



REGIONE TOSCANA
GIUNTA REGIONALE

ESTRATTO DAL VERBALE DELLA SEDUTA DEL 25-02-2008 (punto N. 24)

Delibera

N .140

del 25-02-2008

Proponente

ENRICO ROSSI

DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

Pubblicita'/Pubblicazione: Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

Dirigente Responsabile: Valtere Giovannini

Estensore: Ilaria Lombardi

Oggetto:

Interventi ed iniziative per il miglioramento dei Pronto Soccorso delle Aziende Sanitarie toscane: approvazione.

Presenti:

ANNA RITA BRAMERINI

AMBROGIO BRENNIA

SUSANNA CENNI

AGOSTINO FRAGAI

FEDERICO GELLI

ENRICO ROSSI

GIANNI SALVADORI

GIANFRANCO SIMONCINI

GIUSEPPE BERTOLUCCI

EUGENIO BARONTI

MARCO BETTI

Assenti:

CLAUDIO MARTINI

RICCARDO CONTI

MASSIMO TOSCHI

PAOLO COCCHI

ALLEGATI N°: 2

ALLEGATI:

<i>Denominazione</i>	<i>Pubblicazione</i>	<i>Tipo di trasmissione</i>	<i>Riferimento</i>
A	Si	Digitale	Progetto di miglioramento dei P.S.
B	Si	Digitale	azioni di miglioramento dei P.S.

STRUTTURE INTERESSATE:

<i>Tipo</i>	<i>Denominazione</i>
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE BILANCIO E FINANZE
Direzione Generale	DIREZIONE GENERALE DIRITTO ALLA SALUTE E POLITICHE DI SOLIDARIETA'

MOVIMENTI:

CONTABILI

<i>Capitolo</i>	<i>Anno</i>	<i>Tipo Mov.</i>	<i>N. Movimento</i>	<i>Variaz.</i>	<i>Importo in Euro</i>
U-24047	2008	Prenotazione	4		12.388.000,00

Note:

LA GIUNTA REGIONALE

Premesso:

- che la profonda modifica della percezione del bisogno di salute, ritenuto soggettivamente urgente, e della tipologia della offerta dei servizi ritenuti di maggior efficacia per la sua soddisfazione hanno rappresentato in questi anni una sfida culturale, prima che organizzativa, per il Sistema Sanitario Toscano;
- che oltre un milione e duecentomila cittadini si sono rivolti nell'ultimo anno ai Pronto Soccorso della nostra Regione e circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema "non urgente" (codici bianco, azzurro e verde della procedura *Triage*) e che i risultati dei diversi modelli territoriali innovativi (Punti o Centri di Primo Soccorso) sperimentati negli ultimi anni non sono stati del tutto soddisfacenti in merito alla capacità di intercettare e diminuire l'afflusso dei bisogni urgenti con minor gravità al sistema dei Pronto Soccorso;
- che si assiste, verosimilmente, ad una profonda modificazione nel bisogno di salute percepito come urgente dai cittadini e nei conseguenti comportamenti adottati per la soddisfazione di questo bisogno: l'Ospedale ed il Pronto Soccorso hanno assunto la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia diagnostica e terapeutica e tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere qualsiasi bisogno urgente;

Preso atto:

- che la Regione Toscana, anche in riferimento ad esperienze internazionali, ha introdotto innovazioni organizzative per affrontare la crescente frequenza di accesso nei Pronto Soccorso dei codici di minor gravità e, inoltre, che gli ambulatori specificamente dedicati ai codici bianchi ed azzurri hanno consentito di rispondere a questa tipologia di bisogno con tempi ragionevoli e tali da recuperare, almeno in parte, un rapporto ed un clima di fiducia;
- che per migliorare ulteriormente questo rapporto e clima di fiducia il Sistema dei Pronto Soccorso toscani deve affrontare ulteriori iniziative di qualità con le quali, continuando a mantenere e rendere più efficaci le prestazioni proprie dell'emergenza-urgenza, si fa maggiormente carico dell'insieme dei bisogni del cittadino, curando anche gli aspetti relazionali e psicologici del momento "urgenza", in base ai quali viene spesso valutata dal cittadino buona parte della prestazione ricevuta;

