



Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

Sistema Sanitario
Regione
Lombardia



CORSO DI TRIAGE INTRAOSPEDALIERO
UPDATE
22-23 marzo 2017

Aula Didattica n.2 - Padiglione DEA
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo

Codice interno: in aggiornamento

ID evento: in aggiornamento

TRIAGE E
RISCHIO CLINICO

RACCOMANDAZIONE 15

Il Pronto Soccorso: la mission e oltre

Mission: *“...garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato per problematiche di urgenza e di emergenza”, (SIMEU)*

oltre la mission: il Pronto Soccorso garantisce ai cittadini con richiesta di bisogno di salute risposte e prestazioni che dovrebbero e potrebbero essere erogate altrove:

- poliambulatori sul territorio;
- ambulatori di MMG;
- servizi di continuità assistenziale;
- SERT;
- strutture RSA;
- consultori psico-sociali
- strutture sociali di accoglienza;
-
-

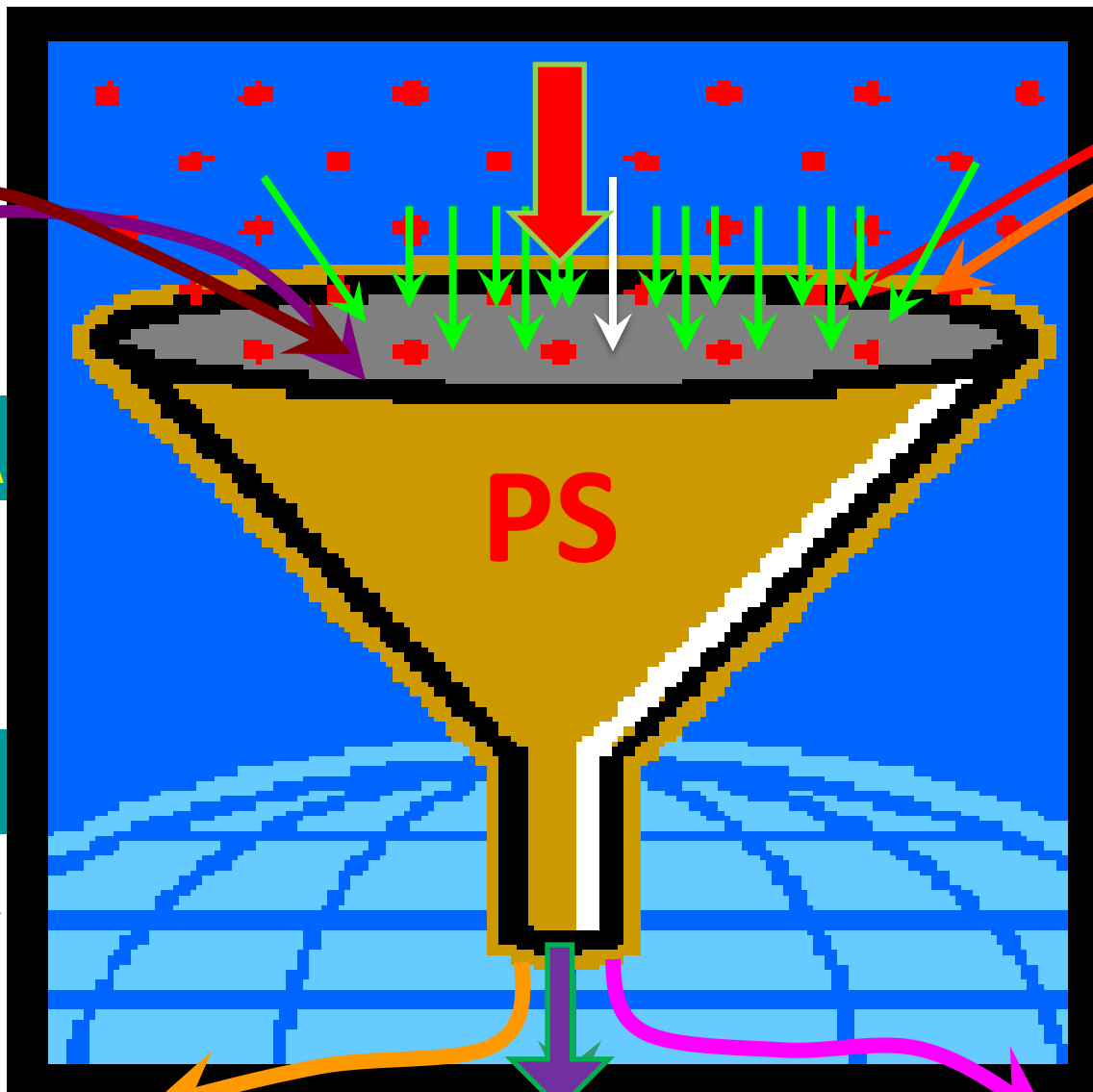
Interpretazione del Pronto Soccorso

Il Pronto Soccorso rappresenta anche il punto di riferimento per:

- pz con disagio sociale;
- pz psichiatrici;
- etilisti;
- homeless,
- indigenti ;
- extracomunitari STP;
- carcerati trasportati in Pronto Soccorso con problematiche varie;
- grandi anziani con patologie croniche, sopravvissuti oltre ogni aspettativa, non gestibili a domicilio o nelle RSA;



AUTOPRESENTAZIONE 68%



EXTRA –
OSPEDALIERA

INTRA –
OSPEDALIERA

Bressan 2006

118
MMG
Continuità
Assistenziale

Urgenze Interne,
Cadute accid. pz
ricoverati,
Urgenze da Day
Hospital,
Gestione Infortuni
Occupaz.
Prot. H1N1 Op. San.

