

Da: Zalukar Walter

Inviato: giovedì 22 gennaio 2015 13:26

A: Delli Quadri Nicola - AOUTS <nicola.delliquadri@aots.sanita.fvg.it>

Oggetto: I: Comitato AOUTS- ASS1 del 19.11.14

Trasmetto come d'accordo bozza del progetto in progress relativo alla valorizzazione operativa del PSOM.

Saluti

Zalukar

Da: Zalukar Walter

Inviato: lunedì 12 gennaio 2015 12.49

A: Pelusi Lucia; Claudio Tiribelli; Gaggi Guido; Centonze Sandro; Bardelli Moreno; Bassan Fabia; Zanetti Michela; Spangaro Franco; Direzione Sanitaria Cattinara - Segreteria - Aouts

Cc: Dipartimento DAI di Medicina; De Matteis Daniela

Oggetto: RE: Comitato AOUTS- ASS1 del 19.11.14

Con riferimento alla riunione dd 19.11.2014 del Comitato in oggetto si trasmette in allegato una proposta di progetto in progress per la realizzazione di un sistema PS CPC CA come concordato nel corso della citata riunione.

Ovviamente il progetto in parola è un progetto generale che qualora approvato dovrebbe essere seguito da un progetto esecutivo ad hoc.

Saluti

Zalukar

PROGETTO – RIFLESSIONI PRELIMINARI

PER LA REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA INTEGRATO

PRONTO SOCCORSO - PRIME CURE- CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Documento in progress
Riservato da non diffondere

PREMESSA

Il punto di partenza del programma oggetto di questa nota è costituito dai numerosi documenti già presentati nel corso degli ultimi anni alla Direzione strategica della AOU TS dalla Direzione del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) e di quanto progettato ed attuato in merito al Centro Prime Cure.

Inoltre, per la parte di pertinenza della ASS 1, riferimento parallelo consta nell'impostazione delle attività del Sistema 118 e del Servizio Continuità Assistenziale (SCA)

In occasione della fusione delle due Aziende si presenta l'opportunità di congiungere in un sistema unitario le operatività attuali con quelle future in corso di programmazione.

In generale, il progresso dell'intero sistema dovrà quindi avvenire agendo contestualmente sui due fronti ed abbattendo ogni ordine di confini oggi esistenti a causa della presenza delle due Aziende

ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE

LE CRITICITÀ PRINCIPALI – I PUNTI DI DEBOLEZZA

1. Insoddisfazione dell'utenza che giunge in PS con problemi a "basso indice di gravità" (quindi già in prima istanza a ridottissimo indice di rischio/esigenza di ricovero) per i lunghi/lunghissimi tempi di attesa, e/o per la necessità di dover ritornare a completare le indagini/controlli non eseguibili al momento del primo contatto. Il focus è su: pz. con piccola traumatologia e chirurgia; pz. richiedenti prestazioni estemporanee ambulatoriali con/senza accertamenti di diagnostica per immagini e/o di laboratorio.

2. Situazioni di grave rischio e disagio per pazienti grandi anziani provenienti da servizi/strutture territoriali (ambulatoriali, domiciliari, residenziali), necessitanti di controlli /accertamenti da eseguirsi rapidamente per consentire il rientro al domicilio "protetto" entro

poche ore, così da evitare ricoveri impropri. Manca l'opzione basata fondamentalmente sulla possibilità di brevi permanenze in regime di osservazione temporanea, riorganizzata ad hoc (alternativa al ricovero improprio in reparto), per stabilizzazione clinica e/o reindirizzamento terapeutico. In particolare, risulta insufficiente la protezione verso la massima continuità assistenziale a domicilio di pazienti già in carico ai servizi domiciliari o residenziali territoriali (vedi anche punti successivi).

