 – Distretto Reno Lavino Samoggia

DISTRETTO SEDE	medici TITOLARI	medici con inc temp DL 135/18	medici INCARICATI	medici SOSTITUITI (media)	TOTALE MEDICI	ORE SVOLTE	VISITE DOMIC	di cui visite notturne	di cui visite pref/fest diurne	VISITE AMB.	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI	rapporto domiciliari/ore svolte	rapporto ambulatoriali/ore svolte	rapporto prestazioni/ore svolte
CASALECCHIO						13.126,25	267,00	160,00	107,00	4.094,00	23.044,00	27.405,00	0,02	0,31	2,09
BAZZANO						1.412,00	69,00	0,00	69,00	603,00	1.270,00	1.942,00	0,05	0,43	1,38
MONTE S.P.						7.170,50	169,00	72,00	97,00	1.204,00	6.043,00	7.416,00	0,02	0,17	1,03
SASSO M.*						1.265,50	32,00	0,00	32,00	221,00	1.201,00	1.454,00	0,03	0,17	1,15
SAVIGNO						5.788,00	144,00	91,00	53,00	495,00	3.391,00	4.030,00	0,02	0,09	0,70
	9	1	21	7	38	28.762,25	681,00	323,00	358,00	6.617,00	34.949,00	42.247,00	0,02	0,23	1,47

*La postazione di Sasso Marconi è stata accorpata a Casalecchio nel 2022

PIANURA EST

Tabella 9. Situazione attuale postazioni CA – Distretto Pianura Est

SEDE	COMUNI	POPOLAZIONE	MEDICI	Attività ambulatoriale(formalizzata)
S. PIETRO IN CASALE	S.Pietro, Pieve Di Cento Galliera, Baricella, Malalbergo	40500	2 diurni, 2 notturni	SI
BENTIVOGLIO	Bentivoglio, Castel Maggiore, S. Giorgio Di Piano, Argelato, Castello D'argile, Minerbio	57500	2 diurni, 2 notturni	NO
MOLINELLA	Molinella	15600	1 diurno, 1 notturno	NO
CASTENASO	Castenaso, Budrio, Granarolo	30600	2 diurni, 1 notturno	NO



Tabella 10. Attività postazioni CA anno 2022 – Distretto Pianura Est

DISTRETTO SEDE	medici TITOLARI	medici con inc temp DL 135/18	medici INCARICATI	medici SOSTITUTI (media)	TOTALE MEDICI	ORE SVOLTE	VISITE DOMIC	di cui visite notturne	di cui visite pref/fest diurne	VISITE AMB.	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI	rapporto domiciliari/ore svolte	rapporto ambulatoriali/ore svolte	rapporto prestazioni/ore svolte
S.PIETRO IN C.						11578,50	346,00	205,00	141,00	3213,00	12225,00	15.784,00	0,03	0,28	1,36
BENTIVOGLIO						11573,50	190,00	106,00	84,00	1098,00	15586,00	16.874,00	0,02	0,09	1,46
CASTENASO						7577,00	183,00	95,00	88,00	1026,00	5307,00	6.516,00	0,02	0,14	0,86
MOLINELLA						5414,25	217,00	125,00	92,00	776,00	2883,00	3.876,00	0,04	0,14	0,72
	3	7	21	9	40	36.123,25	936,00	531,00	405,00	6.113,00	36.001,00	43.050,00	0,03	0,17	1,19

DISTRETTO PIANURA OVEST

Tabella 11. Situazione attuale postazioni CA – Distretto Pianura Ovest

SEDE	COMUNI	POPOLAZIONE	MEDICI	Attività ambulatoriale
San Giovanni in Persiceto	SGP, Calderara, Anzola, Sala B.	62128	3 diurni, 2 notturni	SI
Crevalcore	Crevalcore, Sant'Agata	20779	1 diurno, 1 notturno	NO