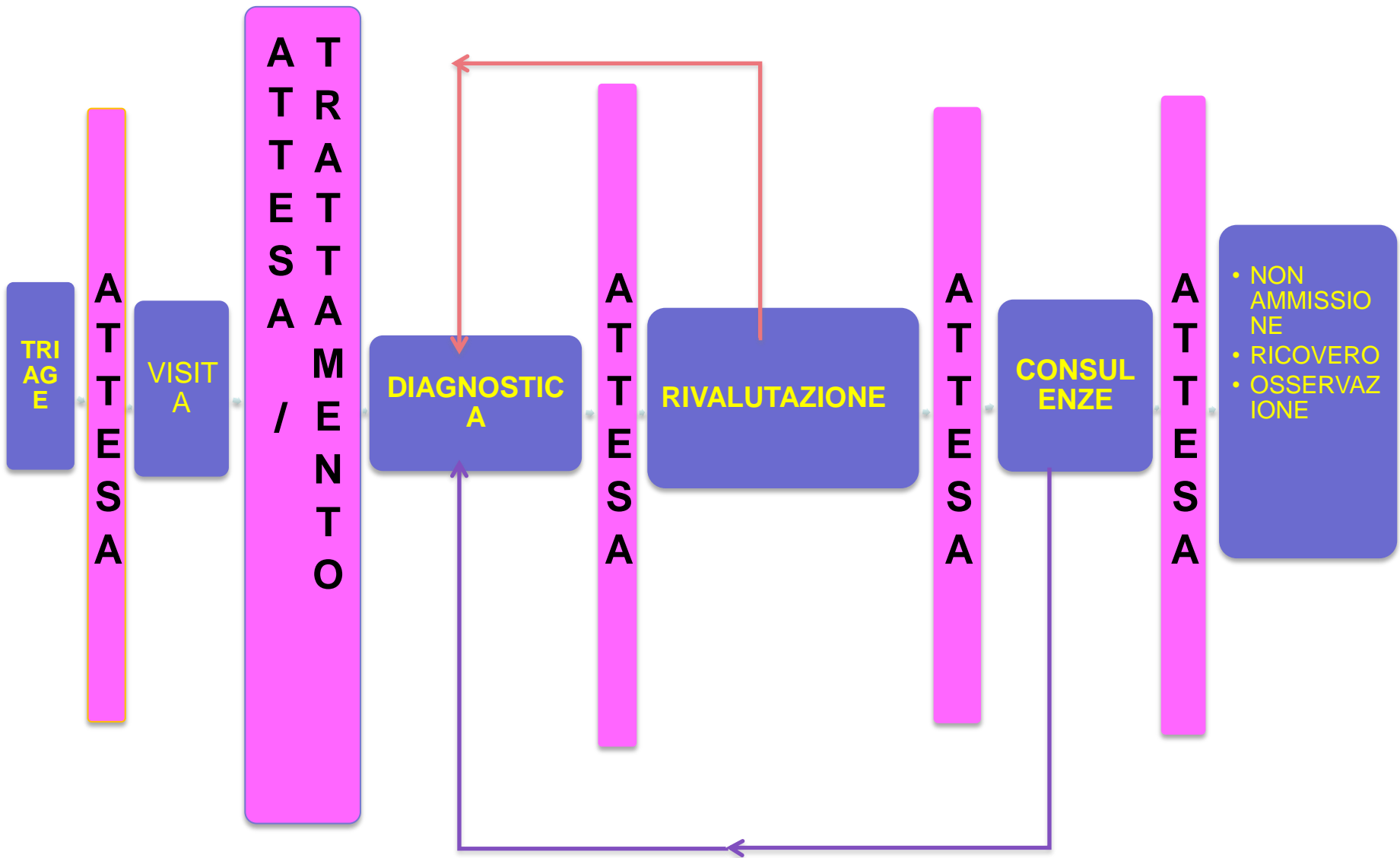
DIMISSIONI

TRASFERIMENTO

RICOVERO

Lista di pazienti da visitare e visitati

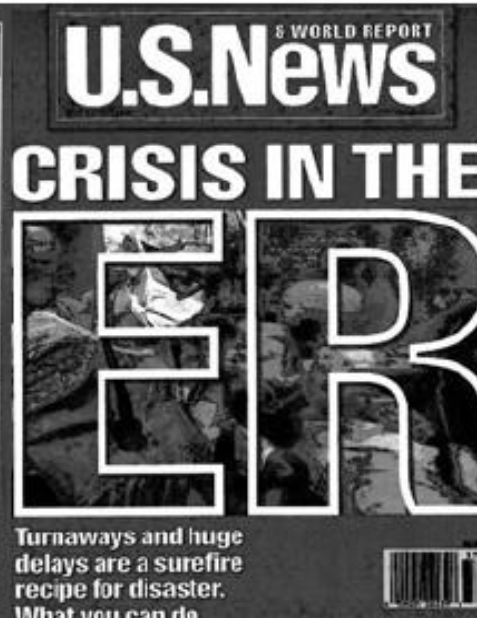
0	O		GRETA LUGIA MA	29/02/2012 15 06	Da Visitare	Ginecologia - Contraccezione post coitale
1	A		ARIANNA	29/02/2012 15 21	Da Visitare	SPECIALISTICA
1	A		MARIA	29/02/2012 15 34	Da Visitare	EPIGASTRALGIA
1	A		INA	29/02/2012 15 40	Da Visitare	PERDITA DI CONOSCENZA (SINCOPE)
1	A		DEVIS	29/02/2012 15 42	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A		ELISA	29/02/2012 15 54	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A		GIOVANNI ARMAN	29/02/2012 16 16	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A		ALESSIA	29/02/2012 16 28	Da Visitare	TRAUMA
1	A		ERNESTO	29/02/2012 16 33	Da Visitare	SPECIALISTICA
1	P		TREVIL	29/02/2012 16 38	Da Visitare	SEGNI / SINTOMI MINORI
	DC		ANNA MARIA	17/02/2012 15 30	Visitato	SPECIALISTICA
1	A	1/1	FRANCESCO MICHE	28/02/2012 22 18	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A	2/4	TERESA ANNA	29/02/2012 10 15	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
0	A	0/1	PEPPINO	29/02/2012 10 38	Visitato	SPECIALISTICA
1	A	0/1	LUCA	29/02/2012 10 53	Visitato	DOLORE ADDOMINALE
1	A		GIUSEPPE	29/02/2012 11 11	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A		SADRE	29/02/2012 12 14	Visitato	DOLORE ADDOMINALE
1	A	0/1	PING	29/02/2012 12 25	Visitato	EMORRAGIE
2	A	1/2	AUDITTA	29/02/2012 12 31	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
2	A	1/2	FRANCESCO	29/02/2012 12 36	Visitato	DOLORE TORACICO IN ATTO (o risolto da < 12
1	A	0/1	ACHILLE	29/02/2012 13 01	Visitato	DOLORE ADDOMINALE
0	A	1/1	FRANCO	29/02/2012 13 18	Visitato	SPECIALISTICA
1	O		FRANCESCA	29/02/2012 13 51	Visitato	Ostetricia - Sanginamento (S)=> 23 settimane
1	A	0/2	ANGELO	29/02/2012 13 55	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A	0/1	GIOVANNI	29/02/2012 14 08	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
0	A		MONICA	29/02/2012 14 10	Visitato	SPECIALISTICA
2	A	1/5	MAURO	29/02/2012 14 15	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
2	A	0/4	ILIANA	29/02/2012 14 17	Visitato	EMORRAGIE
1	A		SAMANTA	29/02/2012 14 20	Visitato	DISTURBI NEUROLOGICI
1	A	0/2	SILVIA ALEJANDR	29/02/2012 14 23	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	A	0/1	SALVATORE	29/02/2012 14 40	Visitato	TRAUMA
0	A	1/1	DONATELLO	29/02/2012 14 47	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	O		ERKA	29/02/2012 14 57	Visitato	Ostetricia - Ipertensione arteriosa (H.)
1	A		ERMENEGILDA	29/02/2012 15 02	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	T	0/1	FILIPPO	29/02/2012 15 45	Visitato	TRAUMA
2	A		ERMELINDA	29/02/2012 15 50	Visitato	SEGNI / SINTOMI MINORI
1	T	0/1	ANDREA	29/02/2012 15 51	Visitato	TRAUMA
1	T	0/1	MARIA CARMELA	29/02/2012 15 58	Visitato	TRAUMA
1	T	0/1	ANNAMARIA	29/02/2012 16 23	Visitato	TRAUMA
1	T	0/1	PISATI CLARA	29/02/2012 16 26	Visitato	TRAUMA
1	P	0/2	GREPPI GIORGIA	29/02/2012 13 40	Oss.Temp.	CEFALEA



ATTESA DEL PAZIENTE IN PRONTO SOCCORSO.