Atteso che si tratta, quindi, di arricchire il modello dei nostri Pronto Soccorso con una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e strutturali finora almeno parzialmente disattesi perché non compresi nel “mandato originario” sostanzialmente indirizzato alla presa in carico dei bisogni urgenti di maggiore gravità e che alcune criticità sono, peraltro, di immediata evidenza e possono essere migliorate attraverso l'introduzione, in alcune realtà, di Servizi dedicati di Radiodiagnostica che consentano percorsi rapidi, l'adeguamento delle condizioni strutturali ed organizzative per i momenti più significativi della permanenza in Pronto Soccorso (accoglienza sanitaria e amministrativa, area *triage*, sale di attesa, locali adibiti all'osservazione temporanea dotate di letti attrezzati per lo svolgimento dell'*iter* diagnostico-terapeutico del paziente, procedure di sorveglianza ed esplicita formalizzazione per la rinuncia alla prestazione e allontanamento dal Pronto Soccorso);

Ricordato che il tema è stato considerato una priorità strategica per la programmazione sanitaria della nostra Regione e conseguentemente le Aziende Sanitarie sono state impegnate ad elaborare specifici progetti assumendo gli obiettivi di seguito indicati:

- 1) riduzione dei tempi di attesa e permanenza in Pronto Soccorso;
- 2) miglioramento della qualità di prestazione percepita dagli utenti dei PS;
- 3) appropriatezza dei ricoveri determinati dal Pronto Soccorso;

secondo principi guida progettuali definiti, per gli indirizzi di natura strutturale impiantistica ed organizzativa, con il contributo dei migliori esperti nella materia, anche prevedendo specifici standard di risultato ed indicatori di misura della efficienza, e della miglior qualità, conseguita contenuti nel documento “ *Progetto di miglioramento dei Pronto Soccorso della Regione Toscana* “ allegato A al presente atto come parte integrante e sostanziale ;

Valutato che le Aziende hanno presentato, e condiviso con gli Uffici tecnici competenti della Direzione Generale Diritto alla Salute, specifici progetti di rimodellamento dei Pronto Soccorso interessati, articolati sia per gli aspetti strutturali-impiantistici e tecnologici che organizzativi in coerenza con le linee guida progettuali precedentemente ricordate, per un investimento complessivo su base regionale pari a 71,9 milioni di euro, di cui 59,5 milioni previsti per la componente strutturale-impiantistica e tecnologica e 12,4 milioni per la componente organizzativa.

Preso atto che il DPEF 2008 prevede l'avvio di investimenti per l'ammodernamento strutturale ed impiantistico tecnologico delle Aziende Sanitarie;

Considerato:

- che la copertura finanziaria della parte strutturale ed impiantistica, valutata in circa 59,5 milioni di euro, sarà assunta dalle risorse stanziare sul Capitolo 24133 del Bilancio Preventivo 2008/2010 della Regione Toscana a seguito dell'approvazione del PSR 2008/2010, e che, pertanto, occorre rimandare l'assegnazione di tali risorse alle Aziende Sanitarie Toscane ad atti successivi all'approvazione del Piano richiamato;

- che, per quanto riguarda, invece, la spesa relativa alla parte organizzativa pari ad circa 12,4 milioni di euro, questa farà carico, per l'anno 2008, alle risorse del Fondo Sanitario Regionale nel capitolo 24047 da assegnarsi con le modalità riportate nell'Allegato B al presente atto quale parte integrante e sostanziale, previa presentazione da parte delle Aziende Sanitarie Toscane di specifici progetti nei quali, in considerazione della non ripetibilità dello stanziamento di risorse per gli anni successivi, dovrà essere fornita adeguata indicazione delle modalità di riorganizzazione interna, dei processi di miglioramento dell'efficienza che consentiranno il recupero delle risorse necessarie alla prosecuzione ed al mantenimento dei progetti citati;

A voti unanimi,

DELIBERA

1. Di approvare, per quanto espresso in premessa, il documento “ *Progetto di miglioramento dei Pronto Soccorso della Regione Toscana* “ allegato A del presente atto come parte integrante e sostanziale, che contiene i principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione dei nuovi Pronto Soccorso della Toscana;
2. di impegnare le Aziende sanitarie interessate, di cui all'elenco contenuto nel Cronoprogramma degli interventi, Allegato B al presente atto quale parte integrante e sostanziale, a rispettare i tempi delle iniziative e degli interventi ivi descritti e concordati;
3. di impegnare le Aziende sanitarie interessate a monitorare e rispettare gli indicatori di risultato di cui Allegato A, paragrafo D; in particolare, ove non presenti le condizioni di cui al punto 3 del paragrafo D, a regime delle iniziative previste nel Cronoprogramma degli interventi, Allegato B, i Pronto Soccorso ivi individuati devono garantire le seguenti *performance*:

- il tempo di permanenza nel Pronto Soccorso, per i cittadini non indirizzati al ricovero o all'osservazione breve, non dovrà superare le 4 ore a decorrere dalla accoglienza / accettazione amministrativa.
 - i cittadini classificati come codici verdi devono essere valutati da un medico della struttura stessa entro un'ora a decorrere dalla accoglienza / accettazione amministrativa.
4. di prenotare sul capitolo 24047 del Bilancio di Previsione 2008, che presenta la necessaria disponibilità, la somma di 12,4 milioni di euro necessaria al miglioramento dei Pronto Soccorso relativamente alla parte organizzativa;
 5. di considerare unico, e non ripetibile, il finanziamento dei costi previsti per l'anno 2008 per le risorse professionali necessarie nel nuovo ambito organizzativo;
 6. di considerare la conseguente riproposizione per gli anni successivi all'anno 2008 della quota finanziaria attribuita, per l'anno 2008, per la nuova dotazione organica compensata con quota parte delle risorse liberate dai diversi processi di razionalizzazione in atto nelle stesse Aziende sanitarie;
 7. di specificare che non esiterà per gli anni successivi all'anno 2008 spesa aggiuntiva relativamente alle risorse previste per le ulteriori dotazioni organiche necessarie, in quanto le risorse conseguenti dovranno essere compensate con quota parte delle risorse liberate dai diversi processi di razionalizzazione in atto nelle stesse Aziende sanitarie.

Il presente atto, che per il suo contenuto deve essere portato a conoscenza della generalità dei cittadini, è pubblicato integralmente sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 18, comma 2, lett. C) della Legge n. 23/2007.

SEGRETERIA DELLA GIUNTA
IL DIRETTORE GENERALE
VALERIO PELINI

Il Dirigente Responsabile
VALTERE GIOVANNINI

Il Direttore Generale
FRANCESCO IZZO

Progetto di miglioramento del Pronto Soccorso della Regione Toscana.

A) Il contesto.

La profonda modifica della percezione del bisogno di salute, ritenuto soggettivamente urgente, e della tipologia della offerta dei servizi ritenuti di maggior efficacia per la sua soddisfazione hanno rappresentato in questi anni una sfida culturale, prima che organizzativa, per il Sistema Sanitario Regionale.

Oltre un milione e duecentomila cittadini si sono rivolti nell'ultimo anno al Pronto Soccorso della nostra Regione. Circa un terzo di tali accessi è stato classificato come problema "non urgente" (codici bianco, azzurro e verde della procedura Triage). Anche la percentuale estremamente contenuta degli accessi in Pronto Soccorso cui segue ricovero ospedaliero (in media il 15%-18%) o, comunque, necessitanti di una osservazione di 24 ore in ambiente ospedaliero (un ulteriore 10-12%), indica un profilo della domanda sanitaria ritenuta urgente che, per la grande maggior parte, potrebbe rivolgersi alle strutture territoriali in grado di garantire teoricamente una risposta con pari efficacia ma con maggior efficienza, anche in ragione dei costi delle prestazioni erogate nelle strutture ospedaliere.

Con questa ipotesi si sono sperimentati negli ultimi anni diversi modelli territoriali innovativi (Punti o Centri di Primo Soccorso) con a comune lo stesso riferimento concettuale: la risposta non ospedaliera a problemi urgenti di minor gravità. Che si sia trattato di una diversa organizzazione delle cure primarie (disponibilità dei MMG sulle 12 ore con possibilità di collegamenti relativamente rapidi con i principali Servizi diagnostici) o di Punti di Primo Soccorso gestiti dai medici dell'Emergenza territoriale, i risultati, nel loro complesso, non sono stati del tutto soddisfacenti.

Anche questi risultati sono una conferma della profonda modificazione nel bisogno di salute percepito come urgente dai cittadini e nei conseguenti comportamenti adottati per la soddisfazione di questo bisogno: l'Ospedale ed il Pronto Soccorso hanno assunto la dimensione rassicurante della complessità ed efficacia- diagnostica e terapeutica- e tale complessità e competenza sono ormai diffusamente ritenute necessarie per risolvere qualsiasi bisogno urgente.

