



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale – 9^a legislatura

ALLEGATO A Dgr n. 74 del 4/2/2014

pag. 1/11

*Riproduzione
Non
Ufficiale*



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

**LINEE GUIDA
PER LA REDAZIONE DEL PROGETTO
DI GESTIONE DELL'ATTESA
IN PRONTO SOCCORSO**

1. PREMESSA

La sala d'attesa di un Pronto Soccorso è il simbolo dell'ambiente in cui si realizza quotidianamente l'interfaccia tra i pazienti e gli operatori sanitari, tra il Territorio e l'Ospedale. Qui convergono stati d'animo ed affiorano in modo confuso le aspettative della popolazione che possono determinare situazioni di conflittualità tra pazienti, familiari e gli operatori, alle quali devono corrispondere risposte adeguate da parte dei professionisti coinvolti.

Le situazioni di frequente iper-afflusso, la mancanza di posti letto, i tempi necessari per stabilizzare i pazienti o per eseguire accertamenti e visite specialistiche possono essere causa di attese che sono percepite dal paziente come espressione di inefficienza del sistema sanitario. Il maggiore livello di approfondimento diagnostico oggi disponibile in Pronto Soccorso, finalizzato principalmente a consentire il rientro a domicilio del paziente con un adeguato inquadramento diagnostico-terapeutico, senza ricorrere al ricovero ospedaliero od a successive prestazioni ambulatoriali, comporta spesso un prolungamento della permanenza del paziente nel Pronto Soccorso. Questo aspetto, che rappresenta un forte miglioramento della qualità del servizio reso ai pazienti, può invece essere vissuto come un'inefficienza, se non è accompagnato da una adeguata informazione al paziente ed ai suoi familiari.

Lo scopo del Progetto di gestione dell'attesa nel Pronto Soccorso è la realizzazione di modifiche ed innovazioni sull'aspetto gestionale delle sale d'attesa e del flusso dei pazienti per poter ottenere:

- il miglioramento del grado di soddisfazione del paziente, attraverso un'incentivazione delle azioni positive che innalzano il "benessere" durante l'attesa in Pronto Soccorso ed una neutralizzazione/eliminazione delle azioni che innescano ricadute negative.
- lo sviluppo di una maggiore soddisfazione tra gli operatori addetti al triage nonché dell'intero personale coinvolto nell'interfaccia con il paziente, con adeguata valorizzazione degli operatori stessi.
- la creazione di un ambiente più sereno e controllato in cui il paziente non pensa mai di trovarsi abbandonato a se stesso ed evita di sviluppare sentimenti di impazienza ed aggressività e gli stessi operatori del Pronto Soccorso non accusano sensazioni di ansia ed inadeguatezza che possono tradursi in comportamenti di difesa e nell'innalzamento di barriere protettive.
- l'adozione di alcuni interventi correttivi sul flusso gestionale dei pazienti, al fine di contribuire alla riduzione dell'affollamento e del tempo di attesa.

2. DESIGN E COMFORT AMBIENTALE

2.1. Spazi

- 2.1.1 La sala d'attesa del Pronto Soccorso deve essere collocata in un ambiente sufficientemente spazioso e adeguatamente climatizzato, dimensionato in rapporto ai picchi di affluenza dei pazienti. Il numero di posti a sedere deve essere tale da evitare che vi siano persone costrette ad attendere in piedi.
- 2.1.2 Quando possibile è preferibile optare per locali dotati di finestre che abbiano una sufficiente illuminazione naturale. In ogni caso, l'illuminazione artificiale deve garantire un illuminamento adeguato con una buona distribuzione luminosa e l'eliminazione dell'abbagliamento diretto o riflesso, privilegiando sorgenti luminose a bassa luminanza e apparecchi illuminanti schermati o installati fuori dal campo visivo. Il sistema deve prevenire sia la formazione di zone buie che l'assenza di rilievo tipici di una illuminazione troppo diffusa.
- 2.1.3 La colorazione delle pareti e del pavimento deve essere oggetto di uno studio cromatico, al fine di poter contribuire a rendere gli ambienti piacevoli ed accoglienti ed a predisporre positivamente il paziente. L'utilizzo di contrasti cromatici deve essere utilizzato per identificare e delineare rapidamente i percorsi e per delimitare le diverse aree di attesa ed in particolare l'area di accoglienza e triage.
- 2.1.4 La climatizzazione dei locali deve garantire il comfort termico in tutte le condizioni climatiche e di afflusso, un adeguato volume di ricambio d'aria, un'adeguata umidificazione dei locali e l'assenza di flussi d'aria eccessivi.
- 2.1.5 Deve essere valutata l'opportunità di suddividere l'area di attesa in zone corrispondenti al codice colore. In particolare deve essere individuata un'area sufficientemente appartata destinata all'attesa dei familiari di pazienti in condizioni critiche.
- 2.1.6 Compatibilmente con la struttura, l'attività peculiare dell'infermiere di triage (identificazione del paziente, anamnesi infermieristica, valutazione dei segni e sintomi, valutazione e assegnazione del codice colore, comunicazioni informative) dovrebbe essere svolta in uno spazio tale da consentire un adeguato isolamento rispetto agli altri pazienti e da garantire il necessario livello di privacy nella raccolta dei dati sensibili.
- 2.1.7 All'interno della sala d'attesa o immediatamente ad essa attigua si dovrà prevedere un'area di intrattenimento dei bambini più piccoli dotata di un mobiletto con alcuni libri cartonati e adatti ai bambini di diverse età, un tavolo plastificato e alcuni giochi. Saranno poi messi a disposizione pennarelli lavabili e fogli da colorare. Inoltre, si dovrà prevedere uno spazio dove la mamma possa allattare il proprio bambino in tranquillità, dotato anche di fasciatoio.