Tabella 12. Attività postazioni CA anno 2022 – Distretto Pianura Ovest

DISTRETTO SEDE	medici TITOLARI	medici con inc temp DL 135/18	medici INCARICATI	medici SOSTITUTI (media)	TOTALE MEDICI	ORE SVOLTE	VISITE DOMIC	di cui visite notturne	di cui visite pref/fest diurne	VISITE AMB.	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI	rapporto domiciliari/ore svolte	rapporto ambulatoriali/ore svolte	rapporto prestazioni/ore svolte
S.GIOVANNI P.						12972,00	268,00	130,00	138,00	4359,00	12706,00	17333,00	0,02	0,34	1,34
CREVALCORE						5676,00	313,00	192,00	121,00	362,00	3237,00	3912,00	0,06	0,06	0,69
	2	0	15	7	24	18.648,00	581,00	322,00	259,00	4.721,00	15.943,00	21.245,00	0,03	0,25	1,14

DISTRETTO SAVENA IDICE

Tabella 13. Situazione attuale postazioni CA – Distretto Savena Idice

SEDE	COMUNI	POPOLAZIONE	MEDICI	Attività ambulatoriale
<i>San Lazzaro</i>	<i>San Lazzaro, Ozzano, Monterenzio + Pianoro nei notturni</i>	<i>52900</i>	<i>3 diurni, 2 notturni</i>	<i>SI</i>
<i>Pianoro</i>	<i>Pianoro nei diurni</i>	<i>17600 circa</i>	<i>1 diurno</i>	<i>NO</i>
<i>Loiano</i>	<i>Loiano, Monghidoro</i>	<i>8137</i>	<i>1 diurno, 1 notturno</i>	<i>NO</i>



Tabella 14. Attività postazioni CA anno 2022 – Distretto Savena Idice

DISTRETTO SEDE	medici TITOLARI	medici con inc temp DL 135/18	medici INCARICATI	medici SOSTITUITI (media)	TOTALE MEDICI	ORE SVOLTE	VISITE DOMIC	di cui visite notturne	di cui visite pref/fest diurne	VISITE AMB.	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI	rapporto domiciliari/ore svolte	rapporto ambulatoriali/ore svolte	rapporto prestazioni/ore svolte
SAN LAZZARO						13096,58	427,00	260,00	167,00	3502,00	16831,00	20.760,00	0,03	0,27	1,59
LOIANO						5788,00	155,00	75,00	80,00	552,00	2629,00	3.336,00	0,03	0,10	0,58
PIANORO						1411,75	100,00		100,00	489,00	2129,00	2.718,00	0,07	0,35	1,93
	2	2	16	8	28	20.296,33	682,00	335,00	347,00	4.543,00	21.589,00	26.814,00	0,03	0,22	1,32

DISTRETTO APPENNINO BOLOGNESE

Tabella 15. Situazione attuale postazioni CA – Distretto Appennino Bolognese

Sede	Comuni	Popolazione	medici	Attività ambulatoriale
LIZZANO	Comuni: Lizzano 100%, Gaggio Montano 70%	Circa 10.700	1 diurno, 1 notturno	NO
PORRETTA	Comuni: Alto Reno Terme (Porretta e Granaglione) 100%, Gaggio Montano 30%, Castel di Casio 100%	circa 12.000 -	1 diurno, 1 notturno	Si
VERGATO	Comuni: Vergato 100%, Castel D'Aiano 100%, Grizzana 100%, Marzabotto 80%	19.042 ab	1 diurno, 1 notturno	NO
VADO	Comune di Monzuno 100%, Comune di Marzabotto 15%	7.494 ab	1 diurno, 1 notturno	NO
CASTIGLIONE	Comune di Castiglione 100%, Camugnano 100%, S. B. Val Sambro 100%	10560	1 diurno, 1 notturno	NO



