

Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”	Azienda Ospedaliero- Universitaria Trieste
--	--

PROGETTO DI CENTRO DI PRIME CURE

PIANO DI REALIZZAZIONE DELLA PRIMA FASE SPERIMENTALE

16 febbraio 2006

1. Il Centro Prime Cure/h24 (CPC/h24) è un'unità operativa dell'ASS n.1 situata presso l'Ospedale Maggiore, che a regime sarà sostitutivo del Pronto Soccorso (PS) ospedaliero del Maggiore.

Il CPC/h24 rappresenta un nodo della rete dei servizi territoriali (ambulatoriali - generalisti e specialistici – residenziali e semiresidenziali) creata al fine di rispondere in primo luogo alle esigenze della popolazione che oggi spesso impropriamente afferrisce alle due Strutture di Pronto Soccorso.

Il CPC/h24 non deve essere inteso come una struttura statica, rigidamente ancorata alla sede e operante in modo autonomo e svincolato dalle altre strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, che svolgono attività complementari, in quanto staticità ed isolamento operativo ne comprometterebbero l'attività in termini sia di efficacia che di efficienza.

Deve essere concepito anche come un **CPC/h24 di processo** e che partecipi ad un **sistema operativo integrato** con il **Pronto Soccorso ospedaliero**, il **Sistema 118**, il **Servizio di Continuità Assistenziale**.

Queste strutture rispondono infatti in prima battuta, oltre ovviamente alle richieste di intervento nelle situazioni di vera emergenza-urgenza, ad un' imponente domanda di assistenza sanitaria, che deve trovare una **risposta più consona di quella attualmente fornita**, soprattutto per quanto concerne **la cronicità e la non autosufficienza**, che rappresenta un settore d'intervento in costante aumento, a cui attualmente il sistema non è in grado di rispondere con standard adeguati.

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.

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 medico del Distretto
- attivazione del Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)
- contatto con il medico di medicina generale (MMG)

In qualsiasi momento, al variare della situazione clinica od in base ad informazioni più complete, può di conseguenza variare il tipo e/o l'intensità della risposta operativa.

Tutti i pazienti con un quadro clinico di emergenza-urgenza vera saranno ovviamente destinati al Pronto Soccorso di Cattinara (PSOC), mentre il paziente che a giudizio del sanitario che l'ha preso in carico necessita di ulteriori accertamenti diagnostici non differibili o comunque di assistenza non erogabile a domicilio sarà destinato o al CPC/h24 o al PSOC, in base al quadro clinico, alla nosologia, alla situazione operativa delle due strutture.

I pazienti **dopo breve osservazione presso il CPC/h24 o il PSOC**, che non necessitano di ricovero, rientrano nelle proprie residenze con mezzo proprio o tramite Sistema 118, con un **programma di continuità assistenziale** da proseguire a **livello territoriale** (è possibile prevedere esigenze di trasferimento da CPC/h24 a PSOC e viceversa).

Sarà **privilegiata la possibilità che determinati accertamenti diagnostici possano essere fatti senza spostare il paziente dalla residenza** (ECG, saturazione O2 ed esami ematochimici), con l'intervento medico e/o infermieristico a domicilio ed il successivo inoltro dei campioni biologici presso il Laboratorio ospedaliero, nonché ovviamente con un programma di visite di controllo domiciliari.

E' evidente che un siffatto modus operandi, che prevede molteplici interconnessioni operative, richiede la **perfetta integrazione delle Strutture** coinvolte, che tra l'altro fanno capo ad Aziende distinte, da cui l'esigenza di un **modello organizzativo di tipo dipartimentale**, che quindi riunisca le sopra citate quattro Strutture in un **Dipartimento strutturale interaziendale di Pronto Soccorso-Prime Cure**.