May 28, 1990

September 10, 2001



ALARM ON ED CRISI; MAY, 2007

How To Survive Your Local ER

By Sean Flynn

WHEN TAYLOR McCormack was 13 months old, the abuse that drained stress fluid from his skull stopped working. She needed a new shunt—a simple procedure that involved less than an hour of surgery. Taylor was brought to the emergency room at Boston's Children's Hospital by 7:15 p.m. that Sunday night. What followed was a series of delays and mistakes. The surgery took her 10 hours, because the senior surgeon (he was napping, and his pager was on vibrate), so the operation was scheduled for the next morning. And despite the fact that Taylor's blood tests were abnormal and her symptoms alarming, she was not admitted to the intensive-care unit. In fact, between 12:20 a.m. and 6 a.m., no doctor checked on her. That's when Taylor turned blue. By then it was too late. Six days later, John McCormack carried his daughter's tiny body to the hospital morgue.

The McCormacks' tragedy is a worst-case example of an underlying truth: America's emergency rooms can be dangerous places. Despite astonishing technology and armies of skilled, dedicated physicians who routinely save people who wouldn't have stood a chance a generation ago, these simple aren't smart enough of either—technology or doctors—to



go around. Mistakes happen. Sometimes less-appearing doctors treat life-threatening illnesses. Diagnoses are missed or delayed. Patients are forgotten by overworked staff. Even simple human foibles—a switched-off pager, an exhausted and napping surgeon—can be tragically amplified in an emergency. How often do things go wrong? No one knows for certain. Because so many mistakes are minor and so few have clear causes, accurate statistics are difficult to maintain. According to one 1999 study, though, more than half of all preventable hospital-error claims result from mistakes made in the ER. The main culprit isn't incompetence but chaos.

The nation's emergency rooms are overburdened and underfunded, treating ever more patients with ever fewer resources. "You don't want to scare the public, because hundreds of thousands of patients get cared for very well in emergency rooms every day," says Gail Warden, president emerita of Michigan's Henry Ford Health System, who chaired a trio of studies of emergency care released in June by the National Academies Institute of Medicine "but the system is stretched, and it could be at a breaking point in three to five years." Federal law requires that ER doctors and nurses treat everyone who shows up, regardless of ability.

09

Pavia
6 novembre

ITINERARI DI PRONTO SOCCORSO:

OLTRE

IL TRIAGE



FONDAZIONE I.R.C.C.S.
POLICLINICO S. MATTEO
DI PAVIA

CON PATROCINIO SIMEU



SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA
EMERGENZA URGENZA

Presidente del Congresso:
Maria Antonietta Bressan

Presidente Regionale SIMEU
Sezione Lombardia:
Giovanni Nervetti

VII

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PAVIA
AULA DEL 400

PAVIA 6 NOV 2009

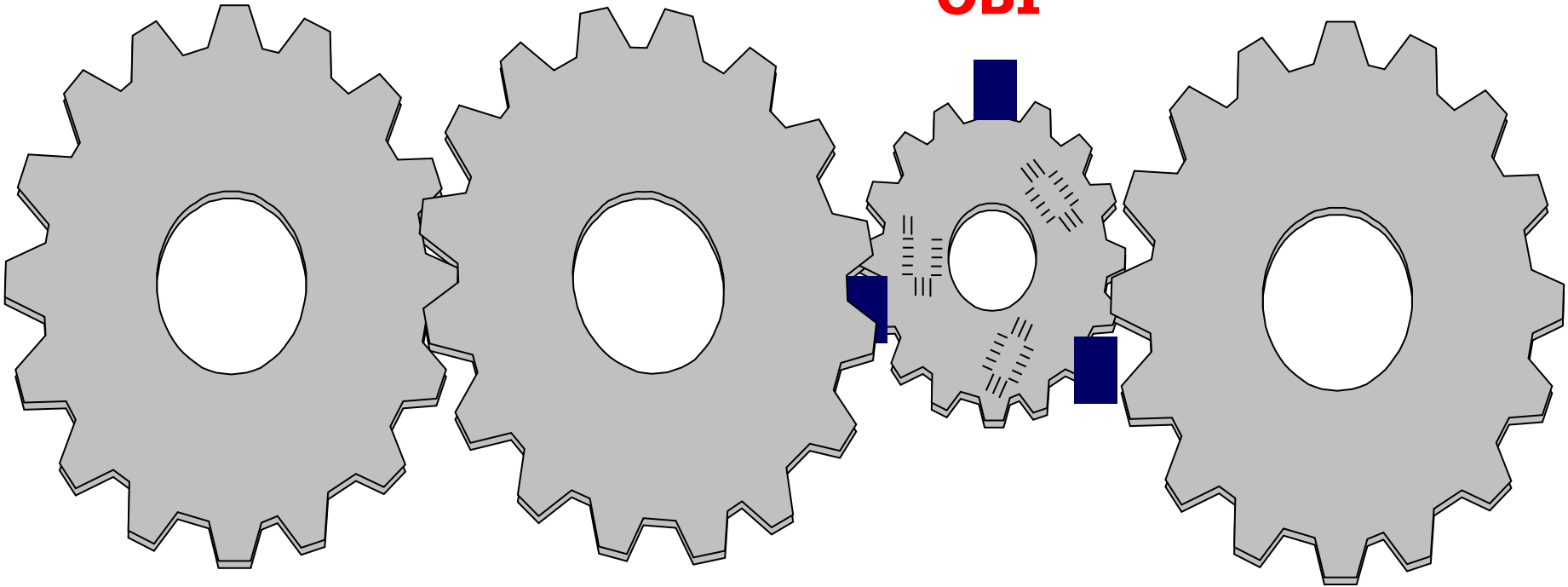
TERRITORIO E OSPEDALE: UN SISTEMA INTEGRATO