Tabella 16. Attività postazioni CA anno 2022 – Distretto Appennino Bolognese

DISTRETTO SEDE	medici TITOLARI	medici con inc temp DL 135/18	medici INCARICATI	medici SOSTITUITI (media)	TOTALE MEDICI	ORE SVOLTE	VISITE DOMIC	di cui visite notturne	di cui visite pref/fest diurne	VISITE AMB.	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI	rapporto domiciliari/or e svolte	rapporto ambulatoriali/or e svolte	rapporto prestazioni/or e svolte
PORRETTA T.						5.788,50	201,00	107,00	94,00	465,00	3.766,00	4.432,00	0,03	0,08	0,77
CASTIGLIONE						5.769,50	251,00	135,00	116,00	35,00	1.295,00	1.581,00	0,04	0,01	0,27
LIZZANO						5.741,00	111,00	63,00	48,00	39,00	560,00	710,00	0,02	0,01	0,12
VADO						5.757,50	157,00	88,00	69,00	126,00	1.573,00	1.856,00	0,03	0,02	0,32
VERGATO						5.778,00	224,00	96,00	128,00	141,00	3.556,00	3.921,00	0,04	0,02	0,68
	2	0	10	12	24	28.834,50	944,00	489,00	455,00	806,00	10.750,00	12.500,00	0,03	0,03	0,43

DISTRETTO BOLOGNA

Tabella 17. Situazione attuale postazioni CA – Distretto Bologna

SEDE	QUARTIERI	popolazione	Medici	Attività ambulatoriale
Bologna EST Via BEROALDO 4/2	Bologna città est (S.Vitale-S.Donato, Santo Stefano, Savena)	200.000 residenti + molti non residenti	6 DIURNI, 5 NOTTURNI	SI
BOLOGNA OVEST Via MONTEBELLO 6	Borgo/Reno, Porto/Saragozza, Navile	200.000 + molti non residenti	6 DIURNI, 5 NOTTURNI	SI



Tabella 18. Attività postazioni CA anno 2022 – Distretto Bologna

DISTRETTO SEDE	medici TITOLARI	medici con inc temp DL 135/18	medici INCARICATI	medici SOSTITUTI (media)	TOTALE MEDICI	ORE SVOLTE	VISITE DOMIC	di cui visite notturne	di cui visite pref/fest diurne	VISITE AMB.	CONSIGLI TELEFONICI	TOTALE PRESTAZIONI	rapporto domiciliari/or e svolte	rapporto ambulatoriali/or e svolte	rapporto prestazioni/or e svolte
EST BEROALDO	5	2	27	5	39	30.241,66	474,00	299,00	175,00	7.863,00	47.455,00	55.792,00	0,02	0,26	1,84
OVEST MONTEBELLO	4	4	20	10	38	30.207,84	603,00	392,00	211,00	6.363,00	50.123,00	57.089,00	0,02	0,21	1,89
	9	6	47	15	77	60.449,50	1.077,00	691,00	386,00	14.226,00	97.578,00	112.881,00	0,02	0,24	1,87



3. Analisi degli accessi in PS con codici minori nel territorio dell'Azienda USL di Bologna

Per stimare i flussi potenzialmente gestibili dai CAU, così come configurati nel modello proposto dalla RER, è stata effettuata un'analisi degli accessi nei Pronto soccorso generali dell'Azienda USL di Bologna e dell'IRCCS Policlinico Sant'Orsola-Malpighi nel 2022 con particolare approfondimento per gli accessi di soggetti auto-presentati e dimessi a domicilio. Da queste analisi sono stati esclusi gli accessi esitati in percorsi di percorsi di fast-track.