3. Significativo numero di ricoveri impropri, quindi evitabili, a causa della impossibilità di trattenere i pz in osservazione temporanea, da rendere quindi più adeguata in termini di nuovi spazi/risorse assistenziali.
4. Sovraffollamento degli spazi del PS (oggi insufficienti), stress del personale e dell'intera organizzazione sanitaria di primo intervento (sia di parte ospedaliera che territoriale), a causa delle inadeguatezze di cui ai punti precedenti.
5. Insufficienti o incompleti meccanismi di continuità assistenziale in ingresso (da territorio verso H) ed in uscita (da H verso territorio); sono da potenziare/perfezionare quelli già attivi e da aggiungerne altri più solidi, in fasce orarie allargate.
6. Insufficiente consapevolezza/preparazione dei professionisti a pensare ed agire con un continuum unico nei diversi setting assistenziali (degenza, ambulatorio, domicilio, residenza).
7. Asimmetrie tra operatività del sistema 118 e del PS; incomplete funzioni di filtro preaccesso in PS e di pronto rientro al domicilio post conclusione interventi in PS (problema dei trasporti secondari).
8. Insoddisfacente inclusione dei medici di continuità assistenziale (SCA) nel sistema di "filtro" di accesso in PS: manca qualsiasi processo di feed back degli invii; insufficiente/insoddisfacente collegamento-integrazione con la medicina generale.
9. "Sistema sanitario in toto" globalmente ancora impreparato ad agire in modo "proattivo" verso la "cronicità", privilegiando le cure "long-term" domiciliari
10. Insufficiente-incompleta (rispetto alle esigenze oggettive dei pazienti) possibilità di una presenza esaustiva di sanitari a domicilio (incluse le Residenze), sia per parte medica (anche specialistica, non solo generalista), sia per parte infermieristica-riabilitativa. La fusione delle due Aziende dovrebbe costituire su questo un fattore di potenziale grande progresso
11. "Sistema" della medicina generale non ancora compiutamente evoluto nel passaggio da un servizio individuale-isolato "quasi-libero professionale" ad un servizio di professionisti in gruppo, in grado di coprire archi temporali nella giornata molto più ampi (h 12) ed agire in team multiprofessionali integrati (anche con H), al fine di assicurare molto più efficace continuità assistenziale proattiva.

I PUNTI DI FORZA

1. Riunificazione dell'azienda ospedaliero-universitaria con quella territoriale, pertanto con costituzione di una regia unica e nuove opportunità di costruire un sistema di interventi integrati tra cure primarie e specialistiche e, più in generale, tra assistenza sanitaria, sociosanitaria e socioassistenziale.
2. Presenza pluriennale dell'infermiere di distretto in PS, e di consolidati percorsi di continuità assistenziale ospedale-territorio pre-dimissione da reparto, anche se impostati prevalentemente sulla prospettiva infermieristica e riabilitativa, meno sull' integrazione medicoinfermiere/riabilitazione.
3. Consolidata organizzazione del PS in funzione di target specifici di pazienti, con prassi routinaria di attività di triage, filtro ed osservazione temporanea, anche finalizzate ad evitare ricoveri impropri (filtro di ricoveri evitabili), ed analoga esperienza del 118 per agire con funzione di "filtro" e trattenimento del paziente al domicilio.
4. Volontà e capacità di molti professionisti di AOU e ASS1 di trovare intese-accordi per migliorare i percorsi di cura ed assistenza di pazienti fragili e multiproblematici.
5. PDTA di alcune patologie long-term già impostati.
6. Prolungata sperimentazione del PDMG e di alcune forme associative di MMG in distretto (Distretto 1, Distretto 3), oltre che soddisfacente funzionamento di alcuni gruppi/associazioni di MMG.