TERRITORIO

**PRONTO
SOCCORSO**

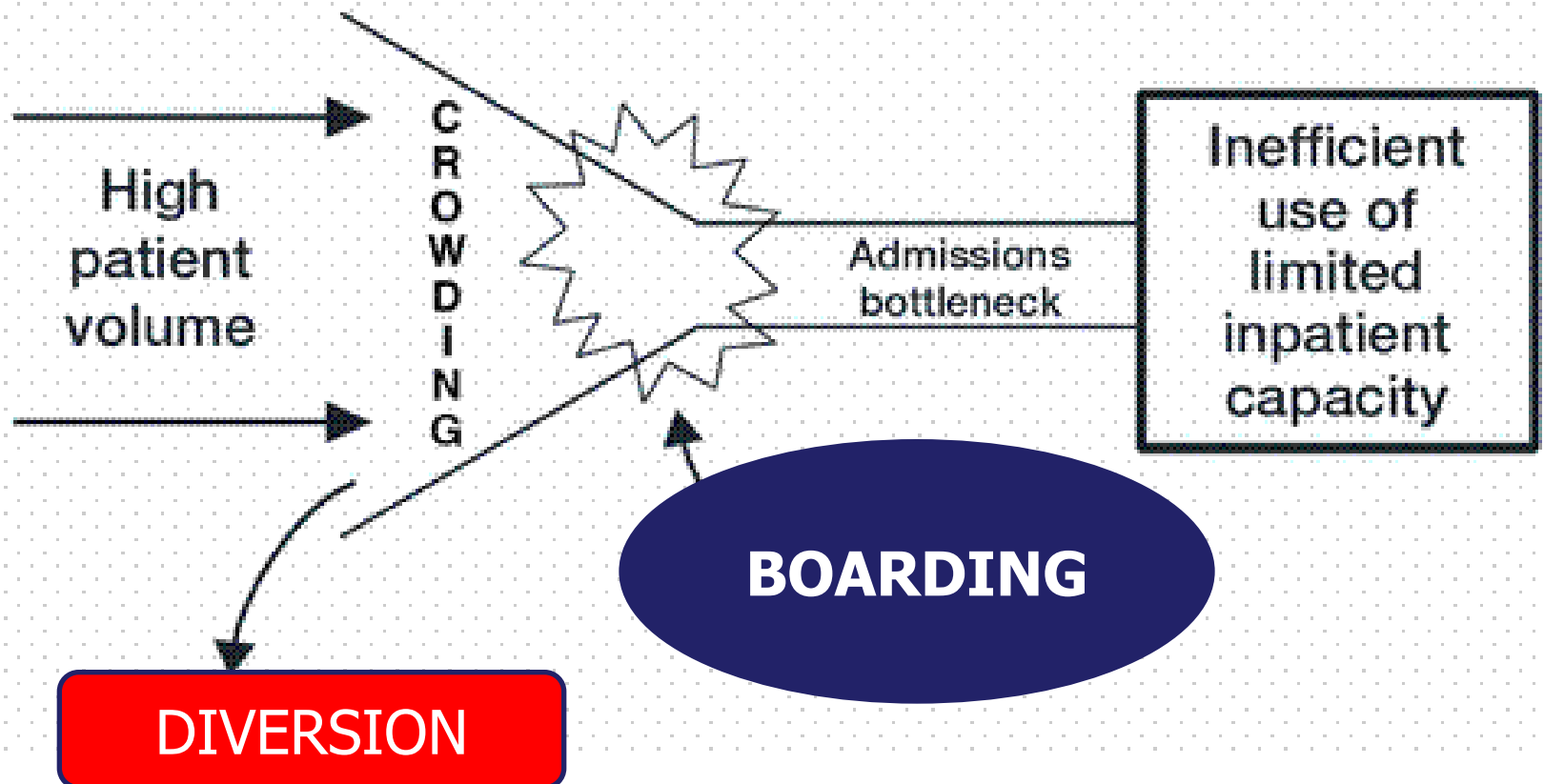
OBI

**REPARTI DI
DEGENZA**





THE NATIONAL ACADEMIES PRESS



Modelli organizzativi di Triage: “stato dell’arte”

*Ministero della Sanità
Linee Guida per il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria
In Applicazione del Dpr 27/03/92;
Atto di Intesa tra Stato e Regioni (G.U. 17/05/1996):*

In Italia il Triage si è sviluppato dagli anni '90 secondo diversi modelli in modo disomogeneo:

- Linee Guida Canadesi, Australiane, Gruppo Formazione Triage (GFT), Società Scientifiche, Gruppi di esperti
- secondo protocolli locali stabiliti dal Direttore del Pronto Soccorso

- Esistono diversi Modelli organizzativi di Triage

- sistema laico
- triage a singhiozzo o casuale
- triage di bancone
- triage clinico o globale
- triage bifasico
- triage guidato (griglie o flow chart)



Società Scientifiche
Tavoli tecnici

Specifiche di diversi modelli organizzativi di Triage

< 25000 accessi



No Triage

>25000 accessi



Modello triage da bancone o globale

> 45000 accessi



Modello triage bifasico

Acc. 25 ottobre 2001 “Accordo tra il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome sul Documento di Linee-Guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: Triage intraospedaliero (valutazione gravità all’ingresso)…”

Pathways in Emergency 2013

Current Issues in Emergency Department

Itinerari di Pronto Soccorso 2013

Problematiche emergenti
in pronto soccorso
e in medicina di urgenza

Presidente del Congresso:
Maria Antonietta Bressan

22 - 23 maggio
Corsi satelliti
precongressuali

"Scuola Salaroli"
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

24 - 25 maggio
Congresso
Regionale SIMEU

Aula Magna "C. Golgi"
Fondazione IRCCS
Policlinico San Matteo

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
Ufficio Organizzazione Congressi
Direzione Scientifica
Fond. IRCCS Policlinico San Matteo
Tel.0382 503490 - 0382 503467
E-mail: congressi@smatteo.pv.it



IL RISCHIO CLINICO

La sicurezza del paziente
e il rischio clinico in
emergenza urgenza:
sistemi di verifica
e di controllo

CAMBIO CULTURALE IN PS NEGLI ULTIMI 10 ANNI

da “ADMIT TO WORK”

a..... “WORK TO ADMIT”

WORK TO ADMIT: ASPETTI NEGATIVI

Il prolungamento del tempo di processo viene tuttavia percepito dal paziente e soprattutto dai media come inaccettabile...