Il contesto ospedaliero si è invece strutturato nel tempo sul mandato della massima efficacia ed efficienza per le condizioni urgenti di maggior gravità; lo strumento dei codici colori ha rappresentato, a ben vedere, la risposta di una organizzazione che ha cercato, in costanza di risorse,

di rendere equa l'offerta di Pronto Soccorso verso una domanda che superava la sua capacità di gestione.

Il sistema Pronto Soccorso ha utilizzato il tempo di attesa come strumento di equità garantendo tempi minimi o molto ridotti per i codici rossi e gialli e distribuendo il resto delle proprie risorse sui codici verdi, azzurri e bianchi che, in ragione di una domanda crescente, hanno registrato tempi di attesa sempre maggiori.

La Regione Toscana, anche in riferimento ad esperienze internazionali, ha introdotto un'innovazione organizzativa per affrontare la crescente frequenza di accesso nei Pronto Soccorso dei codici di minor gravità; gli ambulatori specificamente dedicati ai codici bianchi ed azzurri hanno consentito di rispondere a questa tipologia di bisogno con tempi ragionevoli e tali da recuperare, almeno in parte, un rapporto ed un clima di fiducia.

Per migliorare ulteriormente tale rapporto e tale clima il Sistema dei PS toscani deve affrontare altre iniziative di qualità con le quali, continuando a mantenere e rendere più efficaci le prestazioni proprie dell'emergenza-urgenza, si faccia anche maggiormente carico dell'insieme dei bisogni del cittadino. Deve, in altre parole, curare anche gli aspetti relazionali e psicologici del momento "urgenza", in base ai quali viene spesso valutata dal paziente buona parte della prestazione ricevuta.

In sostanza un paradigma culturale diverso: il Pronto Soccorso, in questa fase storica, diviene un luogo appropriato per l'incontro con la nuova percezione del bisogno di salute che potrà, certo, modificare il suo profilo nella relazione con i nuovi modelli organizzativi della Medicina del territorio, ma non la sua importanza.

Si tratta quindi di arricchire il modello dei nostri PS con una particolare attenzione agli aspetti organizzativi e strutturali finora almeno parzialmente disattesi perché non compresi nel "mandato originario" che riserva gli elementi di giudizio "tempo di attesa" e "presa in carico" solo per la qualità del Servizio per i bisogni urgenti di maggiore gravità.

Alcune criticità sono, peraltro, di immediata evidenza: carenza in alcune realtà di Servizi dedicati di Radiodiagnostica che consentano percorsi rapidi, mancanza di adeguate condizioni strutturali ed organizzative per i momenti più significativi della permanenza in Pronto Soccorso (accoglienza sanitaria e amministrativa, area triage, sale di attesa, locali adibiti all'osservazione temporanea dotate di letti attrezzati per lo svolgimento dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente, procedure di sorveglianza ed esplicita formalizzazione per la rinuncia alla prestazione e allontanamento dal Pronto Soccorso).

Il tema rappresenta una priorità strategica ed uno dei grandi obiettivi di questa legislatura; per questo si è ritenuto necessario impegnare le Aziende sanitarie su un progetto che risponda agli obiettivi e contenga le azioni di seguito programmate.

B) Obbiettivi:

- 1) riduzione dei tempi di attesa e permanenza in PS;
- 2) miglioramento della qualità di prestazione percepita dagli utenti dei PS;
- 3) appropriatezza dei ricoveri determinati dal Pronto Soccorso.

C) Azioni da implementare:

1) Potenziamento Servizio Diagnostica per immagini.

L'alta percentuale di accessi al P.S che esitano in una richiesta di prestazione diagnostica strumentale radiologica giustifica la criticità registrata nell'accesso a questa prestazione ove non esista un servizio di radiologia esclusivo.

Le difficoltà di risposta del Servizio Diagnostica per Immagini costituiscono uno dei principali “ colli di bottiglia ”. Il superamento di tale criticità prevede la disponibilità di una Radiologia, strutturalmente ed organizzativamente, funzionale alle esclusive esigenze del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (di seguito DEA), dotata delle tecnologie sufficienti, sia per tipologia che quantità, per rispondere con tempi di attesa coerenti alle necessità del DEA.