STRATEGIA GENERALE DELLE PROPOSTE DI PROGETTO

In generale, i punti di riferimento operativi dovrebbero essere:

1. Creare migliori soluzioni per il pronto soddisfacimento della domanda (bisogno) di prestazioni "acute" di persone con problemi "isolati-estemporanei" (pazienti con bisogni "semplici" – "piccola patologia"), mantenendo e possibilmente migliorando l'attuale livello di risposta alle gravi situazioni di emergenza-urgenza (per altro già soddisfacente)
2. Intervenire con maggiore efficacia ed efficienza sia all'interno che all'esterno dell'ospedale (area del 118 e della medicina generale) per le esigenze delle circa 5.000 persone (per lo più anziane/molto anziane e certamente molto fragili, sicuramente destinate ad aumentare, ma anche per i pazienti terminali) che a TS ogni giorno sono in carico ai servizi residenziali o domiciliari, ad alto rischio di richiesta di intervento sanitario, non sempre necessariamente collegato ad un irrinunciabile accesso in PS-H.
3. Realizzare nuovi e più efficaci percorsi integrati di continuità assistenziale T-H-T (quindi non solo H-T, come erroneamente immaginato da più parti) per le molte migliaia di pazienti portatori di patologie long-term ("cronicità") e per pazienti "complessi" (anche terminali) in cui la stratificazione del rischio ed una medicina proattiva, e non più solo di attesa, possono ridurre notevolmente recidive, aggravamenti, decadimenti e quindi la stessa domanda di prestazioni e ricoveri (che se evitabili-prevenibili sono da considerarsi dunque impropri).

Dal punto di vista organizzativo, si tratta di realizzare un sistema unico-unitario territorio-ospedale, con precisazione-redistribuzione-ridefinizione delle attuali responsabilità nel produrre efficacia ed efficienza degli interventi di salute.

In dettaglio, alcune prime linee di indirizzo sono:

A. Riunificare in un unico sistema integrato (dipartimento) le attuali attività svolte in PS, in CPC, in 118, in SCA, superando le rigidità e le barriere dell'organizzazione attuale.

Operativamente, in prima ipotesi:

Viene costituito un nuovo dipartimento di accoglimento, pronto soccorso, 118 e continuità assistenziale territorio-ospedale, in cui si riconoscono in modo chiaro le seguenti funzioni/aree di attività (cui NON necessariamente devono corrispondere altrettante substrutture / architetture organizzative, tipo SS o SC).

A.1 Aree di PS distinte per attività :

A.1.1 Area dell'emergenza/urgenza

A.1.2 Area ambulatoriale (come ora in uso)

A.1.3 Area prestazioni ambulatoriali estemporanee (NUOVA), richieste da MMG o dai distretti e discusse con il medico di PS; sono quindi ad alta probabilità di appropriatezza; la finalità è offrire pronta consulenza specialistica ed esecuzione di esami mirati, per obiettivo clinico specifico esplicito (si potrebbe chiamare area di servizi ambulatoriali di consulenza con esecuzione rapida di prestazioni), sempre finalizzata alla velocizzazione dei percorsi ed alla prevenzione di ricoveri impropri.

A.1.4 Area per l'osservazione, distinta in:

A.1.4.a Osservazione temporanea e breve intensiva, sovrapponibile a quella attuale di Cattinara

A.1.4.b Osservazione di pz noti pluricoverati, portatori di scompenso cardiaco, BPCO, diabete (isolati o in comorbidità) od altre individuate patologie long term, nonché pazienti con terminalità: l'intento è avviare/rinforzare da PS percorsi di continuità T-H-T nella cronicità (indipendentemente dal parametro età finalizzati a prevenire le recidive/riacutizzazioni e ricoveri ripetuti.