2.2. Arredi

- 2.2.1 La scelta degli arredi, i relativi colori e la loro collocazione dovranno essere attentamente valutati sotto l'aspetto funzionale, del comfort e della gradevolezza. La selezione degli arredi dovrà tener conto della tipologia dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso, in particolare di quelli con limitazioni o difficoltà motorie.
- 2.2.2 Deve essere evitata la collocazione di file di sedie, mentre devono essere preferite le

sedute frontali, che possano favorire l'interazione tra pazienti, prevedendo anche la presenza di piani di appoggio tra le sedute

- 2.2.3 E' opportuna la presenza di uno o più mobili/espositori dove rendere disponibili al pubblico depliant informativi e opuscoli, se possibile anche riviste, giornali e libri attraverso formule da sperimentare sulla base delle disponibilità locali.

2.3. Segnaletica

- 2.3.1 La segnaletica deve essere chiara e visibile, correttamente posizionata rispetto agli accessi ed ai percorsi interni, collocata alla giusta altezza per essere sempre visibile.
- 2.3.2 Devono essere immediatamente identificabili la zona dove trovare le sedie a rotelle per i pazienti che accedono autonomamente e l'area di accoglienza/triage.
- 2.3.3 La segnaletica deve essere realizzata in italiano ed in inglese.
- 2.3.4 Deve essere tassativamente evitata la collocazione di segnaletica improvvisata da parte del personale.
- 2.3.5 Deve essere presente un'indicazione luminosa "emergenza in corso" da attivare quando il personale del PS è interamente assorbito dalla gestione di pazienti in codice rosso o in altre situazioni di grave criticità.
- 2.3.6 E' opportuna una segnaletica dedicata per gli accessi pediatrici.

2.4. Servizi

- 2.4.1 Le aree di attesa devono essere dotate di un adeguato numero di prese elettriche collocate in modo da essere accessibili da parte dei pazienti ed eventualmente di una stazione di ricarica per telefoni cellulari.
- 2.4.2 E' opportuno garantire un punto d'acqua potabile all'interno dell'area di attesa o immediatamente al fuori di essa.
- 2.4.3 E' opportuno garantire la presenza di distributori automatici di bevande calde/fredde nelle immediate vicinanze della sala d'attesa.
- 2.4.4 Nell'area di attesa è opportuno prevedere una rete wi-fi a libero accesso.
- 2.4.5 Va valutata la possibilità di installare un terminale (totem) con libero accesso alla rete internet.

3. INFORMAZIONE

3.1. Cartellonistica

- 3.1.1 All'ingresso della sala d'attesa del PS devono essere riportati, in modo chiaro e visibile, i casi e le modalità di compartecipazione alla spesa da parte del paziente.
- 3.1.2 E' opportuno collocare alle pareti pannelli con contenuti stabili nel tempo, multilingue, che descrivano l'attività e le modalità di funzionamento del PS.
- 3.1.3 Tutti gli avvisi devono trovare spazio in una apposita bacheca mantenuta ordinata ed aggiornata. Deve essere evitata l'affissione disordinata alle pareti di avvisi estemporanei.

