

# IL RIORDINO DELLA RISPOSTA ALLE URGENZE TERRITORIALI

Andrea Rossi, Andrea Neri, Fabio Berveglieri, Rodolfo Ferrari, Sabrina Gabrielli, Stefania Gasparetto

## Sommario

1. Introduzione	pag. 1
2. L'esperienza della Continuità Assistenziale Diurna	pag. 2
3. Gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e il Numero Europeo Armonizzato 116117	pag. 3
4. Il riordino dell'assistenza territoriale alla luce del DM 77/22	pag. 4
5. Il Centro di Assistenza alle Urgenze ed il riordino della Continuità Assistenziale Diurna	pag. 5

## 1. Introduzione

L'iperafflusso al Pronto Soccorso (PS), in larga parte determinato da una importante quota di accessi che accedono impropriamente al sistema dell'emergenza-urgenza, è una questione diffusa, complessa e dai molteplici risvolti.

L'utilizzo del PS come porta girevole per la risoluzione inappropriata di qualsiasi problema di carattere sanitario e sociale si attesta tra le varie strutture, secondo quanto riportato in letteratura, tra il 25% ed il 60% in Canada, fra il 20% ed il 40% nell'Unione Europea, fra il 18% e l'80% in Italia e fra il 48 ed il 72% in Regione Emilia Romagna (dati 2022).

Si genera in questo modo una costante congestione ed in alcuni momenti un vero e proprio sovraffollamento dei servizi ospedalieri di prima accoglienza, lunghe attese ed insoddisfazione da parte dei cittadini e pressione sul personale sanitario, con disagi e difficoltà nello svolgimento delle attività, a discapito della necessità di concentrare le risorse per il trattamento dei pazienti più gravi e dei casi clinicamente più urgenti.

Per far fronte a questo generale stato di difficoltà, l'Azienda USL di Imola ha maturato da tempo una rilevante esperienza di strutturazione di servizi di prossimità, in grado di assicurare migliori condizioni di accessibilità diretta all'assistenza primaria e, in parte, di agire da filtro agli accessi impropri in Pronto Soccorso.

Da oltre un ventennio si è cercato di sviluppare il sistema di assistenza primaria come una delle potenziali strategie per affrontare la criticità dell'utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza da parte di pazienti che non presentano condizioni di urgenza.

La strada percorsa è stata quella dell'implementazione di servizi ambulatoriali a gestione territoriale a bassa soglia, ubicati in contesti extraospedalieri (nei Nuclei di Cure Primarie, poi evoluti in Case della Salute, infine trasformate in Case della Comunità), con un fisiologico riposizionamento dell'offerta di servizi a questo livello, migliorandone l'accessibilità sia in termini temporo-spaziali, sia in termini economici (nessuna compartecipazione alla spesa).

Questa esperienza viene di seguito brevemente riassunta, evidenziandone punti di forza e punti di debolezza; viene infine descritta la progettualità relativa alla costituzione dei nuovi Centri per l'Assistenza all'Urgenza (CAU), che ne rappresentano la naturale e conclusiva evoluzione.

## 2. L'esperienza della Continuità Assistenziale Diurna

La prima esperienza di un servizio di Continuità Assistenziale Diurna (CAD) si realizza a Castel S. Pietro Terme nel 1997 e prende il nome di "Porta Medicalizzata"; a quell'epoca la struttura sanitaria ospitante il servizio ad accesso diretto territoriale era un Presidio Ospedaliero, che precedentemente ospitava un Punto di Primo Intervento (PPI) gestito H24 da Medici di Pronto Soccorso.

La Porta Medicalizzata ha rappresentato una esperienza innovativa e originale a livello nazionale, nata dalla collaborazione e dal coinvolgimento di 16 Medici di Medicina Generale che alternandosi nella copertura del servizio garantivano una risposta a quelle condizioni che, pur non essendo né emergenze né urgenze in senso stretto, richiedevano comunque cura e assistenza da assicurare in modo certo ed in tempi rapidi da parte di personale sanitario.