A.1.4.c Area "ARGENTO" dedicata (NUOVO fast track specifico) all'accoglimento, valutazione multidimensionale/professionale e trattamento specifico in regime nondegenziale (inclusa dimissione facilitata e protetta per il pronto rientro a domicilio) di pazienti grandi anziani, particolarmente se già in carico ai servizi ambulatoriali, domiciliari o residenziali dei distretti, ed altri provenienti dalle residenze polifunzionali e dal proprio domicilio, NON necessitanti di accoglimento in osservazione breve intensiva o di ricovero in reparto. Situazioni target esemplificative: pazienti con problemi cardio-respiratori "minori"; iniziale sindrome influenzale con affezione respiratoria acuta; sospetta broncopolmonite; caduta a terra, sospetto trauma cranico, ecc.. L'intenzione è quella di condurre un'accurata valutazione multidimensionale ed un rapido programma di follow-up successivo alla dimissione (facilitata dal fatto che questi pazienti hanno già una "copertura" esterna approntata). Questi percorsi vanno strutturati in modo specifico per i

pazienti con deficit cognitivo, con il preciso intento di evitarne il ricovero in reparto, evento sempre altamente rischioso per il paziente e problematico per la struttura.

- A.2 Area Sistema 118, in cui sono inseriti i medici di continuità assistenziale (SCA) ed i medici dell'emergenza territoriale.
 - A.3 Area prestazioni domiciliari estemporanee (non programmate): è totalmente nuova. Integra e si affianca all'eventuale attività ambulatoriale sostenuta da MMG o di SCA. Riprende quanto sperimentato nei PDMG attivi nei distretti ma viene esclusivamente rivolta ad interventi domiciliari, richiesti dai distretti (SID; ecc.), in alternativa-complementarietà alla visita del MMG titolare del paziente (es. quando sia impossibilitato a recarsi a domicilio nei tempi richiesti dalle esigenze del paziente). Può completare eventuali servizi della medicina generale tipo UCCP ed affini, impostati sull'attività ambulatoriale. La finalità è evitare l'intervento del 118, il trasporto di un pz. certamente molto fragile in PS ed, infine, l'eventuale ricovero improprio. E' quindi uno strumento di continuità di cura (molto utile per pazienti terminali). E' ammesso che anche il 118 possa richiedere questo tipo di interventi, che presuppongono la presenza di un team medico interdistrettuale nella fascia oraria diurna feriale (8-20) e, ovviamente, di converso la richiesta di invio in PS da parte del medico in visita. Nel tempo, ottimale sarebbe la co-presenza di un infermiere esperto.
 - A.4 Area assistenza per pazienti con disturbo mentale e/o dipendenze; è gestita in stretta collaborazione con DSM-DDD e loro articolazioni organizzative, per pazienti portatori di problemi che richiedono queste competenze specialistiche.
- B. Allargare la funzione di classico triage del PS , in vista delle possibili attività (destinazioni) sopraelencate, nonché nell'ambito di una rimodulazione dei cosiddetti percorsi brevi.
- C. Rendere 118 e SCA parti integranti di questa nuova rete integrata aziendale e farli operare in stretta connessione-integrazione ed in coerenza con l'intero nuovo sistema, sotto una regia unica.
- D. Prevedere la rotazione del personale dipendente del "dipartimento" nei vari servizi-aree di attività a cadenze programmate e coinvolgerlo attivamente in programmi permanenti di formazione specifica relativi al settore dell'emergenza-urgenza-primi soccorsi.
- E. Portare tutto il personale medico convenzionato (SCA, MMG, ecc.) impiegato in queste aree di attività sotto un governo unico, retto da dirigenti medici di ASS afferenti a queste aree (non ai distretti). Le postazioni SCA saranno opportunamente ri-dislocate nel territorio aziendale per raggiungere ottimale efficienza/efficacia di operatività. I Medici convenzionati si inseriscono nei vari segmenti di attività sopra descritti e ricevono costante feed back degli eventuali invii dei pz. in ospedale e delle loro decisioni cliniche.
- F. Coordinare questo sistema di concerto con i distretti per realizzare percorsi diagnosticoterapeutico-assistenziali (PDTA) ottimali, in primis per le patologie "croniche" ad alto

impatto epidemiologico sopraelencate, anche in relazione alla nuove opportunità offerte dalla neocostituzione di associazioni-gruppi di MMG (es. UCCP, et similia) che andranno parimenti resi attenti a realizzare qui percorsi di follow up di eccellenza (per realizzare percorsi proattivi nella cronicità).