La dotazione tecnologica minima per un Pronto Soccorso con circa 30.000 accessi annui è costituita da una TC, una sala di Radiologia tradizionale, un' Ecografo.

2) Informatizzazione :

E' indispensabile che tutti i DEA delle Aziende Sanitarie e ospedaliere della Regione Toscana siano dotate di sistema informatico mediante il quale gestire tutte le varie fasi del processo assistenziale (Accettazione/triage- Osservazione-esami diagnostici-terapie- dimissione).

Uno degli elementi di criticità che deve essere risolto è quello del collegamento (integrazione) fra il sistema gestionale del DEA e l'insieme dei Servizi diagnostici. In particolare si sottolinea:

- Collegamento con la diagnostica per immagini. Si richiama in questo contesto il progetto regionale “Ris-pacs” che coinvolge la totalità delle Aziende. La dimensione organizzativa e complessità tecnologica del progetto, oltre al suo significativo peso finanziario, non consente di attivare altre soluzioni in questo settore. Il progetto prevede non solo l’uso di sistemi software unici per ogni singola Area Vasta, ma anche l’archiviazione centralizzata delle immagini e perciò la disponibilità delle stesse nei servizi della Regione nel suo insieme. In tale progetto è compreso il collegamento con i Centri di alta specialità ai quali poter trasmettere le immagini RX (Neurochirurgia, Chirurgia Toracica etc)
- Collegamento con i Laboratori di Analisi. L’integrazione tra sistemi DEA e di Laboratorio, già sperimentata e attiva in diverse realtà, deve essere estesa e resa operativa in tutto il territorio regionale.
- Collegamento con altri Servizi diagnostici. I collegamenti informatici andranno progressivamente estesi a altri servizi ,soprattutto per quanto riguarda la refertazione on line a distanza (Ecg, EEG)

3) Superamento del blocco in uscita :

Il “ sovraffollamento “ attuale dei Pronto Soccorso è il risultato sia della ancora insufficiente organizzazione dei processi di valutazione e trattamento del bisogno urgente in ingresso al sistema P.S, sia della difficoltà in uscita dal sistema P.S. (verso il proprio domicilio con trasporto assistito- sociale o sanitario- o, soprattutto, verso il ricovero- area critica e letti di degenza ordinaria-).

Quando i pazienti non possono essere trasferiti dal Pronto Soccorso ai reparti, essi occupano non solo gli spazi fisici del P.S., ma soprattutto assorbono risorse professionali, riducendone la disponibilità per i cittadini in attesa.

Ogni progetto di miglioramento delle attività di P.S deve, quindi, contenere un’ azione specifica di riorganizzazione dei processi e percorsi assistenziali intraospedalieri- tra P.S e reparti di degenza- e in uscita dal PS ,con responsabilità progettuale e di governo successivo, delle Direzioni Sanitarie di Presidio ospedaliero in modo da garantire un flusso , non intermittente, ma continuo di pazienti.

4) Miglioramento degli aspetti relativi all’accoglienza e alla presa in carico del bisogno del cittadino.

Il raggiungimento dell’obiettivo costituisce uno dei momenti più significativi e qualificanti del Progetto di miglioramento dei PP.SS toscani; rappresenta il principale punto critico, in ragione di

una organizzazione che nel tempo si è strutturata ed organizzata in processi specifici per la risposta efficace ed efficiente per i codici, gialli e rossi, con maggior grado di gravità, considerando residuale la risposta ai bisogni con minore gravità.

L'obiettivo si articola, e realizza, mediante il disegno e la strutturazione di nuove e specifiche attività quali le:

- Attività relative alle fasi di accoglienza – registrazione – informazione - sorveglianza dei percorsi entro il P.S..

Devono essere definite le caratteristiche e le risorse per una nuova e separata attività, con contenuti di natura amministrativa ed *alberghiera*- accoglienza – registrazione – informazione- diversa dagli aspetti specificamente sanitari- *triage*-, mediante la quale il cittadino viene informato del significato del codice colore attribuito e delle modalità di svolgimento dell'assistenza in P.S; i parenti in attesa , previo consenso dell'interessato, ricevono periodiche notizie sullo svolgimento delle attività e dei risultati della attività assistenziale. Deve anche essere definita e organizzata una fase di "sorveglianza" per garantire un corretto rapporto tra il diritto del cittadino di ricevere una prestazione di qualità e il dovere dello stesso di motivare, ove soggettivamente ritenuto solutivo, l'abbandono del percorso assistenziale proposto, firmando la scheda di P.S.