In tal modo si otterrebbe:

- **l'effettivo coordinamento dell'attività di strutture diverse** e facenti capo ad aziende diverse, ma operativamente complementari, grazie ad un'**unica regia** e secondo **comuni procedure operative** condivise;
- **l'ottimizzazione dei raccordi** con le altre **strutture territoriali**, distretti e MMG, e **ospedaliera**, rappresentando il Dipartimento con l'ausilio tecnico della CO 118 il centro di coordinamento di detti raccordi, al fine di **garantire**, tra l'altro, **l'implementazione e il monitoraggio di quanto stabilito negli accordi esistenti relativi al circuito h24**;
- **di lavorare "per processi"**, quindi non solo con competenze tecniche ma anche con procedure, con una maggior garanzia di raggiungere gli obiettivi prefissati, soprattutto per i casi più difficili o anomali;
- **l'incremento** oltre che di efficacia anche di **efficienza**, vista la **messa in comune delle risorse** che l'organizzazione del dipartimento strutturale prevede.

Dal punto di vista dell'accesso è noto che oggi al Pronto Soccorso del Maggiore affluiscono in media 99 persone/die (di cui 9 vengono ricoverate, pari al 10%) e a Cattinara 121/die (ricoverate 43, pari al 36%), per cui al fine di un utilizzo ottimale delle risorse dedicate all'emergenza/urgenza appare necessario individuare livelli organizzativi differenziati dell'attività.

Il **CPC/h24** eroga un **servizio a regime continuo 24 ore/die, 365 giorni all'anno**, con disponibilità di personale medico ed infermieristico competente, possibilità di osservazione temporanea con breve degenza, accesso ad esami di laboratorio, diagnostici (radiologici) e a consulenze specialistiche.

Lo sviluppo del CPC/h24 è finalizzato anche a dare ulteriore supporto ai servizi ambulatoriali, domiciliari e residenziali dei Distretti e dei Dipartimenti dell'ASS 1, ma non a sovrapporsi all'attività da questi svolta.

Saranno, pertanto, individuati criteri e modalità di accesso così da **evitare il rischio di generare una domanda impropria** o di delegare al CPC/h24 attività proprie dei Distretti e dei Dipartimenti dell'ASS 1, che invece con una tale formula organizzativa si intende valorizzare e rafforzare.

Il target di accoglienza del CPC/h24 è costituito prevalentemente dai casi attualmente classificati come "codici bianchi", ma anche da una parte di "codici verdi".

In particolare il **CPC/h24** è dedicato a:

- pazienti ospiti in **residenze** (RSA, residenze protette, case di riposo e polifunzionali) o **in carico ADI** (con percorsi e spazi dedicati ad hoc) per svolgere brevi e veloci percorsi diagnostici oppure brevi riequilibri di situazioni inizialmente scompensate ed evitare così ricoveri impropri;
- pazienti con **malattie croniche** di lunga durata, seguiti anche solo ambulatorialmente da MMG, con bisogni di diagnostica strumentale estemporanea, in particolare per immagini e di laboratorio, al fine di raccogliere tempestivamente dati clinico-strumentali atti ad evitare riacutizzazioni-aggravamenti della malattia, ricoveri impropri; per questo si può avvalere dell'Osservazione Temporanea (OT) collocata all'interno del CPC/h24 o del PSOC;
- **piccola traumatologia** risolvibile a livello ambulatoriale o in sala gessi;
- **piccola chirurgia**, risolvibile a livello ambulatoriale;
- necessità di consulenza **oculistica, dermatologica, ORL e odontostomatologica** (in integrazione con il Pronto Soccorso Odontostomatologico della Clinica Odontoiatrica che opera quotidianamente per le urgenze);
- casi di **cardiologia**, trattabili con la consulenza del **Centro Cardiovascolare**.

Le **finalità generali del Sistema integrato** in cui il **CPC/h24** è inserito sono le seguenti:

- assicurare alla popolazione una **efficace risposta non differibile** (territoriale) a bisogni che non possono essere trattati dai normali canali ambulatoriali, evitando il ricorso all'Ospedale,
- dirottare le risorse del Pronto Soccorso Ospedaliero alle **sole funzioni dell'emergenza/urgenza**
- **ridurre i ricoveri impropri** ed evitabili potenzialmente iatrogeni,
- mantenere **continuità di cura** e massima vicinanza ai luoghi di vita delle persone.