Tabella 19. Accessi in PS di soggetti giunti con mezzo proprio con qualunque priorità e dimessi a domicilio 2022

Struttura	Totale accessi auto-presentati qualunque priorità	Totale accessi auto-presentati qualunque priorità e dimessi a domicilio	% sul totale
PPI - OSPEDALE LOIANO	4.787	4.017	83,9%
PS - (DEA 2°) - OSPEDALE MAGGIORE	21.554	18.619	86,4%
PS - (DEA 2°) - S. ORSOLA-MALPIGHI - BO	30.760	26.672	86,7%
PS - OSPEDALE BAZZANO	16.261	14.870	91,4%
PS - OSPEDALE BENTIVOGLIO	24.790	22.705	91,6%
PS - OSPEDALE BUDRIO	11.888	11.204	94,2%
PS - OSPEDALE PORRETTA TERME	10.456	9.353	89,5%
PS - OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	14.190	13.130	92,5%
PS - OSPEDALE VERGATO	5.184	4.758	91,8%
Totale complessivo	139.870	125.328	89,6%

Per focalizzare ulteriormente la casistica che potrebbe accedere ai CAU, tra gli accessi in PS dei soggetti che si sono auto-presentati sono stati selezionati quelli con codice di priorità verde e bianco, dimessi a domicilio senza transito dall'OBI e con 44 problemi selezionati sulla base di quelli individuati dalla RER per l'accesso ai CAU (Tabelle 20 e 21).

Tabella 20. Accessi in PS di soggetti giunti con mezzo proprio dimessi a domicilio senza transito da OBI e con priorità e diagnosi selezionate – anno 2022

Struttura	Totale Accessi auto-presentati verdi e bianchi	N. Accessi auto-presentati verdi e bianchi e con diagnosi selezionate	% sul totale
PPI - OSPEDALE LOIANO	3.256	1.131	34,7%
PS - (DEA 2°) - OSPEDALE MAGGIORE	13.860	5.621	40,6%
PS - (DEA 2°) - S. ORSOLA-MALPIGHI - BO	18.257	6.455	35,4%
PS - OSPEDALE BAZZANO	10.469	3.948	37,7%
PS - OSPEDALE BENTIVOGLIO	16.382	5.161	31,5%
PS - OSPEDALE BUDRIO	9.852	3.645	37,0%
PS - OSPEDALE PORRETTA TERME	6.501	2.477	38,1%
PS - OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	8.483	3.242	38,2%
PS - OSPEDALE VERGATO	3.771	1.408	37,3%
Totale complessivo	90.831	33.088	36,4%



Tabella 21. Accessi in PS, per struttura e priorità, di soggetti giunti con mezzo proprio, dimessi a domicilio, senza transito da OBI e con diagnosi selezionate – anno 2022

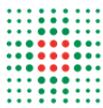
Codice priorità e Struttura	Totale Accessi	N. Accessi selezionati	% sul totale
VERDE	73088	26195	35,8%
PPI - OSPEDALE LOIANO	2245	788	35,1%
PS - (DEA 2°) - OSPEDALE MAGGIORE	11582	4475	38,6%
PS - (DEA 2°) - S. ORSOLA-MALPIGHI - BO	13197	4761	36,1%
PS - OSPEDALE BAZZANO	8241	3019	36,6%
PS - OSPEDALE BENTIVOGLIO	14522	4515	31,1%
PS - OSPEDALE BUDRIO	7403	2701	36,5%
PS - OSPEDALE PORRETTA TERME	5522	2129	38,6%
PS - OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	7211	2660	36,9%
PS - OSPEDALE VERGATO	3165	1147	36,2%
BIANCO	17743	6893	38,8%
PPI - OSPEDALE LOIANO	1011	343	33,9%
PS - (DEA 2°) - OSPEDALE MAGGIORE	2278	1146	50,3%
PS - (DEA 2°) - S. ORSOLA-MALPIGHI - BO	5060	1694	33,5%
PS - OSPEDALE BAZZANO	2228	929	41,7%
PS - OSPEDALE BENTIVOGLIO	1860	646	34,7%
PS - OSPEDALE BUDRIO	2449	944	38,5%
PS - OSPEDALE PORRETTA TERME	979	348	35,5%
PS - OSPEDALE S. GIOVANNI IN PERSICETO	1272	582	45,8%
PS - OSPEDALE VERGATO	606	261	43,1%
Totale complessivo	90831	33088	36,4%