3.2. Opuscoli informativi

- 3.2.1 Deve essere realizzato un opuscolo informativo riguardante l'organizzazione del Pronto Soccorso con indicazioni circa le modalità di accesso (codici di priorità), l'applicazione dei ticket, le esenzioni. La stampa dell'opuscolo è prevista nelle lingue delle etnie più diffuse nel territorio di riferimento aziendale.

3.3. Monitor

- 3.3.1 Deve essere presente almeno un monitor, interfacciato con il sistema di gestione del PS, che veicoli informazioni specifiche sull'attività in corso, in particolare sui casi in attesa e sui casi in trattamento, suddivisi per codice colore.
- 3.3.2 E' opportuna la presenza di almeno un monitor che presenti informazioni di pubblica utilità, eventualmente intervallate con filmati sull'attività del PS, comprensivi di dati statistici, o sui temi della prevenzione e del primo soccorso, come ad esempio l'utilità della RCP (rianimazione cardiopolmonare).

4. ACCOGLIENZA

4.1. Accesso

- 4.1.1 In corrispondenza del punto di accesso delle autovetture al PS deve essere presente un'area di deposito delle carrozzine e delle barelle.
- 4.1.2 Il punto di accesso deve essere sorvegliato a vista o mediante telecamera a circuito chiuso e, in caso di arrivo di persone impossibilitate a deambulare, un operatore del PS deve recarsi ad accogliere il paziente. Se la dotazione organica non consente la sorveglianza visiva del punto di accesso lo stesso deve essere dotato di un pulsante visibile e facilmente identificabile per la chiamata da parte del paziente.

4.2. Triage

- 4.2.1 L'infermiere di triage eroga al paziente ed all'accompagnatore le informazioni sulla successiva gestione del paziente stesso in PS. L'infermiere del triage annota su un modulo, che consegna al paziente, il numero telefonico dell'accompagnatore.
- 4.2.2 Sulla base dei dati d'accesso deve essere valutata la necessità di disporre di un sistema di interpretariato, anche telefonico, per migliorare l'aspetto relazione tra triage e pazienti di lingua straniera.
- 4.2.3 E' auspicabile che al momento del triage a tutti i pazienti venga applicato un braccialetto identificativo.
- 4.2.4 Il paziente dichiara in triage se desidera o meno che la persona che lo accompagna venga informata dal personale sanitario durante l'iter diagnostico-terapeutico in PS.

4.3. Accompagnatori

- 4.3.1 Salvo casi particolari, in sala d'attesa dovrebbe essere consentito l'accesso di un solo accompagnatore per ciascun paziente; va valutata l'opportunità di identificare gli accompagnatori mediante un adesivo da applicare sui vestiti.
- 4.3.2 I familiari di pazienti che giungono in condizioni critiche devono essere accompagnati da un operatore del PS in un'area appartata della sala d'attesa.
- 4.3.3 I pazienti *non-competent* devono essere costantemente seguiti da un familiare o da una persona di fiducia, anche all'interno dell'area di trattamento, salvo in caso in cui ciò possa interferire negativamente con l'attività diagnostico-terapeutica. I minori devono essere sempre avere al fianco un genitore/familiare, salvo il caso in cui ciò interferisca con l'erogazione di interventi di emergenza.
- 4.3.4 Quando un familiare giunge in PS dopo che il paziente è entrato nell'area di trattamento, il personale provvede ad informare il paziente, se competente, e se lo stesso dà il proprio assenso si procede come al successivo paragrafo 5.2

4.4. Gestione del dolore

- 4.1 Deve essere predisposto un protocollo per la gestione immediata del dolore anche nei pazienti che accedono al PS e vengono classificati con codice di triage verde o bianco.

5. COMUNICAZIONE

5.1. Il paziente in sala d'attesa

- 5.1.1 In linea con le regole proprie del triage, tutti i pazienti presenti in sala d'attesa devono essere costantemente sorvegliati e periodicamente ricontattati da un operatore che deve verificare se il paziente manifesta una sintomatologia diversa rispetto a quella di arrivo e fornirgli eventuali informazioni che venissero richieste.
- 5.1.2 Le modalità di contatto e la tempistica devono essere oggetto di una apposita procedura, fermo restando che di norma un paziente in codice verde deve essere ricontattato almeno ogni 60' e un paziente in codice bianco almeno ogni 90'.
- 5.1.3 Qualora il paziente riferisca un cambiamento dei sintomi rispetto all'ingresso l'operatore deve immediatamente avvisare l'infermiere del triage che provvede alla rivalutazione.