A tal fine, tutti gli assistiti potevano disporre di un medico e di un infermiere nelle dodici ore diurne (dalle 8 alle 20) tutti i giorni feriali, mentre il sabato la copertura era limitata dalle 8 alle 12. Nelle rimanenti otto ore del sabato, cioè dalle 12 alle 20, e nelle dodici ore diurne della domenica e dei festivi, l'ambulatorio della Porta Medicalizzata era gestito da un Medico della Guardia Medica (ora Continuità Assistenziale).

L'esperienza riscosse pieno gradimento da parte dei cittadini, dimostrandosi alla prova dei fatti in grado di sostituirsi efficacemente ad un PPI e quindi di limitare il ricorso al sistema di emergenza-urgenza per codici a bassa priorità; inoltre rappresentò una importante esperienza di integrazione fra medici di medicina generale ed infermieri, che collaboravano nella effettuazione di alcune prestazioni che richiedevano un co-intervento o una sorveglianza protratta nel tempo: coliche renali e addominali, incisioni di ascessi, medicazioni, rimozione punti di sutura, ecc.

Per queste ragioni e anche grazie alla spinta impressa dall'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo Regionale (AIR) del 2006, approvato con DGR n. 1398/2006, e dalle subentranti indicazioni ministeriali in ordine all'allargamento della copertura territoriale diurna, la sperimentazione si consolidò e fu estesa progressivamente anche agli altri territori: dal **2006 a Medicina** e dalla fine del **2010 a Borgo Tossignano** e a **Imola (su due sedi)**; dal **2014** le due sedi di Imola furono unificate.

Il citato AIR poneva in effetti fra i propri obiettivi prioritari la garanzia per i cittadini della continuità delle cure, attraverso lo sviluppo organizzativo dei Nuclei delle Cure Primarie e la copertura delle esigenze assistenziali.

In caso di necessità di assistenza integrata, in tutte le sedi di CAD, fra le 8,00 e le 20,00 dei giorni feriali è a disposizione personale infermieristico, che non è esclusivamente dedicato, ma è disponibile al bisogno a collaborare a trattamenti ambulatoriali; l'attività è rivolta a tutti gli assistiti ed il personale sanitario può avvalersi della messa in rete e della condivisione informatica dei dati clinici degli assistiti (link con la Cartella Clinica informatizzata dei MMG).

Attraverso il coinvolgimento di MMG e MCA la suddetta organizzazione ha garantito mediamente l'erogazione di circa 20.000 accessi diretti.

Questa mole di attività è risultata solo parzialmente sostitutiva degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso; si è in effetti determinato un minor ricorso al PS per codici a bassa priorità (-14% rispetto alla media regionale), corrispondenti ad un volume assoluto di circa 4.000 accessi evitati annualmente.

Dunque l'attività della CAD è stata in grado di sostituirsi solo parzialmente al PS ospedaliero, mentre il contributo al miglioramento dell'accessibilità agli ambulatori di assistenza primaria va valutato in modo positivo: fasce più ampie di apertura per l'intera fascia diurna, la possibilità di svolgere attività in favore di tutti gli assistiti, l'apertura degli ambulatori prefestivi e festivi, sono tutti elementi che hanno aggiunto valore all'assistenza primaria.

Altro dato da rimarcare è quello della scarsa efficienza dell'attuale modello di CAD; è sufficiente il dato delle prestazioni rese nell'unità di tempo per renderne ragione: appena 1,7 visite/ora.

D'altra parte il costo annuo complessivo della componente medica della CAD è risultato mediamente superiore a 600.000 euro/anno, il 72% dei quali ad appannaggio dei MMG; il costo orario della componente medica fa segnare un picco di euro 96/ora per i MMG, a fronte di un minimo di euro 35/ora per i MCA.

### 3. Gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso ed il Numero Europeo 116117

L'analisi delle caratteristiche degli accessi inappropriati al PS può fornire ulteriori elementi che aiutano a comprendere quali sono i motivi per i quali si varca la porta girevole dell'ospedale anche per condizioni che nulla hanno a che vedere con l'emergenza-urgenza.

L'ammontare complessivo degli accessi al PS per codici B/V consumati dalla popolazione residente nell'Azienda USL di Imola (132.836 abitanti al 31/12/2022) è pari ad oltre 27.000 accessi/anno, corrispondenti al 58% del totale degli accessi.