N.B. Nella prima fase sperimentale, va previsto che gli **obiettivi ed i target di utenza** sopraelencati siano **prioritariamente** presi in considerazione se riguardano **residenti nelle microaree**, per accelerare un **processo** di cambiamento verso le **buone pratiche**. Si tratta di attivare fin dall'accesso in CPC/h24 gli opportuni raccordi con i distretti per evidenziare, da un lato, come si sono generate le situazioni di bisogno e, dall'altro, iniziare fin dalle prime fasi un'analisi del contesto di vita ("approccio globale alla persona") e l'organizzazione di risposte integrate ed unitarie (ad es. non solamente sul fronte squisitamente sanitario, ma integrato sociosanitario), con enfasi sulla continuità assistenziale e la "forte" presa in carico. Un ruolo importante nel facilitare e promuovere lo sviluppo di questa nuova modalità di approccio possono giocare i referenti di microarea.

2. Fase di attivazione sperimentale del CPC/h24

Nella **prima fase**, transitoria e **sperimentale**, attivabile anche nel primo quadrimestre 2006, necessariamente precedente alla completa ristrutturazione edilizia del Maggiore, il CPC/h24 è inserito nell'ambito delle attività del Pronto Soccorso (PS) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria (AOU), passando poi a regime a strutturarsi quale alternativa al PS del Maggiore e complemento efficace dell'unico PS di Cattinara, con le eccellenti prospettive di costo/beneficio determinate dall'assetto dipartimentale.

Vi è quindi l'esigenza di prevedere che nel primo periodo di attività e sviluppo del CPC/h24 sia assicurata una **forte sinergia con il PS ospedaliero**, soprattutto per quanto attiene alle **risorse umane**, di modo che in tale periodo di transizione non vadano disperse quelle esperienze maturate dal personale del Pronto Soccorso ospedaliero, che opportunamente modulate risultano indispensabili per garantire sin dall'inizio specifiche competenze operative, anche in considerazione della casistica dal CPC/h24, che sarà in parte quella che finora afferisce al PS.

Nella fase di avvio delle azioni il **progetto va raccordato con le attività di Microarea**, come evidenziato nel N.B. in calce al punto n.1.

La **fase di avvio** si caratterizza per la **razionalizzazione delle risorse** operative esistenti, anche grazie all'elaborazione ed **attivazione di processi**, soprattutto riguardo alle relazioni dei nodi del sistema integrato tra loro stessi e con gli altri nodi della rete territoriale e della struttura ospedaliera.

In tal modo la prima fase può avviarsi con le risorse attuali e senza previsione di importanti oneri aggiuntivi, ferma restando l'esigenza di prevedere **incentivazioni** per quel **personale sanitario** chiamato a farsi carico di nuovi e delicati compiti.

Pertanto nell'ambito del costo complessivo delle unità che fanno parte del Sistema integrato e tenuto conto dei benefici attesi tali oneri sembrano trascurabili, per cui **l'attivazione risulta sostanzialmente ad isorisorse**.

Di seguito si rappresentano le **azioni necessarie all'attivazione sperimentale immediata del CPC/h24**:

2.1 Approvazione del modello condiviso di assetto organizzativo da parte dei **Direttori generali** e relative deliberazioni.

2.2 Attivazione del Dipartimento Interaziendale strutturale di Pronto Soccorso e Prime Cure costituito da: Centro Prime Cure, Sistema 118, Servizio Continuità Assistenziale, Pronto Soccorso ospedaliero, con previsione di messa in comune delle risorse delle strutture interessate, e dopo aver attribuito in maniera puntuale la competenza degli oneri.

Il Dipartimento sarà governato, come di norma, da un Comitato direttivo dipartimentale composto oltre che dai responsabili delle strutture operative afferenti e dalle rappresentanze del personale, anche da rappresentanti delle direzioni sanitarie di entrambe le aziende.