- Attività relativa al *triage*.

La reale presa in carico del bisogno sanitario del cittadino deve essere separata dalla attività di accoglienza ed organizzata in modo da garantire la privacy del paziente.

- Attività di gestione dell'attesa.

Dovrà essere garantita un'attesa confortevole, con separazione fisica fra i pazienti cosiddetti "barellati" e pazienti "deambulanti" data, di norma, la diversità di bisogni e di gravità di cui sono portatori .

Durante l'attesa deve essere garantita, anche con comportamenti di iniziativa, la soddisfazione dei bisogni primari e il controllo della evoluzione della situazione clinica.

In particolare ogni P.S deve essere dotato di un protocollo per il trattamento del dolore, immediatamente successivo al *triage*, anche a gestione infermieristica.

Parte delle attività sopradescritte potranno essere organizzate con l'introduzione nel P.S di competenze non specificamente sanitarie; utili a tal fine le risorse professionali che i processi di riconversione in atto nel sistema delle aziende, centralizzazione dei magazzini farmaceutici, razionalizzazione della rete dei laboratori, potranno rendere disponibili, naturalmente previo processo di formazione.

5) Attività di Osservazione breve.

Il P.S. deve essere dotato di un sufficiente numero di posti-letto adiacenti e funzionalmente collegati, nella misura di 1 posto letto ogni 4-6000 accessi, riservati ai pazienti che dopo la prima fase diagnostico- terapeutica, al massimo 4 ore, devono essere sottoposti ad un ulteriore periodo di osservazione, che non dovrà superare le **24 h**, per giungere ad una decisione di esito- dimissione o ricovero-.

D) Indicatori di risultato.

Ogni azienda dovrà monitorare le *performance* dei Pronto Soccorso di propria competenza monitorando i seguenti aspetti:

- 1) **Il tempo di permanenza nel Pronto Soccorso, per i cittadini non indirizzati al ricovero o all' osservazione breve, non dovrà superare le 4 ore a decorrere dalla accoglienza / accettazione amministrativa.**
- 2) **Entro un'ora a decorrere dalla accoglienza / accettazione amministrativa** i cittadini classificati come codici verdi, devono essere valutati da un medico della struttura stessa.
- 3) I termini temporali di cui ai punti precedenti sono superabili solo in condizioni di iperafflusso-quantitativo oggettivamente quantificabile in un eccesso pari al 30% del valore medio giornaliero dell'anno precedente e/o per complessità della casistica, oggettivamente quantificabile con un numero e tipologia degli interventi / procedure effettuati significativamente superiore alla media degli interventi / procedure nello stesso codice gravità.
- 4) Gli allontanamenti spontanei non dovranno superare il **5 %** delle presentazioni in P.S.
- 5) Nelle indagini di soddisfazione degli utenti la percentuale di *insoddisfatti* delle prestazioni di P.S dovrà diminuire progressivamente nei prossimi tre anni

- 6) La funzione di “filtro” del DEA dovrà garantire una percentuale di ricoveri non superiore al 20 % nei Pronto Soccorso delle Aziende Unità Sanitarie. L’appropriatezza dei ricoveri da PS dovrà garantire che l’80% dei pazienti ammessi dal DEA in area chirurgica viene sottoposto a intervento

E) Il progetto di struttura: le necessità strutturali.

I fabbisogni spaziali derivano dalle direttive organizzative- funzionali che l’esperienza dei PS toscani e la letteratura internazionale* attualmente forniscono.

I parametri dimensionali (per PS con numero di accessi > 30000/anno) rappresentano un punto di riferimento non “prescrittivo” ma di supporto per ogni programma di intervento.

Le indicazioni progettuali sono facilmente applicabili su nuovi sistemi ospedalieri concepiti e organizzati senza particolari vincoli edilizi. Si ritiene indispensabile un accurato studio di integrazione tecnologica e distributiva con le diverse parti operative del sistema-ospedale al fine di ottenere un’adeguata , efficiente e efficace funzionalità organizzativa.

Nei particolari casi di ristrutturazione e riadeguamento di strutture esistenti in cui sono solitamente presenti vincoli edilizi e tecnologici si ritiene necessario un opportuno aggiustamento organizzativo e dimensionale.