***ANCHE SE LA CAUSA DI ACCESSO E' AL DI FUORI
DELLA MISSION DEL PRONTO SOCCORSO***

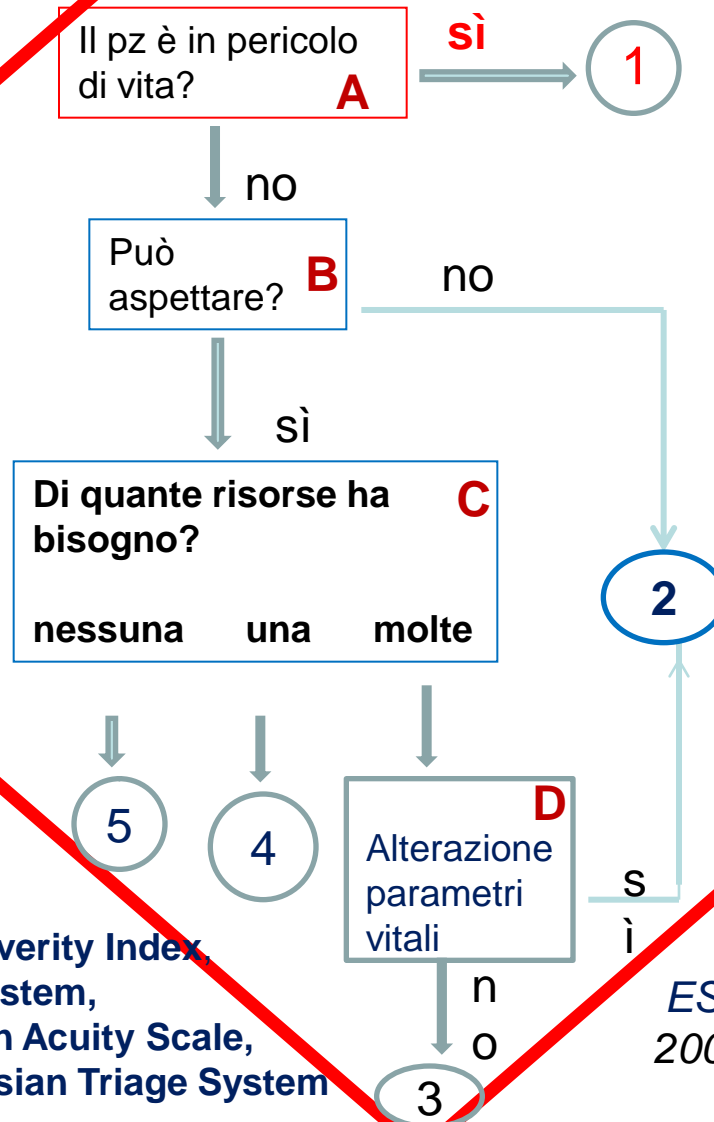
WORK TO DISCHARGE

La media nazionale dei ricoveri da PS è del 17,9%.
Rappresenta il 45,6% di tutti i ricoveri ospedalieri.

Nelle Regioni del Sud la percentuale di ricoveri da PS risulta superiore, cioè del 23%.

Maggiore professionalità degli operatori e maggiori possibilità diagnostiche.

Triage e risorse








SCALE DI TRIAGE


Triage Emergency Severity Index,
Manchester Triage System,
Canadian Acuity Scale,
Australasian Triage System

*ESI, Triage Research team
2004, rivisto 2012*

Triage, risorse, flussi

- Codici bianchi  ambulatori dedicati
- Codici minori  ambulatori dedicati
- Codici verdi  bassa intensità
- Codici gialli  media intensità
- Codici rossi  alta intensità

- Alta prioritá' (pz in ECMO, STEMI, codice viola-alba)

 percorsi adibiti

Il contributo delle Società Scientifiche



Segreteria Nazionale SIMEU
Via Vittor Pisani, 10
20124 Milano
tel 02 67077483
fax 02 6690117
e-mail: segreteria@simeu.it

MODELLI STRUTTURALI, ORGANIZZATIVI E STANDARD

Funzioni	<ul style="list-style-type: none"> • Normativa • Modelli strutturali e organizzativi (OBI, area critica, fast track) • Funzioni dei servizi • Standard
Coordinatore	Ugo Sturlese
Componenti	Maria Antonietta Bressan, Mario Calci, Ferrari Alberto, Paolo Iseppi, Michele Lanigra, Paolo Moscatelli, Mario Ravaglia, Giuseppe Sipala.

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO SIMEU
2006-2007

Edizione 1, 23 giugno 2007

Documento reperibile su sito:
www.simeu.it

Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza



Ottobre 2011

Commissione SIMEU-FIMEUC

Coordinatori:

Alessio Bertini (SIMEU) – Adelina Ricciardelli (FIMEUC)

Membri della Commissione:

Cinzia Barletta	Paolo Moscatelli
M. Antonietta Bressan	Aldo Panegrossi
Maurizio Chiesa	Roberta Petrino
Giovanna Esposito	Carlo Piccolo
Giovanni Evangelisti	Vito D'angelo
Luca Gelati	Alessandro Rosselli
Stefano Grifoni	Carmine Sinno
Mauro Marziali	Mirella Triozzi
Gianni Messi	

Documento SIMEU 2007

Documento SIMEU-FIMEUC 2011

Stato dell'arte della Formazione

Il triage è una attività in continua evoluzione che necessita di sistemi di controllo e di progetti di miglioramento sostenuti da team multiprofessionali.

Necessaria la formazione per sviluppare:

- competenza tecnico-professionale
- competenza relazionale e di comunicazione

La formazione deve essere continua con Corsi certificati da Società Scientifiche o da gruppi di esperti

Criticità emerse:

La formazione è avvenuta a macchia di leopardo, in modo disomogeneo. (Dati censimento SIMEU)



Verifica di Qualità: Monitoraggio attività di Triage

corretta attribuzione codice di priorità riferito a uno standard per i diversi codici (Manuali di Triage Regionali derivati da tavoli di esperti)

tempo di attesa per la visita medica per codici minori: riferito a uno standard stabilito da Società Scientifiche

allontanati: Left Without Being Seen, LWBS:
n pz allontanati prima della visita /n pz registrati

reclami , segnalazioni = qualità percepita
n reclami/segnalazioni relative attività di triage in un certo periodo, con standard di riferimento

misurazione della soddisfazione: questionari o customer satisfaction

Gruppo di lavoro: infermieri, medici, esperti in comunicazione-relazione, informatici

Conseguenze del sovraffollamento in attesa di visita

- Aumento dei tempi di attesa per l'accesso alla visita medica
- Rischio di ritardo di inizio di PDTA *
- Ritardo di inizio di percorsi condivisi: (*time is brain, time is muscle, ecc.*)



*PDTA = Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Rischio clinico da errori di valutazione al Triage

Sottostima: può provocare danni diretti al paziente con conseguente ritardo per l'accesso alla visita

Sovrastima: è un errore che può provocare danni indiretti a molti pazienti; il singolo può trarre vantaggi a discapito di ritardi di assistenza per altri pz

LE PRIORITA' AL PRONTOSOCCORSO CON I CODICI DI EMERGENZA

Ogni giorno molti pazienti si rivolgono al Pronto Soccorso per ricevere risposte al proprio bisogno di salute. Ciascuno le offerrà con una attesa proporzionata alla gravità del caso. Per questo motivo Le assegniamo il codice di priorità corrispondente al suo livello di urgenza.

Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte dal Medico di Medicina Generale.

Viene assegnato ai pazienti con problemi gravi, per i quali può essere presente l'alterazione di una delle tre grandi funzioni vitali (respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa).

CODICE GIALLO: urgenza indifferibile

CODICE BIANCO: non urgenza

CODICE VERDE: urgenza differibile

CODICE ROSSO: emergenza

Sono i casi più gravi, con immediato pericolo di vita.

Sono interventi differibili. Il paziente non è in pericolo di vita e viene assistito dopo i casi più urgenti.

IL SUO CODICE DI EMERGENZA

SULLA BASE DI UNA PRIMA VALUTAZIONE DELLA SUA SITUAZIONE CLINICA, LE E' STATO ASSEGNATO IL CODICE DI PRIORITA' CONTRASSEGNA TO:

emergenza	urgenza indifferibile
CODICE ROSSO	CODICE GIALLO
urgenza differibile	non urgenza
CODICE VERDE	CODICE BIANCO

IRCCS Policlinico San Matteo PAVIA
DIREZIONE SANITARIA
SERVIZIO DI ACCETTAZIONE - PRONTO SOCCORSO

Errore di valutazione al Triage deve rimanere al di sotto del 5% (standard stabilito da Società Scientifiche)

Raccomandazione n.15



Ministero della Salute



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III

**Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione
del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del
Pronto soccorso**

**L'errata attribuzione del codice triage può determinare
evento sentinella che richiede la messa in atto di misure di
prevenzione e protezione**

"Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso".

Il punto di vista dei professionisti: il triage intra-ospedaliero.



Dott.ssa Maria Antonietta Bressan

Ministero della Salute



DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO
DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III

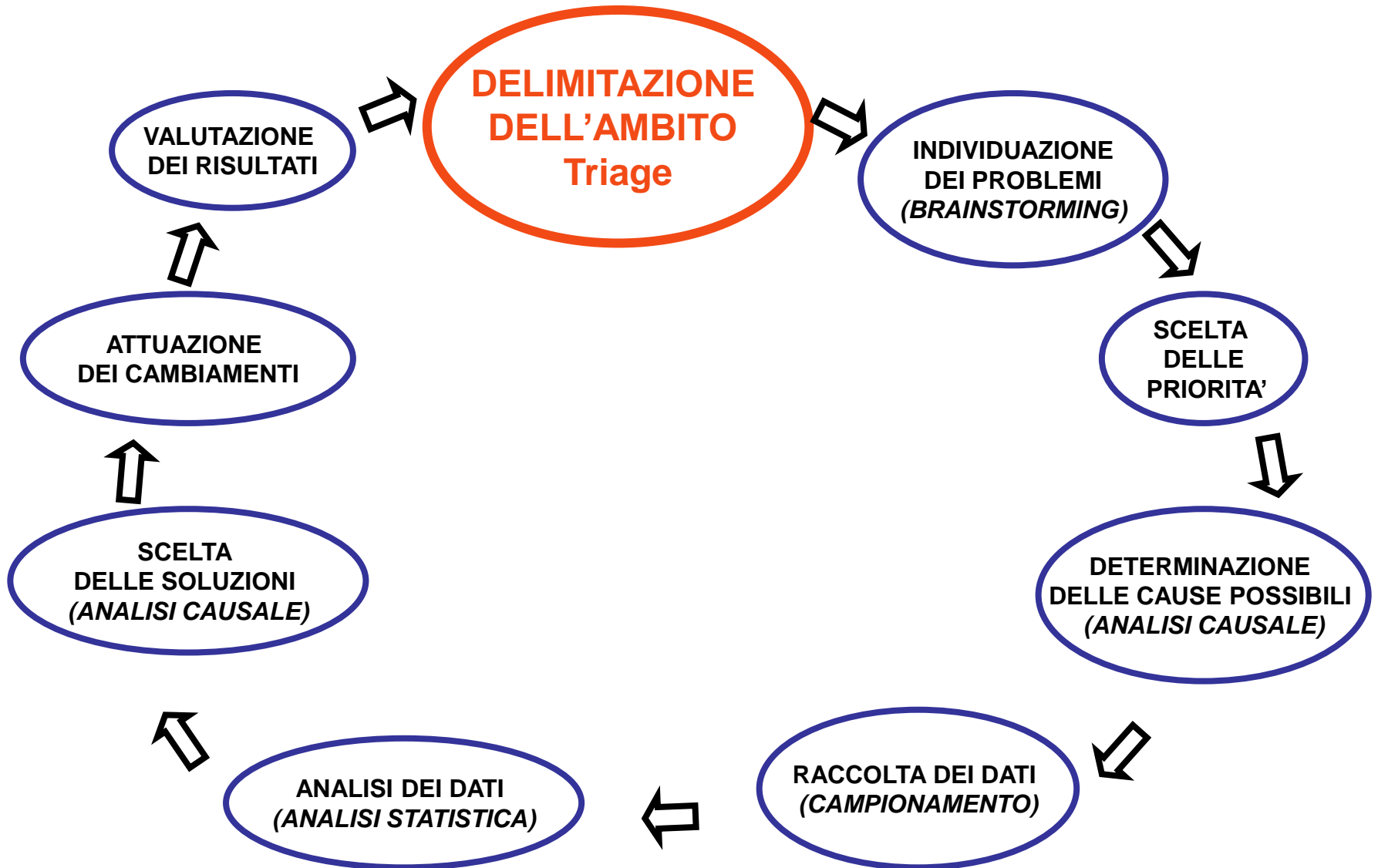
**Morte o grave danno conseguente a non corretta
attribuzione del codice triage nella Centrale
operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso**

**L'errata attribuzione del codice triage può determinare
evento sentinella che richiede la messa in atto di
misure di prevenzione e protezione.**