2.3 Predisposizione in sede di Comitato di Dipartimento (allargato alle strutture di volta in volta interessate) di **procedure ed istruzioni operative** condivise dedicate all'attività del CPC/h24, seguendo il modello di **gestione per la qualità**, in particolare:

- procedure volte a disciplinare la modalità di raccordo tra Dipartimento di Pronto Soccorso-Prime Cure e le strutture territoriali e MMG, anche sulla base di quanto stabilito negli accordi esistenti relativi al circuito h24;
- procedure per selezionare i pazienti ospiti nelle residenze protette, nelle case di riposo o polifunzionali, nelle RSA o inseriti nel circuito SID-ADI, nonché da casi osservati dai MMG in ambulatorio o a domicilio, in modo di evitare il ricovero improprio grazie all'esecuzione di un percorso diagnostico-terapeutico estemporaneo e/o una osservazione temporanea, sia a finalità diagnostica che terapeutica (stabilizzazione);
- procedure volte a disciplinare l'attività di diagnosi e cura svolta a livello ambulatoriale e a livello di OT;
- procedura per far fronte ad eventuali emergenze/urgenze;
- procedura di uscita dal CPC/h24 e di dimissioni "protette" dall'Osservazione Temporanea con affidamento alle strutture territoriali;
- procedura di attivazione dei trasporti sanitari connessi all'attività del CPC/h24.

2.4 Per quanto attiene alle **risorse logistiche e materiali** si deve tener conto che nella prima fase di attivazione il CPC/h24 si identifica sostanzialmente con il Pronto Soccorso del Maggiore, non potendo che attivarsi presso l'attuale sede e con le attuali dotazioni materiali (peraltro è previsto il risanamento di detta sede).

Pertanto dal punto di vista economico la fase iniziale può considerarsi **realizzabile ad isorisorse**.

2.5 Anche per quanto riguarda le **risorse umane** valgono le considerazioni del punto precedente, poiché nella prima fase di attivazione il CPC/h24 non potrà che avvalersi dell'**attuale personale operante presso il PS**, a cui peraltro si aggiungeranno i **medici del SCA, previo accordo** nell'ambito delle **relazioni sindacali** e successivo accoglimento in sede di Comitato di Dipartimento.

A regime i medici della continuità assistenziale opereranno in forma “distrettualizzata”, privilegiando l’operatività in relazione ad un distretto specifico e al suo infermiere reperibile e non già su tutta la città, ferma restando la possibilità di ampliamento geografico d’intervento quando necessario.

Per **assicurare efficienza ed efficacia** al processo è necessario che:

- a) l’**attività infermieristica** sia costantemente assicurata, in particolar modo per il triage, da infermieri che abbiano **esperienza sia di pronto soccorso sia dei servizi territoriali** (con formazione teorico/pratica realizzata ad hoc);
- b) il **responsabile infermieristico del CPC/h24** (ed il suo sostituto) conosca la **rete dei servizi intra ed extraospedalieri** e sia capace di realizzare **percorsi personalizzati diagnostici e terapeutici tempestivi**;
- c) nel primo anno di sperimentazione gli **infermieri del pronto soccorso** destinati al CPC/h24 e gli **infermieri dei distretti** realizzino **a rotazione stage di formazione**, i primi presso i servizi distrettuali ed i secondi presso il pronto soccorso.

Pertanto anche riguardo al personale tale prima fase può considerarsi **realizzabile ad isorisorse**, ma con un incremento di efficienza derivante dall’organizzazione dipartimentale.