Il consumo improprio di PS si concentra nelle età di mezzo, fra i 30 e i 60 anni; dopodichè c'è un effetto decrescente che progredisce con l'età, in entrambi i generi, che non correla con la distribuzione dei bisogni di assistenza, notoriamente più elevati man mano che si progredisce con l'età, ma che verosimilmente è coerente con il diverso costo opportunità che viene attribuito al tempo; in altri termini, l'uso opportunistico del PS, come scorciatoia per ottenere una diagnosi e una terapia in tempi rapidi, prevale nelle classi di età intermedie. Non necessariamente sono i gruppi più svantaggiati quelli che evidenziano un maggiore ricorso improprio al PS; i più assidui utilizzatori sono le classi sociali medio-alte, caratterizzate da elevati costi opportunità del tempo e quindi da una minore "sopportazione" nell'affrontare i tempi di attesa connessi all'assistenza territoriale primaria e secondaria.

La maggior frequenza di utilizzo è concentrata nei mesi compresi fra aprile ed ottobre, con una risalita anche a dicembre; si osserva una concentrazione degli accessi nella giornata del lunedì. Il picco degli accessi impropri (35,4% del totale, 2,8 accessi/ora) si registra al mattino, fra le 8 e le 12; molto modesta è invece la frequenza di utilizzo nelle ore serali, tra le 20 e le 24 (11,6% del totale, 0,91 accessi/ora) e durante la notte, fra le 24 e le 8 (14,8% del totale, 0,58 accessi/ora).

L'86,7% degli utilizzatori giunge in PS con mezzi propri, mentre poco più del 13% di essi ricorre addirittura all'ambulanza (solitamente quella del 118) per il trasporto in ospedale.

Oltre l'87% dei casi di accesso improprio al PS si conclude con una dimissione ed il re-invio al curante (MMG); l'11,2% dei casi abbandona il PS prima della visita, oltre ad un ulteriore 0,9% che abbandona il PS prima della chiusura della cartella clinica; queste ultime quote di accessi sono quelle che evidentemente esprimono comunque insoddisfazione manifesta per la qualità del servizio; d'altra parte solo lo 0,5% dei casi afferiti beneficia di una presa in carico ambulatoriale specialistica post-dimissione.

Nell'ambito della casistica inappropriata, le consulenze specialistiche espletate in PS riguardano solo circa il 6% dei soggetti afferiti; gli specialisti più spesso chiamati in causa sono gli oculisti, gli ortopedici, i pediatri, i dermatologi e gli otorinolaringoiatri.

La quota di accessi impropri consumata dai cittadini stranieri risulta solo il 2% del totale, ed include anche la parte degli irregolari, che non dispone di altre forme di assistenza ed è quindi costretta in tutti i casi a ricorrere ai servizi di emergenza urgenza; va quindi sfatato il mito che vorrebbe la popolazione immigrata massimamente responsabile di comportamenti opportunistici e del sovraffollamento dei servizi di PS

La Continuità Assistenziale Notturna, Prefestiva e Festiva (CA NPF) (ex Guardia Medica) è un servizio attivo nelle fasce orarie e nei giorni non coperti dal MMG e dal PLS, che garantisce la continuità dell'assistenza medica per le prestazioni non differibili; opera di notte, dal lunedì alla domenica, dalle ore 20,00 alle ore 8,00; di giorno, nei giorni prefestivi<sup>1</sup> e nei giorni festivi, dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

In questi periodi la CA NPF garantisce visite ambulatoriali, visite domiciliari e consigli telefonici; per quest'ultima tipologia di attività il modello italiano costituisce l'unico esempio in Europa di un servizio parcellizzato, incapace di fornire risposte esaustive e di suscitare soddisfazione da parte degli utenti.

Il servizio è reso oggi prevalentemente da medici in formazione specialistica o da medici frequentanti il corso per MMG; si contraddistingue inoltre per un elevato turn-over delle componenti professionali e per la scopertura ormai cronica di molte posizioni, sia per l'incapacità di attrarre stabilmente i professionisti, sia per i contenuti delle attività e per la loro scarsa remunerazione.

---

<sup>1</sup> Nel punto di continuità di Borgo Tossignano, dove la CAD dei MMG non copre la mattina del sabato e dei prefestivi, il turno del MCA decorre dalle 10,00 e non dalle 8,00.