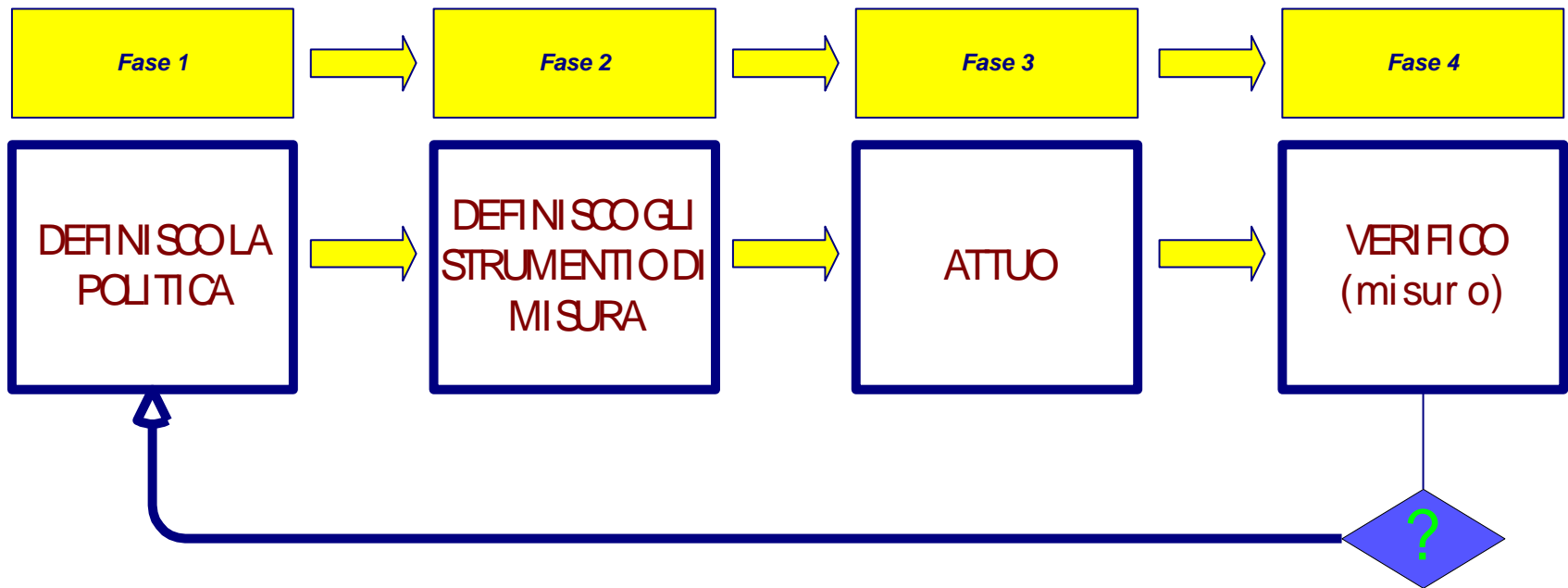
Sicurezza delle cure in Triage

- ❑ **il mantenimento degli standard delle presenze del personale di triage per turno, con attenzione ai picchi di maggiore richiesta e affluenza;**
- ❑ **la fase del passaggio delle informazioni durante il cambio del turno**
- ❑ **la valutazione dell'utente/paziente nella fase di attribuzione del codice di priorità;**
- ❑ **la valutazione del nuovo accesso al pronto soccorso di pazienti, a distanza di 48 ore dal primo accesso;**
- ❑ **l'allontanamento volontario di un paziente dal Pronto soccorso senza che questi sia stato visitato dal medico**
- ❑ **la rivalutazione periodica dei pazienti in attesa, per la conferma o la modifica del codice di triage;**
- ❑ **la compilazione della scheda di triage e/o scheda clinica;**
- ❑ **le informazioni ed istruzioni fornite al paziente in attesa e/o ai familiari /accompagnatori;**
- ❑ **l'osservazione e l'ascolto attento del paziente e di quanto da lui riferito anche se sembra "non coerente" con quanto appare;**
- ❑ **la comunicazione/informazione sul paziente/utente tra il personale del Servizio 118 e quello dedicato al triage in Pronto soccorso, come pure nella fase di passaggio del paziente dall'area di triage alla "sala visita "**

Ciclo di Miglioramento del Triage



Metodologia del Miglioramento Continuo: PDCA



PDCA = Plain, Do, Check, Act

Mappatura del rischio clinico al Triage

I momenti di maggiore rischio di errore sono identificati nei cosiddetti *GAPS* o “vuoti” che rappresentano momenti di discontinuità delle cure e/o perdita di informazioni.

- Cambio turno
- Passaggio Consegne
- Passaggi: personale 118- personale triage,
personale triage- personale sala visita
personale sala visita- personale OBI

Cook R. et al. “Gaps in the continuity of care and progress on patient safety”, *BMJ* 2000;320;791-4

FRETTA!!!

Rischio clinico al triage

- rischi legati alla comunicazione;
- rischi legati al paziente;
- rischi correlati alla struttura/ambiente;
- rischi correlati all'organizzazione del lavoro;
- rischi correlati all'operatore di triage;
- rischi legati alla insufficiente competenza per difetto di formazione specifica.

Rischio clinico e paziente fragile

- Paziente psichiatrico,
- Paziente aggressivo, violento, pericoloso
- Paziente in disagio sociale
- Paziente homeless
- Paziente etilista noto (cirrotico, scoagulato, scompensato) con traumatismo minore
- Paziente “frequent flyer” con ripetuti accessi
- il disagio sociale new entry nella metropoli

Percorsi preferenziali per tali tipologie di pazienti



Identificazione certa del paziente

- Qual è il suo Nome e Cognome ?
- Verifica con Familiari e accompagnatori (se pz anziano o coscienza alterata)
- Numero nosografico
- Tecnologie sanitarie per la tracciabilità (Bracciale identificativo)



4.1.2 Raccomandazione 15, Identificazione certa del paziente

Rivalutazione del paziente durante l'attesa

E'utile ricordare come la rivalutazione sia una fase fondamentale dell'attività di triage,

- Fragilità
- Disabilità Bambino
- Comunicazione efficace ed empatica
- Mediazione Culturale – supporti tecnologici di traduzione a distanza

4.1.3 Raccomandazione 15, Rivalutazione del paziente/utente in attesa

Relativamente alle strutture di emergenza/urgenza con volumi di attività particolarmente elevati, in cui l'infermiere triagista è sottoposto a ritmi di lavoro particolarmente intensi e pressanti, si invitano le Direzioni generali a valutare, laddove possibile, l'opportunità di una rotazione degli infermieri durante il turno lavorativo o, in alternativa, la possibilità di effettuare un certo numero di pause, al fine di ridurre lo stress lavorativo che rappresenta uno dei fattori di rischio più frequente di una errata attribuzione del codice di priorità.