2.6 La **Formazione/stage** deve prevedere forme di **incentivazione** e rapporti di **reciprocità** ovvero:

- a) gli infermieri che entrano nel percorso di formazione/stage sopra descritto dovrebbero avere dalle loro aziende una incentivazione che sostenga la sperimentazione e la **formazione sul campo** che deve essere accreditata **ECM**;
- b) una **rotazione tra gli infermieri di distretto e di pronto soccorso** ad inizio graduale, ma con l’obiettivo a regime di prevedere la presenza sempre di 4 infermieri dei distretti al pronto soccorso al mattino (un infermiere per ciascun distretto) e di altri 4 infermieri al pomeriggio al fine di coprire le 12 ore per valutare nel tempo come sviluppare il “processo prime cure” ed affrontare le criticità;
- c) al pari del punto B l’obiettivo di prevedere a regime la presenza sempre di 4 infermieri del pronto soccorso presso i distretti al mattino (un infermiere per ciascun distretto) e di altri 4 infermieri al pomeriggio al fine di coprire le 12 ore.;
- d) il **“filtro” e la continuità assistenziale** che si assicurerebbe in questo modo già al pronto soccorso ridurrebbe notevolmente il lavoro dei reparti e degli infermieri di territorio rispetto al sistema attuale delle **continuità assistenziale** (la continuità si realizzerebbe già alla porta di entrata dell’ospedale anziché nei reparti...evitando così sovraccarico inutile, lesioni da decubito ed anche infezioni nosocomiali...).

2.7 Saranno altresì individuate forme di **aggiornamento teorico/pratico per tutti gli attori del processo**.

2.8 Per la **continuità assistenziale** al CPC/h24 si utilizzerà lo stesso **protocollo d'intesa** collaudato dal 2002 e recentemente aggiornato e siglato dai due direttori generali il 1 gennaio 2006. L'attuale protocollo prevede infatti che il pronto soccorso utilizzi, come i reparti, le **procedure della continuità assistenziale**; nel caso di specie i tempi dell'attivazione e della risposta dovrebbero essere immediati.

2.9 **Costi per l'utenza**: per molteplici ragioni, si considera opportuno prevedere l'applicazione di un regime di contribuzione (**ticket**) identico a quello in vigore per gli accessi al Pronto Soccorso. Ne deriva che le prestazioni possono essere gratuite solo se effettivamente di natura urgente oppure se il paziente è inviato da strutture sanitarie territoriali, presso le quali è già assistito (es. SID, RSA, ecc). Non si possono considerare a deroga eventuali titolarità di esenzione per patologia o età/reddito, non esistendo attualmente per le prestazioni d'urgenza alcuna tipologia di esenzione.

2.10 Il primo anno di lavoro dovrebbe essere dedicato essenzialmente agli aspetti sopra indicati, mentre il secondo dovrebbe essere utilizzato per mettere a punto il sistema e individuare le necessità logistiche della futura sede oltre a quelle organizzative. Comunque la **sperimentazione del processo** sarà **monitorata costantemente** con periodiche riunioni e messa a punto delle procedure.

3. Obiettivi

Le **attività del CPC/h24** dovranno sempre più tendere ed uniformarsi agli obiettivi previsti a regime, quindi:

- rispondere ad un bisogno chiaramente identificato di una specifica fascia di utenti, mediante **accoglienza e servizio migliori** di quello attualmente offerto, evitando affollamenti del PS di Cattinara e dei relativi servizi di supporto diagnostici (in primis radiologia)
- **razionalizzare i tempi di attesa in PS** e le liste di attesa delle prestazioni specialistiche (prenotazioni CUP dei "codici rossi"),
- **ridurre i ricoveri dei soggetti fragili** (grandi anziani), soprattutto se già inseriti in circuiti di cure domiciliari o residenziali, in cui il ricovero comporta sempre elevati rischi (anche iatrogeni)
- rendere **più pertinente la ristrutturazione/offerta del Maggiore** e rispettarne la vocazione territoriale, evitando – tra l'altro - la necessità di duplicare servizi ospedalieri, che è opportuno restino concentrati nell'unico polo di Cattinara consentire maggiore **flessibilità organizzativa e elasticità di impiego del personale**, grazie all'assetto organizzativo dipartimentale
- **ottimizzare i percorsi di continuità assistenziale territorio-ospedale**, spostando il baricentro dei servizi concretamente sul territorio, valorizzando i setting di cura ambulatoriali, domiciliari e residenziali ed offrendo in particolare migliori possibilità di diagnosi e cura ai soggetti fragili, con **riduzione dei ricoveri ad elevato rischio iatrogeno**
- **integrare l'attività dei professionisti del territorio** (medici di SCA, MMG, medici di distretto e dei dipartimenti, infermieri dei vari servizi, ecc) **con quelli dell'ospedale** (integrazioni interprofessionali, multidisciplinari), avviando una saldatura tra cure primarie e secondarie, diffondendo conoscenze e buone pratiche cliniche, favorendo approcci unitari alla persona e riconoscendone la globalità dei bisogni.