Si sottolinea l’importanza di un’adeguata progettazione tecnico-ambientale che consideri e determini un indispensabile alto livello di flessibilità ambientale e impiantistico e consenta un facile adeguamento e rinnovamento organizzativo e funzionale nel tempo.

Parallelemente alla capacità e flessibilità organizzativa si richiede uno studio degli ambienti e dei materiali. E’ necessario realizzare ambienti confortevoli e gradevoli cercando di creare atmosfere quotidiane e rilassanti, superando il tradizionale stereotipo di luogo ospedaliero tecnico che solitamente induce un forte impatto psicologico sugli utenti. Si indica una maggior cura dei particolari edilizi e delle finiture per gli spazi pubblici (spazi di attesa , corridoi distributivi) utilizzando soluzioni progettuali e materiali indirizzati verso la qualità percettiva.. Al contrario è necessario porre maggiore attenzione alla funzionalità ambientale e tecnologica e sui requisiti igienici dei materiali per gli ambienti operativi e interventistici dove l’efficacia delle cure mediche riveste maggiore importanza dell’impatto percettivo.

*

- Emergency Department Design Jon Huddy, AIA edta dall’American College of Emergency Physicians, settembre 2002

- Strutture di Pronto Soccorso per adulti e bambini” Quaderni del CNETO 1, edito per conto dello stesso CNETO da BEME editrice, dicembre 2005 (traduzione commentata dell’Health building Note n°22 ,NHS)

- Standard strutturali tecnologici e organizzativi e di personale delle strutture di PS, AA vari, pubblicato dalla SIMEU, marzo 2005

AZIONI DI MIGLIORAMENTO SUI PRONTO SOCCORSO TOSCANI

AZIENDA	UBICAZIONE PRONTO SOCCORSO	AZIONI DI MIGLIORAMENTO				
		COMPONENTE ORGANIZZATIVA		COMPONENTE STRUTTURALE-IMPIANTISTICA E TECNOLOGICA		
		COSTI Euro	TEMPI	COSTI Euro	TEMPI	
USL 1 MASSA E CARRARA	PO MASSA	100.000	ENTRO I SEMESTRE 2008		2009	
	PO CARRARA	100.000			2008	
USL 2 LUCCA	PO CAMPO DI MARTE	660.000			2008	
USL 3 PISTOIA	PO PISTOIA	995.000			2008	
	PO PESCIA	428.000			2009	
USL 4 PRATO	PO PRATO	438.000			2009	
USL 5 PISA	PO PONTEDERA	525.000			2009	
USL 6 LIVORNO	PO LIVORNO	753.000			ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR	
	PO CECINA	376.000			2008	
	PO PORTOFERRAIO	145.000			ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR	
	PO PIOMBINO	485.000			2009	
USL 7 SIENA	PO POGGIBONSI	185.000			ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR	
	PO MONTEPULCIANO	187.000			ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR	
USL 8 AREZZO	PO S. DONATO	84.000			ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR	
	N.O. VALDARNO	147.000			ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR	
USL 9 GROSSETO	PO GROSSETO	450.000			INTERVENTO GIA' REALIZZATO	
USL 10 FIRENZE	OSP. S. MARIA NUOVA	642.000			IN CORSO LAVORI GIA' FINANZIATO	
	OSP. TORREGALLI	836.000				ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR
	OSP PONTE A NICCHERI	740.000				ENTRO TRIENNIO NUOVO PSR
USL 11 EMPOLI	PO EMPOLI	1.275.000			REALIZZATO NEL NUOVO OSPEDALE	
USL 12 VIAREGGIO	N. O. VERSILIA	149.000			2009	
AOU CAREGGI	DEA PRESSO CHIRURGIE	500.000		2008		
	C.T.O.					
	OCULISTICO					
	OTORINO					
	NUOVO DEA					
AOU MEYER	PO VILLA OGNISSANTI	803.000		INTERVENTO GIA' REALIZZATO		
AOU PISANA	OSPEDALI S. CHIARA	535.000		(*)	INTERVENTO GIA' REALIZZATO	
AOU SENESE	PO LE SCOTTE	850.000		(*)	2008	
TOTALI (Euro)		12.388.000	TOTALI (Euro)	59.512.000		

(*) N.B. : Sono in corso le realizzazioni dei Nuovi DEA dell' AOU Senese presso l'Ospedale delle Scotte e dell'AOU Pisana presso il PO di Cisanello già finanziati con risorse Regionali