

## **IL PIANO SPERIMENTALE DELLE MARCHE PER I PRONTO SOCCORSI. LE MISURE IN SINTESI**

### **1 Ottimizzazione dell'attesa attiva**

“Alla cittadinanza dovrà essere garantita maggiore trasparenza informativa in merito ai tempi di attesa. Per consentire un'adeguata comunicazione con gli utenti di altra lingua, è utile disporre di supporti tecnologici di traduzione a distanza o schede di accoglienza multilingue.

Si ritiene necessario promuovere iniziative di miglioramento dell'“attesa attiva”, mirate ad ottimizzare:

- il comfort in sala attesa: cartellonistica, opuscoli, videoproiezioni, monitor TV, filodiffusione musicale, erogatori di bevande e cibo;
- la gestione delle conflittualità: integrazione in PS H24 di una figura con compiti comunicatore/facilitatore (es. psicologo, infermiere, personale del volontariato accreditato, etc.) e del mediatore culturale al fine di fornire al cittadino che accede in PS le informazioni richieste;
- la trasparenza informativa mediante tabelloni elettronici/display che indichino in tempo reale: il numero di postazioni di emergenza impegnate, il numero di pazienti nelle sale visita; il numero di pazienti in attesa di ricovero; il numero di pazienti in attesa per ogni classe di priorità; i tempi medi di attesa per ogni classe di priorità.

Le rilevazioni informatizzate sul livello di sovraffollamento dei PS dovranno essere rese disponibili in tempo reale alla Centrale operativa 118 regionale e all'Agenda Regionale Sanitaria”.

### **2 Istituzione della figura del bed manager**

“Ogni struttura ospedaliera dotata di PS dovrà individuare formalmente la figura del Bed Manager, operativa H12, finalizzata ad assicurare, attraverso il coordinamento e l'integrazione delle aree produttive ospedaliere e dei percorsi diagnostico/terapeutici, la tempestiva prosecuzione della presa in carico del paziente che afferisce al PS”.

### **3 Sovraffollamento**

“Ogni struttura ospedaliera dovrà formalizzare un “piano di gestione del sovraffollamento”, aggiuntivo rispetto a quello per le gravi emergenze (PEIMAF), da rendere operativo nei casi di sovraffollamento “relativo”. Il fine è ottimizzare la permanenza dei pazienti nelle aree del Pronto Soccorso/OBI ed evitare in ogni caso lo stazionamento prolungato dei pazienti su letti bis e barelle. In caso si ravvisi una situazione emergente di sovraffollamento o di prolungato stazionamento dei pazienti in modalità non appropriata (es. letti bis, barelle, etc.), sarà compito del Responsabile del Pronto Soccorso informare tempestivamente il Direttore Sanitario e il Direttore Generale al fine di concordare specifiche azioni per la risoluzione della criticità. In tal caso, verrà garantita la disponibilità di comfort di tipo alberghiero, compatibilmente con le condizioni cliniche del paziente”.

### **4 Definizione dei percorsi di fast track**

“Invio rapido dei pazienti in ambulatori dedicati per alcune specialità e patologie minori”.

### **5 Continuità assistenziale e dimissioni protette**

“Le strutture ospedaliere dovranno definire procedure efficaci per la semplificazione e accelerazione dei trasferimenti dei pazienti, se consentito dalle condizioni cliniche, dai reparti per acuti a quelli di post-acuzie e residenziali”.

### **6 Misure straordinarie per garantire la disponibilità di medici**

“Si ritiene indispensabile verificare preliminarmente la messa in atto, anche in via straordinaria, di tutte le possibili modalità di reclutamento per dotare ogni Pronto Soccorso del personale adeguato, che dovrà essere specificamente formato, a garanzia di una efficace erogazione dei servizi (medici, infermieri OSS etc.). Ogni struttura ospedaliera con sede di Pronto Soccorso dovrà redigere, su base settimanale (H24, 7/7gg), un elenco riportante i nominativi delle professionalità mediche di specialità equipollenti o affini (anche in formazione), che giornalmente sono disponibili presso la struttura ospedaliera per integrare le risorse di personale in servizio presso il Pronto Soccorso”.

### **7 Misure organizzative per la gestione delle non urgenze/urgenze minori**

“Coinvolgimento della medicina territoriale e incentivazione all’uso di strumenti di teleconsulto e telemonitoraggio”.

### **8 Osservazione breve intensiva (OBI) in connessione funzionale con la Medicina d’Urgenza (MURG)**

“Le strutture ospedaliere dovranno provvedere a rendere disponibili postazioni OBI (1 postazione adulto ogni 5000 accessi al pronto soccorso + 2 postazioni pediatriche per ogni UO di pediatria), di cui almeno la metà dotate di sistemi di monitoraggio multiparametrico del paziente”.

### **9 Progetti di adeguamento strutturale e tecnologico**

“Ogni struttura ospedaliera dovrà redigere uno specifico progetto finalizzato ad adeguare, qualora necessario, gli spazi dedicati alle attività di emergenza-urgenza, per garantire facile accessibilità all’utenza e comfort nella fase di attesa. Sarà inoltre necessario definire interventi per l’acquisizione e l’aggiornamento delle risorse strumentali a disposizione del pronto soccorso, in particolare per la diagnostica Radiologica (TAC elevata risoluzione)”.

### **10 Attivazione di percorsi specifici (pediatrico e ostetrico)**

“Il Triage pediatrico dovrà essere effettuato da un infermiere pediatrico, ove presente in organico, o da un infermiere specificamente formato per la valutazione e la presa in carico del paziente pediatrico e della sua famiglia”.