Per tutte queste ragioni, già l'Accordo Stato-Regioni del 24/11/2016, che più recentemente il DM 77/22, ne hanno previsto il progressivo superamento con l'introduzione del **Numero Europeo Armonizzato 116117**. Si tratta di un servizio che si rivolgerà a tutti i cittadini senza obbligo di registrazione preventiva, unico in Italia ed in Europa, a chiamata rapida e senza prefisso, disponibile H24 e 7 giorni su 7, in grado di fornire assistenza e/o informazioni, senza limitazioni, senza alcuna forma di pagamento, raggiungibile da qualsiasi apparecchio telefonico e rispettoso della normativa vigente sulla privacy.

Il numero unico 116117 armonizzerà le risorse per far sì che gli utenti possano accedere a queste tipologie di servizi in tutti gli stati membri dell'Unione, componendo lo stesso numero; l'abbinamento stesso numero - stesso servizio assicurerà un'identità paneuropea e promuoverà lo sviluppo di servizi paneuropei.

Il DM 77 del 23 maggio 2022 introduce un nuovo attore nel SSN: la **Centrale Operativa 116117** come sistema per facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche e ad altri servizi sanitari territoriali, in raccordo anche con il servizio di Continuità Assistenziale.

#### **4. Il riordino dell'assistenza territoriale alla luce del DM 77/22**

Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, qualitativi e tecnologici previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, i medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari e socio-sanitari che operano a questo livello dovranno provvedere a garantire l'assistenza primaria della comunità di riferimento, con presenze mediche e infermieristiche garantite H24, 7 giorni su 7, senza soluzioni di continuità e basandosi su modelli organizzativi in grado di integrare e comporre opportunamente tutte le risorse presenti, favorendo multiprofessionalità e multidisciplinarietà.

I servizi territoriali dovranno porsi a fondamento di una assistenza continua, omnicomprensiva, centrata sulla persona e sulle relazioni di cura personali e durature, basata sulla medicina d'iniziativa, sulla presa in carico della cronicità, sull'integrazione fra i diversi professionisti e sulla corresponsabilizzazione dell'assistito.

Le Case della Comunità (CdC) rappresentano il modello organizzativo che contribuirà più di ogni altro a rendere concreto quanto sopra; sono i luoghi fisici di prossimità e di facile individuazione ai quali gli assistiti possono accedere per entrare in contatto con il sistema di assistenza socio-sanitaria, superando la logica incentrata su interventi prestazionali ripetitivi e disconnessi, concentrati su relazioni di cura discontinue e limitate al momento della visita/accesso.

L'implementazione dei Centri per l'Assistenza alle Urgenze (CAU) sarà funzionale e coerente a quanto sopra esposto: la gestione degli accessi diretti degli assistiti saranno da affrontare non solo attraverso risposte meramente prestazionali, ma inserendo questi momenti all'interno di una logica di processo in grado di filtrare le richieste del paziente fornendo risposte adeguate alle più complessive necessità socio-sanitarie.

E' questo il valore aggiunto che deve scaturire dalla collocazione dei CAU nell'ambito delle CdC, così come previsto dal DM77.

Sarà quindi necessario prendere in considerazione non solo il bisogno contingente, ma anche prevedere e attivare collegamenti per rispondere a bisogni coesistenti, attraverso l'implementazione di contatti specifici con le reti sociali e sanitarie, per estendere la cura alla persona, in ogni suo aspetto, con empatia, assertività e una buona dose di comunicazione.

Le evidenze raccolte dimostrano che c'è bisogno di un nuovo modello che vada ben oltre il contributo reso come strumento per filtrare gli accessi impropri al PS, ma persegua ulteriori importanti finalità di potenziamento delle cure primarie.

#### **5. Il Centro di Assistenza alle Urgenze ed il riordino della Continuità Assistenziale Diurna**

Il nuovo modello di Centro di Assistenza alle Urgenze (CAU) che si intende implementare presso l'Azienda USL di Imola è pienamente rispondente ai principi riformatori delle DGR n. 939/23 e della DGR n. 1206/23 ed ai requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, di tipologia di casistica e di personale definiti dall'Allegato 4

di quest'ultima deliberazione; è pienamente conforme ai modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale di cui al DM n. 77/22.