5.2. Il paziente all'interno dell'area di trattamento

- 5.2.1 Al momento dell'ingresso nell'area di trattamento l'infermiere valuta se il paziente necessita della presenza continuativa di un accompagnatore e le modalità del suo accesso. Se non è necessario l'accesso dell'accompagnatore l'infermiere gli fornisce alcune informazioni sommarie sul successivo percorso che dovrà seguire il paziente.
- 5.2.2 Se il paziente acconsente o non è competente, quando sono disponibili risposte ad accertamenti per le quali si prendono decisioni diagnostico-terapeutico significative, oppure quando vengono decise modificazioni significative dell'iter terapeutico per altri motivi, l'accompagnatore in sala d'attesa deve essere informato. A tale informazione si provvede facendo accedere l'accompagnatore all'area di trattamento o per via telefonica; l'informazione può essere fornita direttamente dal paziente o, se lo stesso lo richiede, dal medico. Se il medico è impegnato in emergenze, l'informazione viene trasmessa da un infermiere.
- 5.2.3 Quando un paziente necessita di essere trattenuto in OBI (Osservazione Breve Intensiva) o comunque si prevede una permanenza prolungata all'interno degli ambulatori del PS il familiare deve essere informato circa i tempi di gestione ipotizzati e circa la possibilità di allontanarsi temporaneamente.
- 5.2.4 Se al termine dell'iter diagnostico-terapeutico il paziente viene dimesso il medico comunica tutte le necessarie informazioni; il paziente può chiedere che al colloquio sia presente l'accompagnatore. Se il paziente non è competente il medico fornisce le informazioni all'accompagnatore. Se il medico è impegnato in emergenze, l'informazione viene trasmessa da un infermiere; il familiare deve essere tuttavia informato che, se lo desidera, può attendere il termine dell'emergenza per un colloquio con il medico.
- 5.2.5 Se al termine dell'iter diagnostico-terapeutico il paziente viene ricoverato il medico o l'infermiere informano l'accompagnatore, personalmente o telefonicamente, indicandogli il reparto dove il paziente sarà trasferito.

5.3. L'assistente di sala

- 5.3.1 Per favorire le comunicazioni di cui al punto 5.1 il PS deve istituire la figura dell'assistente

di sala, presente nelle ore di maggior afflusso. L'assistente di sala è il tramite tra i pazienti e gli accompagnatori presenti in sala d'attesa ed il personale sanitario.

- 5.3.2 L'assistente di sala fornisce al paziente informazioni ed indicazioni, ne raccoglie le segnalazioni e le riferisce se necessario al personale sanitario, principalmente rispondendo ai bisogni di ascolto, comprensione ed informazione. La figura integra ma non sostituisce la funzione del personale sanitario, realizzando principalmente un'azione di contatto che eviti il sorgere di sensazioni di abbandono.
- 5.3.3 L'attività di assistente di sala può essere svolta, a seconda delle dimensioni della struttura ed eventualmente con modalità diverse in base ai volumi di accesso, da:
- operatori socio sanitario adibito anche ad altre mansioni
 - operatori socio sanitario dedicati
 - studenti di corsi di laurea o di formazione in materie attinenti alla comunicazione
 - operatori volontari
- 5.3.4 Per gli operatori volontari l'Azienda ricorre alle Associazioni presenti sul territorio, preferibilmente già attive in ambito sanitario. Per i volontari sarà attivato un apposito percorso formativo teorico/pratico in cui verranno affrontate in particolare le seguenti tematiche: ruolo dell'Assistente di sala d'attesa in Pronto Soccorso, relazione e comunicazione, gestione dei conflitti, sicurezza, privacy, mediazione culturale, organizzazione dell'Ospedale e del Pronto Soccorso. A conclusione del percorso formativo verrà effettuata una valutazione per verificare l'effettiva capacità e propensione al ruolo da svolgere; seguirà un periodo di tirocinio all'interno delle sale d'attesa del Pronto Soccorso, con affiancamento da parte del personale aziendale dotato di capacità tutoriali e appositamente selezionato.
- 5.3.5 Apposito percorso formativo dovrà essere sviluppato anche nei confronti degli operatori socio sanitari adibiti a tale compito e degli studenti.