Tabella 22. Distribuzione dei problemi selezionati per priorità degli accessi PS di soggetti giunti con mezzo proprio, dimessi a domicilio e senza transito da OBI – anno 2022

Problemi selezionati	Codice priorità		
	VERDE	BIANCO	Totale complessivo
Dolore addominale	6.310	192	6.502
Febbre / iperpiressia / ipertermia	3.714	1.021	4.735
Dolore arti inferiori	1.925	706	2.631
Lombalgia	1.756	430	2.186
Cefalea / emicrania	1.343	125	1.468
Dolore arti superiori	1.387	559	1.946
Dolore al fianco	1.377	17	1.394
Iperensione	937	46	983
Tosse / Congestione	985	405	1.390
Sintomi da infezione delle vie urinarie	1.128	236	1.364
Tumefazione arrossata	689	625	1.314
Otalgia	502	642	1.144
Nausea e/o vomito ripetuto	703	41	744
Ritenzione di urina	426	27	453



Epistassi	385	107	492
Odontalgia / problemi gengivali	244	322	566
Diarrea	440	62	502
Corpo estraneo oculare	310	196	506
Prurito	274	178	452
Lesione da morso	305	124	429
Cambio di medicazione	99	271	370
Ustione	223	49	272
Occhio rosso con secrezioni	169	136	305
Dolore oculare	104	98	202
Disturbi del visus	98	53	151
Iperglicemia	82	10	92
Corpo estraneo condotto uditivo esterno	70	74	144
Tumefazione peri-orbitale	67	42	109
Rimozione di sutura	8	45	53
Diagnostica per immagini / esami biochimici	25	21	46
Macro-ematuria	34	1	35
Disturbi minori non specifici	19	1	20
Richiesta di prescrizione o prestazioni	10	13	23
Chiarimenti per referti di diagnostica per immagini / laboratorio	11	7	18
Ipoglicemia	6		6
Richiesta di consulenza specialistica urgente	3	8	11
Dolore toracico non sospetto per causa cardio-vascolare	5		5
Dolore / massa inguinale	3		3
Dolore / tumefazione scrotale	1		1
Stipsi	3		3
Problemi in gravidanza >20-esima settimana	1		1
Astenia generalizzata	3		3
Oliguria	1		1
Problemi in gravidanza <20-esima settimana	1		1
Poliuria	2		2
Problema non noto	1	1	2
Successivo accesso per eseguire terapia		2	2
Vertigini	1		1
Sincope / pre-sincope			0
Sanguinamento vaginale	1		1
Perdite / lesioni genitali	1		1
Dolore vaginale / dispareunia	1		1
Vomito ematico ripetuto			0
Complicazioni successive a intervento chirurgico			0
Secrezioni vaginali	1		1
Problemi ad un dispositivo medico	1		1
Stato di confusione			0
Massa /distensione addominale			0
Totale complessivo	26.195	6.893	33.088



3.1 Analisi degli accessi di PS di Budrio e Vergato

Di seguito vengono presentati i dati di attività del 2022 dei PS di Budrio e Vergato con particolare approfondimento delle attività di specialistica derivate dagli accessi.

Dalle analisi emerge che i due PS gestiscono prevalentemente codici minori che non esitano in ricovero ospedaliero e le consulenze specialistiche generate da tali accessi sono prevalentemente ortopediche e oculistiche.

Attività PS di Budrio

Tabella 23. Numero accessi PS Budrio per codice di priorità e % di ricovero ospedaliero – anno 2022

Priorità	N accessi	% ricoverati
Rosso	95	71,58%
Arancione	474	46,84%
Azzurro	2.458	26,57%
Verde	9.046	5,49%
Bianco	2.842	1,02%
Totale	14.915	

La somma dei codici rossi, arancioni e azzurri è di 3027 e il 26% (796) va a ricovero, di questi 550 azzurri e 192 arancioni. Dei 3.027 pazienti, quelli condotti con mezzo di soccorso sono 2129 (70%). In caso di revisione della funzione del PS Budrio, 3027 è il numero di accessi che potrebbe impattare sugli altri PS (8,2/die), circa 2 PL/die.