L'implementazione dei CAU avverrà progressivamente, a partire dalla fine del 2023, seguendo gli indirizzi regionali e locali (CTSSM, Comitato di Distretto), con una prima fase di transizione in attesa dell'attivazione delle Centrali Operative 116117 e delle Unità di Continuità Assistenziale previste dal DM 77/22 entro il 2024. Il CAU dovrà contribuire a realizzare la continuità delle cure H24 prevista dal DM 77/22, che si avvarrà in futuro anche del contributo delle istituende Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Medicina Generale, ai sensi del nuovo ACN e secondo gli indirizzi che saranno contenuti nel nuovo Accordo Integrativo Regionale (AIR).

I CAU rappresentano l'evoluzione più spinta della CAD, arricchiti rispetto a quest'ultima da una presenza infermieristica dedicata responsabile dello spot check all'ingresso, una modalità di rapida valutazione in grado di identificare prontamente eventuali pazienti con sintomi tali da dover essere trasportati in emergenza presso un PS.

Saranno inoltre presenti nei CAU tecnologie diagnostiche più sviluppate quali ECG, Spirometro, Pulsossimetro, POCT, Ecografo; sarà presente la strumentazione tecnologica per il teleconsulto/ telerefertazione/ televisita, che consentirà ai medici di contattare direttamente gli specialisti per valutare congiuntamente le situazioni cliniche e condividere i percorsi di gestione dei pazienti.

I CAU saranno in diretto collegamento con il DEA dell'Ospedale di Imola e pienamente integrati nella rete dei trasporti ordinari e urgenti con i servizi ospedalieri e territoriali; in fase di avvio garantiranno prestazioni ad accesso diretto favorendo tuttavia un progressivo utilizzo del NUA 116117 come modalità di invio.

Per il completamento dei percorsi, si dovrà prestare particolare attenzione alle branche di oculistica, ortopedia, otorinolaringoiatria, pediatria e dermatologia, anche con il ricorso alla telemedicina.

Nel CAU saranno attive interconnessioni ed interoperatività coi sistemi informativi sanitari più rilevanti (SOLE, 116117, COT, repository aziendale Galileo); sarà disponibile un sistema informatico in grado di assolvere le funzioni di accesso al FSE, e una connessione col sistema CUP di accesso alla prenotazione specialistica.

Saranno stabilite procedure e collegamenti organizzativi e professionali tra i sanitari responsabili del primo contatto, i servizi di emergenza urgenza, i MMG e i servizi ospedalieri e territoriali, al fine di velocizzare le procedure diagnostiche e l'accesso alla specialistica.

### **Localizzazione, standard strutturali e tecnologici**

Nell'Azienda USL di Imola i CAU saranno istituiti presso le **Case della Comunità di Imola e di Castel S. Pietro Terme**, le due strutture **Hub** del nostro territorio, conformemente agli indirizzi regionali.

In fase di avvio della sperimentazione, e sulla base dell'analisi della distribuzione temporale della casistica da intercettare nel bacino d'utenza di riferimento, si evidenzia come adeguata una accessibilità articolata su due punti con una **apertura continuativa di 12 ore/die in fascia diurna**; attualmente, nelle ore notturne, il carico di codici bianchi e verdi inappropriati che grava sul nostro PS è relativamente modesto e tale da non rendere necessaria l'apertura di un punto territoriale.

In entrambi i CAU gli standard strutturali di cui alla DRG regionale sono pienamente soddisfatti e si rende necessario solo un modesto intervento di adeguamento impiantistico.

Per quanto riguarda gli standard tecnologici, dovrà essere implementata:

- Diagnostica strumentale di primo livello (ECG, pulsiossimetro, POCT, Ecografo);
- Dotazione software (applicativo in uso al Pronto Soccorso) e hardware;
- Interconnessioni ed interoperabilità dei sistemi operativi (SOLE, FSE, Cartella Clinica MMG, COT, Repository Galileo);
- Sistema prenotativo per accesso a prestazioni di specialistica ambulatoriale;
- Strumentazione tecnologica e di rete per il teleconsulto/telerefertazione/televisita.