4. Assetto organizzativo del CPC/h24 a regime

L'assetto organizzativo qui di seguito descritto sarà possibile solo **dopo il completamento della ristrutturazione dell'Ospedale Maggiore**, che prevede appunto un'area appositamente progettata per ospitare tale Centro.

L'accoglimento e l'assistenza del CPC/h24 sono garantiti da personale esperto dedicato, cui si affiancano altri professionisti della ASS 1, dipendenti o convenzionati.

Gli **accertamenti diagnostici di laboratorio e strumentali** sono garantiti 24 ore su 24 dalle specifiche strutture/servizi ospedalieri in guardia attiva o pronta disponibilità.

Le **competenze specialistiche** di supporto prevedono la presenza integrata (parte in regime di guardia attiva, parte in pronta disponibilità, parte in fasce orarie predefinite, anche a seconda della collocazione dei reparti in OM) di :

- chirurgo;
- oculista;
- odontostomatologo;
- dermatologo;
- neurologo;
- psichiatra;
- ortopedico-traumatologo;
- cardiologo del Centro Cardiovascolare (con interpretazione ECG a distanza) in fascia oraria predefinita;
- consulenza oncologo-palliativista-antalgologo del CSO
- consulenza geriatra della S.C. di Geriatria (in fascia oraria predefinita);
- consulenza pneumologo (in fascia oraria predefinita);
- consulenza diabetologo della S.C. III Medica (in fascia oraria predefinita);
- consulenza reumatologo della S.C. III Medica (in fascia oraria predefinita);
- consulenza ORL (in fascia oraria predefinita).

Il CPC/h24 prevede al suo interno un' **Osservazione Temporanea** di 8 letti, dedicata in prevalenza a pazienti anziani, provenienti da strutture residenziali (case di riposo, polifunzionali, RSA) o in carico SID, finalizzata ad un rapido screening diagnostico e all'impostazione terapeutica con rientro dei pazienti a domicilio o nella struttura di provenienza, quando non vi sia indicazione al ricovero.

5. Configurazione logistica del CPC/h24 a regime

- **Ingresso-accettazione- triage** – ingresso come in un PS (ambulanza, automobili private, pedoni);
- **sale di attesa**, in 2-3 ampi e confortevoli locali, con annessi adeguati servizi-toilette; zona separata per pazienti deambulanti o in barella-lettiga (almeno 200 mq) ;
- **ambulatori di CPC/h24** ove operano sia medici della struttura dell'ASS 1 che dell'AOU; appare rilevante e da valorizzare la partecipazione dei MMG , poiché tale modello organizzativo potrebbe configurare una applicazione originale in area cittadina di quanto previsto nel recente Accordo Nazionale in tema di "UTAP" (unità territoriali di assistenza primaria) ; in questo modo si

creerebbe l'occasione per una virtuosa saldatura tra medicina generale ed ospedaliera, ovvero tra la rete di cure primarie e secondarie (fabbisogno spazi, tot. stanze = 5, ca 120 mq);

- **ambulatori** per consulenze e **competenze specialistiche** assicurate sia dai medici presenti presso l'OM, sia provenienti dalle strutture territoriali o da altri ospedali (Cattinara, Burlo) (fabbisogno spazi, tot. stanze = 2, ca. 60 mq);
- **osservazione temporanea** ove operano gli stessi medici degli ambulatori, per la definizione diagnostica e/o impostazione terapeutica (fabbisogno spazi, 8 box mobili ciascuno con un posto letto + spazi di lavoro per il personale infermieristico = ca. 120 mq);
- **sala attesa post visita-trattamento** : dedicata soprattutto a pazienti anziani (da prevedere comode poltrone, o letti di riposo, ad es. post suture, ortopedia – apparecchi gessati, esami radiologici, ecc) e spazio per i familiari e accompagnatori (fabbisogno tot. stanze = 2 ; tot. spazi = 100 mq);
- **diagnostica per immagini e di laboratorio (come da organizzazione OM)**;
- stanze “resting” per il personale di servizio (ca. 30 mq)
- magazzini-archivi (ca. 150 mq).