5.4. Mediazione culturale

- 5.4.1 Il Servizio di Mediazione Culturale dell'Azienda deve essere in grado di fornire il necessario supporto al PS per la gestione dei casi più complessi, anche attraverso l'attivazione di un servizio di pronta disponibilità.
- 5.4.2 Il Servizio di Mediazione Culturale può essere altresì il tramite per il coinvolgimento, come assistenti di sala volontari, anche di cittadini stranieri appartenenti ai paesi più rappresentati nella popolazione locale, creando così un'opportunità di partecipazione che può favorire l'integrazione sociale.

6. GESTIONE DEI FLUSSI

6.1. Medicazioni

6.1.1 Al fine di evitare accessi incongrui e le conseguenti ricadute sui tempi di attesa, i pazienti che necessitano di medicazioni successive al trattamento eseguito in PS, salvo il caso in cui non rappresentino un completamento del trattamento iniziale, devono essere demandati al Medico di Medicina Generale o ad altre strutture ambulatoriali dell'Azienda.

6.2. Pazienti con richiesta di prestazioni ambulatoriali urgenti

6.2.1 Per i pazienti che si presentano con una richiesta urgente (classe U) del Medico di Medicina Generale per visita specialistica od accertamento diagnostico strumentale, per i quali non sussista pericolo di vita in atto, devono essere presenti procedure di accoglimento che prevedano l'accesso diretto alla struttura che deve erogare la prestazione, senza il transito per il PS, almeno in orario diurno feriale.

6.3. Fast-track

6.3.1 Devono essere predisposti protocolli o procedure che prevedano l'invio diretto allo specialista, senza la visita preliminare da parte del medico di PS, per i quadri clinici di chiara competenza mono-specialistica, quali le patologie legate alla gravidanza.

6.3.2 Quando possibile, la chiusura dell'accesso di PS di pazienti inviati allo specialista mediante fast-track è effettuata dallo specialista stesso, senza far transitare il paziente per il PS. Devono essere specificamente individuate le categorie di pazienti per i quali è applicabile tale procedura.

6.3.3 Qualora lo specialista individui una patologia di propria competenza che richiede ricovero ospedaliero provvede direttamente ad accogliere il paziente in reparto senza farlo transitare per il PS.

6.3.4 In accordo con il CREU possono essere promosse iniziative di sperimentazione di procedure di fast-track, sulla base di protocolli clinici definiti dal Direttore dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso, anche per l'accesso diretto a procedure diagnostiche, laddove il paziente presenti segni e sintomi che inequivocabilmente richiedono tali accertamenti.

6.4. Il medico referente

6.4.1 Nelle strutture di maggior dimensione è opportuno individuare, per ciascun turno di servizio, tra i medici presenti in PS, un referente organizzativo.

6.4.2 Il medico referente è responsabile del monitoraggio del flusso dei pazienti e del rilievo di eventuali condizioni di criticità, in particolare relative ai tempi di attesa per l'effettuazione di procedure diagnostiche o per l'emissione del referto, per l'accesso del paziente al reparto di ricovero, per le procedure di dimissione.

6.4.3 Il medico referente inoltre interviene in caso di reclami o rimostranze non risolvibili da parte del personale non medico.

6.5. Gestione dei ricoveri

- 6.5.1 E' opportuno predisporre un piano per i ricoveri dal PS che preveda attribuzioni predeterminate ai reparti, in base a criteri condivisi, per numero di pazienti e per patologie di pertinenza specialistica.
- 6.5.2 Tale piano deve prevedere la strategia per gestire in maniera programmata l'accesso dei ricoveri, al fine di evitare la sosta dei pazienti in PS dopo la conclusione dell'iter diagnostico-terapeutico esitato in necessità di ricovero ospedaliero.

7. IL PROGETTO GESTIONE DELL'ATTESA**7.1. Iter progettuale**

- 7.1.1 Il Direttore dell'U.O. Pronto Soccorso presenta alla Direzione Sanitaria uno studio per la predisposizione del progetto per la gestione delle sale d'attesa, che evidenzia anche la necessità di interventi di carattere riorganizzativo e le strutture sanitarie e tecniche da coinvolgere per la redazione del progetto finale.
- 7.1.2 La Direzione Sanitaria dell'Ospedale costituisce uno o più gruppi di lavoro finalizzati alla redazione del progetto finale. Una volta concluso, il progetto è adottato con Deliberazione del Direttore Generale.