Per quanto riguarda gli standard organizzativi, dovranno essere implementate le seguenti procedure:

- Accoglienza e Spot Check;

- Criteri di inclusione ed esclusione della casistica;
- Collegamento con COT e accesso al Pronto Intervento Sociale;
- Collegamento con MMG/PLS;
- Collegamento con DEA/Pronto Soccorso;
- Accesso ai percorsi di approfondimento clinico;
- Trasporto secondario e primario.

### **Il riordino della CAD**

Nelle CdC Hub le funzioni dei CAU riassorbiranno tutte le prestazioni a libero accesso attualmente erogate nei punti di Continuità Assistenziale Diurna.

Nelle CdC Spoke non dotate di CAU (Medicina e ValSanterno) le prestazioni mediche ambulatoriali di libero accesso (continuità diurna feriale, prefestiva e festiva) continueranno ad essere garantite dai MMG e dai MCA, secondo le attuali modalità, nelle more della costituzione delle future AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) e dell'implementazione del nuovo AIR.

Con la costituzione delle nuove AFT il modello sarà progressivamente rivisto ed integrato, secondo il principio assoluto della continuità H24, 7 giorni su 7, in ognuna delle nuove unità organizzative.

### **Standard organizzativi**

Il **CAU di Imola** sarà ospitato al Padiglione 15 della Casa della Comunità di Imola (Figura 1), in un'area di oltre 280 mq al piano terra già disponibili e parzialmente oggi occupati dagli ambulatori di CAD; nell'adiacente parcheggio di via Caterina Sforza sarà ricavato d'intesa con il Comune di Imola un adeguato numero di posti auto riservati ad utenti e familiari di assistiti che si rivolgono al CAU.

Gli spazi del CAU sono sufficienti ad implementare l'eventuale raddoppio degli ambulatori medici nei periodi di iperafflusso (es. durante il picco influenzale stagionale) o l'eventuale attivazione suppletiva di un ambulatorio pediatrico a libero accesso nei week end e nei ponti festivi. Al primo piano del corpo di fabbrica adiacente al padiglione 15 (coorte dell'ospedale vecchio), sarà installata entro il 2025 una diagnostica radiologica digitale (per esecuzione di Rx ossa e torace) con gli investimenti di cui alla missione 6 del PNRR.

Il bacino d'utenza naturale del CAU di Imola è rappresentato dagli assistiti residenti nei Comuni di Imola, Mordano e ValSanterno: oltre 72.000 persone.

Stimando che il CAU riassorba tutte le prestazioni a libero accesso attualmente erogate dalla CAD presso la Casa della Comunità di Imola (oltre 8.000 prestazioni/anno) e l'80% dei Codici Bianchi e Verdi che accedono attualmente al Pronto Soccorso dai Comuni di Imola, Mordano e ValSanterno (circa 9.000 accessi/anno), si può prevedere per la prima annualità del CAU un volume intorno ai **17.000 accessi/anno**, corrispondenti ad un media di circa 47 accessi/die.

Il **CAU di Castel S.Pietro Terme** sarà ospitato al primo piano della Casa della Comunità di Castel S.Pietro (Figura 2), in un'area di circa 180 mq già disponibili e parzialmente oggi occupati dagli ambulatori di Continuità Assistenziale.

Al piano rialzato è già presente una diagnostica Rx che effettua esami sull'apparato scheletrico e sul torace che sarà sostituita e ammodernata con una diagnostica digitale diretta con i fondi PNRR, entro il 2025; per questa diagnostica dovranno essere successivamente implementate le giornate e le fasce orarie di accesso.

Il bacino d'utenza naturale del CAU di Castel S.Pietro è rappresentato dagli assistiti residenti nei Comuni di Castel S.Pietro, Dozza, Medicina e Castel Guelfo: circa 46.000 persone.

Stimando che il CAU riassorba tutte le prestazioni a libero accesso attualmente erogate nel punto di continuità attivo presso la Casa della Comunità di Castel S.Pietro (circa 3.700 prestazioni/anno) e l'80% dei Codici Bianchi e Verdi che accedono attualmente al Pronto Soccorso dai Comuni di Imola, Mordano; Medicina e Castel Guelfo (circa 4.900 accessi/anno), si può prevedere per la prima annualità del CAU un volume intorno ai **8.600 accessi/anno**, corrispondenti ad un media di circa 24 accessi/die.