Nella zona CPC/h24 ed in particolare nella sala attesa post visita-trattamento potranno essere ospitati anche i pazienti non pertinenti al CPC/h24, che, completati gli esami programmati , attendono in barella il rientro a domicilio (es. tipico il caso dei pazienti provenienti da RSA che hanno eseguito RX o viste di controllo programmate ed attendono l'autoambulanza per il rientro).

Il Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) opererà in stretto raccordo con il CPC/h24, per cui risulta opportuna una **collocazione contigua** al CPC/h24 stesso (spazi necessari = ca. 200 mq).

La stessa considerazione va fatta per la postazione dell'**automedica** e delle **autoambulanze** di soccorso "Centro urbano" (spazi per personale in servizio : ca. 80 mq).

In sintesi, in circa 1.200 mq globali, configurati in linea con quanto applicabile ad un PS dotato di triage, in cui le sale visita e quelle di osservazione temporanea sono contigue, così da facilitare il collegamento e la sorveglianza, con percorsi verso le fasi diagnostiche estremamente scorrevoli, si prospetta un servizio altamente efficiente non disgiunto da grande attenzione al comfort e ad una accoglienza-ricettività “calda” .

6. Prefigurazione dei possibili vantaggi di un CPC /h24 vs stato attuale del sistema dei PS

6.1 Vantaggi per gli assistiti:

- **interventi più efficaci** per gli stati acuti dei **soggetti fragili**, assistiti più celermente ed anche a domicilio, con **riduzione dei ricoveri potenzialmente iatrogeni**
- **interventi più tempestivi** per la **popolazione** generale (ad es. tempi di attesa sveltiti in CPC vs PS, quantomeno perché non si sovrappongono le emergenze) e **riferimento** più certo per le “**piccole acuzie**” (senza dover distinguere tra competenze d’accesso al Maggiore o Cattinara)
- **interventi diagnostico-terapeutici più tempestivi (ed efficaci)** in iniziali stati di **squilibrio-scompenso di malattie croniche** a minaccia di riacutizzazione

6.2 Vantaggi per gli operatori:

- **più equa distribuzione dei carichi di lavoro** rispetto alla situazione attuale tra Cattinara, dove insistono quasi tutte le emergenze/urgenze, ma anche una cospicua parte di “codici bianchi”, ed il Maggiore, dove si tratta un parte sempre elevata di “codici bianchi” ma una quota residuale delle urgenze, e tale attuale disparità di carichi di lavoro interessa non solo il Pronto Soccorso, ma anche i servizi diagnostici e le consulenze specialistiche
- **maggiore identificazione delle responsabilità** nei diversi livelli di assistenza (p.es. codici bianchi molto ridotti in PS, con attenzione facilitata vs gli altri)
- **aumento dell’integrazione multiprofessionale** e della **competenza** dei singoli professionisti (p. es. per i medici del SCA., per gli infermieri, ecc.)

6.3 Vantaggi per l’organizzazione generale:

- **rafforzamento delle connessioni** nella rete integrata **tra servizi territoriali domiciliari, strutture residenziali e reparti-servizi ospedalieri**
- presenza di **punto di riferimento-regia certo** per il sistema della **continuità assistenziale diurno-notturna**
- presenza di **punto di consulenza facilitato** per i **MMG** che intendano concretamente impegnarsi nel trattenimento nel territorio di loro assistiti con necessità estemporanee di percorsi diagnostico-terapeutici (v. sopra, in particolare per pazienti portatori di malattie croniche soggette a riacutizzazioni)
- presenza di un **dipartimento** che potenzialmente consente migliore organizzazione del lavoro ed ottimale impiego delle risorse (**maggiore efficienza**)
- **diminuzione** (stima : meno 20-30%) dei **trasporti** da domicilio-struttura connessi ad accessi impropri in PS o a ricoveri evitabili