G. Inserire i pazienti che richiedono le competenze di DSM e DDD nella nuova opportunità data dalla riunificazione delle due aziende, pertanto:

- la revisione coordinata della funzione di SPDC, ancor più collegato alle attività del PS ed anche dei CSM distrettuali, sotto la regia del DSM;
- l'attivazione di un nuovo centro per pazienti con situazioni subacute legate a stati di dipendenza (per sostanze legali - etilismo in primis - od illegali), da gestire in collaborazione con DDD (N.B. la fase acuta è sempre e comunque di gestione del PS).

H. Rivedere in modo radicale l'assegnazione e la dotazione di spazi (a Cattinara, al Maggiore), rendendola coerente con i programmi di ristrutturazione di Cattinara.

I. Rivedere ed aggiornare progressivamente le dotazioni di personale dipendente di queste aree (in funzione dell'accorpamento delle due aziende), con il fine preciso di aumentare la continuità assistenziale-terapeutica

J. Stipulare nuovi accordi specifici con i professionisti operanti in regime convenzionato (SCA, MMG, MSA, ecc.) per armonizzare le loro attività con quelle svolte dai professionisti dipendenti diretti.

LINEE OPERATIVE ESSENZIALI IN FUNZIONE DEI RISULTATI ATTESI

1. Tutte le aree di cui sopra vanno progressivamente rese attive 24 ore su 24, 7 giorni su 7, ad eccezione di quelle ambulatoriali.

2. Si impone una rimodulazione delle attività del servizio di diagnostica per immagini al Maggiore.

3. Occorre potenziare l'azione di filtro pre-ingresso in PS/H, agendo innanzitutto sul potenziamento delle attività del 118/SCA/nuovi centri distrettuali retti da MMG, privilegiando l'incremento degli accessi a domicilio dei sanitari, soprattutto per pazienti già in carico ai distretti ed ospiti delle strutture residenziali (vedi punto A3).

4. Il sistema operativo integrato si configura come una **rete** il cui primo nodo è rappresentato dalla **Centrale Operativa 118 (CO 118)**, a cui arrivano tutte le richieste di soccorso sanitario di SCA. Sulla base della chiamata e seguendo specifiche procedure l'operatore della **CO 118** può optare per **diverse risposte operative**:

- invio del mezzo di soccorso appropriato
- invio del mezzo di trasporto
- attivazione del Servizio Continuità Assistenziale (SCA)
- attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID) ed eventualmente del medico del

Distretto

- attivazione del DSM
- attivazione del DDD
- contatto con il medico di medicina generale (MMG)
- invio di personale titolato (medici, infermieri, a seconda delle circostanze, esigenze e possibilità operative) a far accedere il paziente ad una corsia preferenziale per **accertamenti diagnostici senza spostare il paziente dalla residenza o dal domicilio** (ad es. vanno rapidamente diffusi i nuovi dispositivi di telemedicina e telemonitoraggio a domicilio, inclusi ECG, saturazione O2 ed altri esami ematochimici dirimenti); deve esistere ovviamente la possibilità di successivo inoltro dei campioni biologici al Laboratorio ospedaliero, nonché l'esecuzione di consulenze specialistiche domiciliari. Questa opzione deve tenere conto dei pazienti terminali, in numero crescente seguiti a domicilio con l'obiettivo esplicito di rimanervi fino all'ultimo giorno.

5. E' indispensabile riuscire a velocizzare le valutazioni-trattamenti di pazienti grandi anziani o terminali che si presentano (spontaneamente o tramite 118) al PS e sono già in carico all'assistenza ambulatoriale, domiciliare o residenziale dei distretti (percorsi di in-out velocizzati, tenendo debito conto del vantaggio dell'esistente protezione a domicilio al rientro e quindi di realizzare concretamente una vera continuità assistenziale efficace.