Tabella 24. Esito Accessi PS Budrio per codici di priorità maggiori – anno 2022

Esito Accessi PS	Rossi	Arancioni	Azzurri	Totale
CURANTE	20	247	1.754	2.021
RICOVERATI	54	192	550	796
DECEDUTI	7	5	9	21
ALLONTANATI			42	42
TRASFERITI	14	30	103	147
Totale	95	474	2.458	3.027



Tabella 25. Attività specialistica derivante da accessi PS Budrio per codice di priorità

Visite specialistiche per accessi PS Budrio	Rosso	Arancione	Azzurro	Verde	Bianco	Totale
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] OB	1	6	8	7	2	24
PRIMA VISITA GINECOLOGICA BNT			1	8	2	11
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA BNT		8	14	20	2	44
PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE BNT		7	43	147	39	236
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA AOU			2	18	8	28
CONS ORTOPEDICA BNT		8	37	386	77	508
VISITA UROLOGICA SGP		4	42	182	3	231
VIS OCULISTICA AOU		1	13	97	125	236
PS BUDRIO	1	34	160	865	258	1.318

Solo l'8% degli afferiti al PS di Budrio viene avviato a visita specialistica e per il 65% si tratta di codici verdi. Tutte le attività di consulenza riguardano AUSL fatto salvo gli accessi diretti per l'oculistica i pazienti con lesioni ortopediche chirurgiche entrambe per ad AOU.

Attività PS di Vergato

Nel 2022, 5843 pazienti hanno effettuato almeno un accesso nel PS di Vergato.

Tabella 26. Numero accessi PS Vergato per codice di priorità e % di ricovero ospedaliero – anno 2022

PS Vergato	TOTALE	CODICI PRIORITÀ				
		Rossi	Arancioni	Azzurri	Verdi	Bianchi
Totale accessi	5844	41	249	1386	3544	622
% sul totale		0,7%	4,1%	23%	71%	10,6%
Tot ricoveri	492	27	95	255		
% ric/codice		68,29%	40,56%	19,77%		

In totale i codici verdi e bianchi sono 4.164 (81,3% del totale) di cui 135 sono stati ricoverati (3,2%).



Tabella 27. Esito Accessi PS Vergato per codici di priorità maggiori – anno 2022

MODALITÀ DIMISSIONE	2022			
	ROSSO	ARANCIONE	AZZURRO	
	Casi	Casi	Casi	Totale
CURANTE	11	148	1.107	1.266
RICOVERATI	27	95	255	377
DECEDUTI	2		1	3
ALLONTANATI			4	4
TRASFERITI	1	6	19	26
Totale	41	249	1.386	1.676

La somma dei codici maggiori (Rossi, Arancioni, Azzurri) è pari a 1676 e solo 386 giungono con i mezzi di soccorso (23%). Dei 1.676 il 22% (n=377) va a ricovero e, in caso di revisione della funzione del PS Vergato, il numero che potrebbe impattare sugli altri PS è pari a circa 4,5 pz/die e circa 1 PL/die.

I ricoveri sul totale degli accessi sono 492, pari all'8,4%, per il 76% è costituita dai codici maggiori. Solo il 2,3% dei codici verdi esita in ricovero.

Tabella 28. Attività specialistica derivante da accessi PS Vergato per codice di priorità

Visite Specialistiche Per Accessi PS	Rosso	Arancione	Azzurro	Verde	Bianco	Totale
ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	1	1	6	44	9	61
PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE		4	24	37	4	69
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA			1	12	9	22
PRIMA VISITA GINECOLOGICA		1	6	17		24
PRIMA VISITA ORTOPEDICA		8	86	408	22	524
PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA		1	14	17	4	36
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	1	1	5	4		11
VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	1	1	3	4	1	10
TOTALE	3	17	145	543	49	757

Le consulenze ortopediche nel 2022 sono state 527 e quelle oculistiche 61.