Figura 1. Localizzazione e planimetria del CAU di Imola

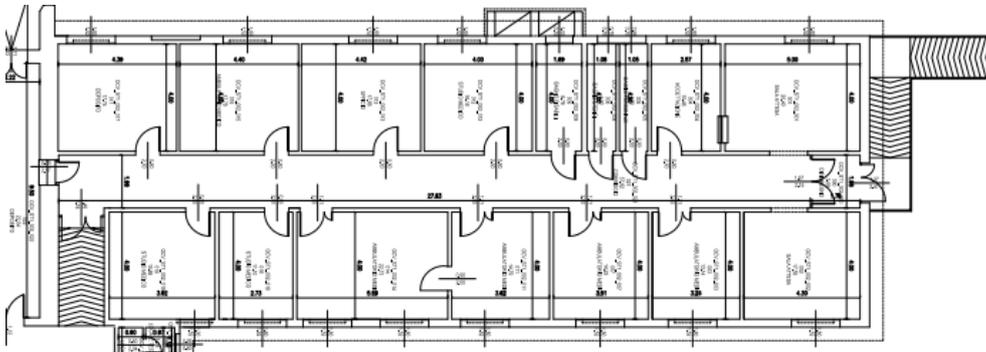
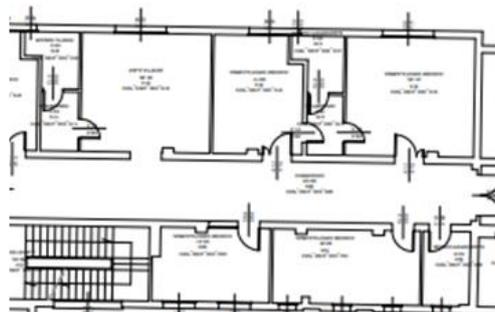


Figura 2. Localizzazione e planimetria del CAU di Castel S. Pietro Terme



### Dotazioni di Personale

Nei CAU saranno prioritariamente destinati medici del ruolo unico a ciclo orario (MCA) e subordinatamente e volontariamente medici di ruolo unico a ciclo di scelta (MMG); gli infermieri saranno invece dipendenti AUSL; tutto il personale dedicato dovrà effettuare la formazione prevista dagli standard regionali.

Nei periodi dell'anno contraddistinti da maggiore afflusso, come estate e fine anno, ed in particolare nella giornata del lunedì, fra le 8,00 e le 14,00, la dotazione base dell'organico in servizio potrà essere opportunamente integrata.

Il personale infermieristico, anch'esso afferente ad una unica equipe CAU aziendale, sarà stabilmente assegnato e sarà individuato un coordinatore dedicato.

**Tabella 1. Cronoprogramma delle attività (WP) da porre in essere (Azienda USL di Imola, 2023)**

Work Package	Data fine
Presentazione progettualità CAU in Comitato di Distretto	05/09/2023
Presentazione progettualità CAU in CTSS Metropolitana	21/09/2023
Presentazione progettualità CAU ai professionisti dell'Azienda USL	25/09/2023
Presentazione progettualità CAU in Comitato Aziendale per l'Assistenza Primaria	30/09/2023
Informativa Sindacale con OOSS Medici convenzionati per rimodulazione CA Notturna	31/10/2023
Reclutamento risorse infermieristiche e selezione risorse mediche	31/10/2023
Costituzione Gruppo di Lavoro Multidisciplinare ed elaborazione progettualità esecutiva	30/11/2023
Formazione teorica e sul campo per medici e infermieri	31/12/2023
Acquisizione Tecnologie Biomedicali integrative	31/12/2023
Predisposizione procedure organizzative previste come standard	31/12/2023
Affidamento responsabilità CAU alle Cure Primarie e approvazione progetto definitivo	31/12/2023
Implementazione Protocolli clinici e assistenziali	31/12/2023
Armonizzazione Protocolli e Linee Guida fra CAU e PS	31/12/2023

Avvio attività CAU Imola: entro dicembre 2023

Avvio attività CAU Castel S.Pietro: entro gennaio 2024