Es. di tipologia degli accessi nell'area ARGENTO del PS CPC Maggiore:

- Grandi anziani con problemi risolvibili a livello ambulatoriale, p.es. oculistica, dermatologia, urologia, ecc. (N.B. da rimodulare l'offerta specialistica al Maggiore).
- Grandi anziani con richiesta di prestazioni radiologiche urgenti e/o di laboratorio (esclusi gli accertamenti per confermare patologie gravi e urgenti di competenza del PS: p.es. frattura collo femore, ecc.).
- Grandi anziani con problematiche cardiologiche e/o reumatologiche e/o metaboliche croniche in fase di scompenso iniziale, p.es. iperglicemia in diabete, scompenso cardiaco, con esclusione di patologie potenzialmente gravi: dolore toracico, sincope, chetoacidosi o coma iperosmolare, ecc. . Alla dimissione tutti questi pazienti devono comunque essere formalmente inseriti in percorsi di follow up integrati, resi ben noti agli stessi pazienti o care givers, ed ovviamente ai curanti.
- Grandi anziani con riacutizzazioni di patologie croniche e/o degenerative che non richiedano terapia subintensiva e/o competenze specialistiche urgenti disponibili solo a Cattinara • Grandi anziani con deficit cognitivi.
- Grandi anziani con trauma cranico GCS 14 o 15, senza ferite rilevanti o traumi rilevanti associati (ovvero che richiedano competenza dell'ortopedico traumatologo, chirurghi specialisti, ecc.).

6. Sono realizzate in PS alternative al tradizionale ricovero in reparto (evitato perché realmente evitabile senza incorrere in rischi per i pazienti e gli operatori), aumentando in modo significativo le brevi degenze in osservazione temporanea, anche a fini di rapido monitoraggio e stabilizzazione del pz.

7. Si pone enfasi sull'abbattimento radicale dei tempi di attesa per persone che palesemente accusano solo problemi ambulatoriali e NON necessitano di altre prestazioni-monitoraggiapprofondimenti/valutazioni.

8. Si apre una nuova linea collaborativa-comunicativa con i MMG, specialmente se in gruppo, e con i distretti, per offrire risposte concordate/condivise, maggiormente appropriate,

personalizzate su quesiti diagnostici mirati (si limitano gli attuali accessi in PS finalizzati a ricevere prestazioni ambulatoriali ordinarie - es. rivedendo i sistemi di prenotazione tramite CUP ed evitando così accessi impropri in PS)

PRIME NOTE SUI RISULTATI ATTESI

Considerati i seguenti dati annuali di attività del PS (riferiti al 2013):

- accessi totali : 71.300 (media giornaliera: 195)
- trattati in area osservazione: 19.009 (media giornaliera: 52)
- ricoveri: 15.188 (media giornaliera: 41.6))
- ricoveri nel DAI di Medicina: 7.502 (media giornaliera: 20.5)

(fonte dati: riepiloghi PSNet relativi al 2013 ma sostanzialmente invariati nel 2014, se non per un modestissimo calo di accessi (-0.2%) e di ricoveri (-0.3%))

Attivando l' area "ARGENTO" (vedi A.1.3.c) al PSCPC OM, con dotazione in questo contesto di 1215 letti di osservazione temporanea "argento" dedicati al paziente grande anziano, con tipologia di accesso come prevista al punto 5, si può prevedere il trattamento in regime di osservazione fast track e ordinaria max 24 ore, di 20-25 pazienti al giorno.

Di riflesso si ridurrebbe significativamente il carico di accessi a Cattinara (-15-20%) di pz assistenzialmente impegnativi, per lo più del tutto o in parte non autosufficienti, con conseguente importante decremento di impegno operativo del PS OC, quasi costantemente sovrasaturato in fascia oraria pomeridiana e notturna.

Pare ragionevole prevedere già dall'inizio, con le sole misure sopra descritte, una riduzione di almeno il 10-15% dei ricoveri attuali nel DAI di Medicina, di media 2-3 in meno al giorno, con decremento di 700-1000 su base annua, stima prudenziale in quanto il numero potrebbe essere sarà maggiore, anche per gli effetti dell'attivazione dei percorsi brevi nell'area ambulatori di entrambe le sedi.

Lo sviluppo delle aree attivabili con misure di sola riorganizzazione/razionalizzazione, quindi ad isorisorse, e di conseguenza in tempi tecnici molto brevi, a decisione assunta, in particolare i punti A3, A4, C, E, F, e a seguire le altre, comporterebbe un'importante limitazione degli accessi in PS ed interverrebbe anche sulla qualità degli stessi, infatti interventi proattivi resi così possibili limiterebbero la gravità della situazione clinica, favorendo la possibilità di riequilibrio clinico a livello di PSCPC ed evitando il ricovero.

Considerati numero e tipologia di grandi anziani che accedono al PS si può ragionevolmente prevedere che la messa a regime del presente progetto consentirà un ulteriore decremento di ricoveri nel DAI di Medicina arrivando in totale al 25-30% in meno confronto al numero attuale.

Relativamente al punto 1 delle criticità, cioè ai lunghissimi tempi di attesa per le attività ambulatoriali, la razionalizzazione delle competenze tra Maggiore e Cattinara unita alla rimodulazione dei percorsi brevi consentirà una marcata riduzione dei tempi di attesa per le

prestazioni ambulatoriali specialistiche con conseguente abbattimento dei tempi di attesa generali.

I percorsi brevi relativamente alle prestazioni di ortopedia-traumatologia, oculistica, odontostomatologia, dermatologia, otorinolaringoiatria sono già in fase di implementazione e saranno attivi a regime entro il corrente mese di gennaio.

Considerati i dati medi giornalieri delle consulenze specialistiche relative alle discipline sopra citate:

- Consulenze di ortopedia-traumatologia: 38
- Consulenze oculistiche: 15
- Consulenze odontostomatologiche: 13
- Consulenze dermatologiche: 6
- Consulenze otorinolaringoiatriche: 10 per complessive 82 prestazioni in media al giorno, si

prevede che circa 30-35 di queste potranno avvalersi di percorsi brevi, con conseguente importante riduzione dei tempi di attesa, non solo per i pazienti immessi nel percorso breve, ma anche per tutti gli altri utenti in attesa in triage, vista la riduzione di impegno dell'area ambulatori del PS che ciò comporta.

Da quanto sopra esposto deriva la ragionevole previsione che l'attivazione del progetto qui prospettato nel suo insieme avrà effetti positivi superiori a quelli ipotizzati per le singole parti, in quanto dal circolo virtuoso così attivato, come il superamento del fenomeno dei fuori reparto e la maggior disponibilità di diagnostica per immagini in tempo reale per i degenti a Cattinara, ne deriverà verosimilmente una riduzione dei tempi medi di degenza di tutti o quasi i reparti dell'ospedale.

L'armonizzazione degli interventi intra ed extra-ospedalieri sui due fronti della short-term care o della long-term care, forti anche di un riavvicinamento della parte socioassistenziale, porterà valore alla qualità della vita dei pazienti e alla qualità del lavoro degli operatori.

Infine, il tutto consentirebbe un ulteriore risultato, quantitativamente ora difficilmente misurabile, ma di grandissima importanza, e cioè la possibilità di offrire **accoglienza e servizi migliori** di quelli attualmente disponibili, evitando gli affollamenti del PS, i pazienti fuori reparto, le degenze inutilmente prolungate ed i connessi danni iatrogeni.