Formazione e addestramento

*“La formazione, sia di tipo clinico che relazionale e sulla metodologia del triage e l’addestramento continuo del personale addetto al triage, pertanto, deve rappresentare un **impegno primario e costante delle Aziende Sanitarie**”.*

I Corsi di triage devono essere un criterio per poter svolgere la funzione di triage

1. Corsi di Triage Certificati da Società Scientifiche o da esperti di settore;
2. Obbligatorietà di aggiornamento per il personale di triage
3. Utilizzo di tabelle e scores al triage
4. Utilizzo dei programmi informatici
5. Periodicità di refresh per il mantenimento della qualifica (OGNI TRE ANNI)

4.2 Raccomandazione 15, Formazione e addestramento del personale addetto all’attività di triage

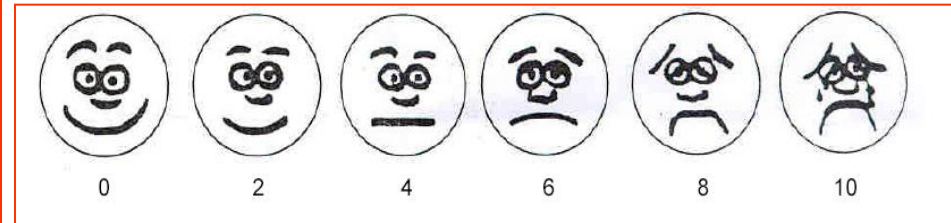
Competenza del personale di Triage

Chest Pain Score

Localizzazione	selezione	Punti
Restrosternale, precordiale	<input type="checkbox"/>	+3
Emitorace sn, collo, mandibola, epigastrio	<input type="checkbox"/>	+2
Apex	<input type="checkbox"/>	-1
Carattere		
Oppressivo, strappamento, morsa	<input type="checkbox"/>	+3
Pesantezza, restringimento	<input type="checkbox"/>	+2
Puntorio, pleuritico, pinzettante	<input type="checkbox"/>	-1
Irradiazione		
Braccia, spalla, posteriore, collo, mandibola	<input type="checkbox"/>	+1
Sintomi associati		
Dispnea, nausea, sudorazione	<input type="checkbox"/>	+2

Risultato numerico	Tipico <input type="checkbox"/> o atipico <input type="checkbox"/>
Risultato:	<i>SCORE < 4</i> = dolore "atipico", bassa probabilità di angina pectoris
_____	<i>SCORE ≥ 4</i> = dolore "tipico", intermedio-alta probabilità di angina

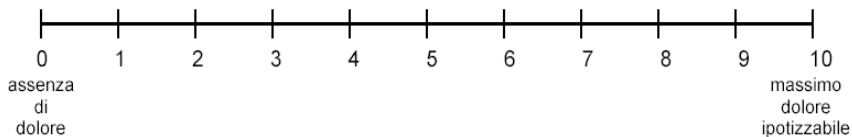
Tabelle e scores



Riconoscimento dei pazienti critici Early Warning System modificato (mEWS)

	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza cardiaca		< 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
PA sistolica mmHg	< 70	71-80	81-100	101-199		≥ 200	
Frequenza respiratoria		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Temperatura °C		< 35		35-38.4		≥ 38,5	
Livello di coscienza				A	V	P	U

PROBABILITA' DI DETERIORAMENTO CLINICO:
0-2 bassa; 2-4 media; >4 alta
Attenzione se punteggio > 4



Ambito logistico-strutturale dell'attesa

I locali di attesa devono permettere una sorveglianza a vista di tutte le persone presenti e, ove possibile, è opportuno prevedere aree dedicate ai pazienti che necessitano di maggiore sorveglianza.

Sorveglianza attiva

Locali dedicati

Staff Adeguato

Prevenzione caduta da Barelle

Risposta Bisogni Primari

Controllo assunzione o somministrazione terapia cronica

Da monitorare



LWBS

LOS

Evento sentinella: exitus in post triage

Raccomandazione 15, 4.3 Ambito Logistico/Strutturale

INFORMAZIONE AI PAZIENTI

LE PRIORITA' AL PRONTOSOCCORSO CON I CODICI DI EMERGENZA

Ogni giorno molti pazienti si rivolgono al Pronto Soccorso per ricevere risposte al proprio bisogno di salute. Ciascuno le otterrà con una attesa proporzionata alla gravità del caso. Per questo motivo Le assegnano il codice di priorità corrispondente al suo livello di urgenza.

Sono i casi meno gravi. Generalmente si tratta di situazioni che dovrebbero essere risolte dal Medico di Medicina Generale.

CODICE BIANCO:
non urgenza

Viene assegnato ai pazienti con problemi gravi, per i quali può essere presente l'alterazione di una delle tre grandi funzioni vitali [respiratoria, cardiocircolatoria, nervosa].

CODICE GIALLO:
urgenza indifferibile

CODICE VERDE:
urgenza differibile

CODICE ROSSO:
emergenza

Sono i casi più gravi, con immediato pericolo di vita.

Sono interventi differibili. Il paziente non è in pericolo di vita e viene assistito dopo i casi più urgenti.



CARTELLONISTICA
GUIDA AL PRONTO SOCCORSO
MATERIALE INFORMATIVO PER IL PAZIENTE

ISO, JCI

LE PRIORITA' AL PRONTOSOCCORSO

SERVIZIO ACCETTAZIONE PRONTOSOCCORSO


RISPETTANDO QUESTE REGOLE CI AIUTERETE A LAVORARE MEGLIO PER VOI

PER IL PAZIENTE

- Per consentire un buon svolgimento dell'attività di Pronto Soccorso, è necessario il programma di arrivo in regola (disposizione).
- tenere il cellulare a spina e col segnale, con il numero di emergenza di Pronto Soccorso;
- restare in attesa della chiamata per lo studio;
- tenere presente che l'ordine di ingresso alla sala visita è stabilito dai sanitari in relazione alla gravità della patologia.

PER I PARENTI E GLI ACCOMPAGNATORI

I parenti e gli accompagnatori sono pregati di attendere fuori dal Pronto Soccorso



TRIAGE

GUIDA AL PRONTOSOCCORSO



IRCCS Policlinico San Matteo PAVIA
SERVIZIO DI ACCETTAZIONE - PRONTO SOCCORSO

E' TANTO CHE ASPETTA?



9 May 06

SALA D'ATTESA



Strumenti per la segnalazione del rischio

- Incident reporting
- Rapporto di non conformità
- Segnalazione volontaria di errori e quasi errori
- Revisione cartelle cliniche
- Gestione dei reclami e del contenzioso



Segnalazione problemi interni



MODELLO M-01- 80	SERVIZIO PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE
 IRCCS POLICLINICO "SAN MATTEO" - PAVIA	TITOLO SEGNALAZIONE PROBLEMI INTERNI GESTIONE RISCHIO CLINICO
Edizione 1	DATA INIZIO VALIDITA' 01.07.2006

Data/...../20.....

Alla Cortese attenzione della Direzione del Pronto Soccorso
 del Coordinatore infermieristico del Pronto Soccorso

Si segnala che in data/...../20..... alle ore

CAUSE POSSIBILI DEL PROBLEMA:

- 1)
- 2)
- 3)

Incidente critico per pazienti o operatori sanitari SI NO NON SO

Specificare il danno eventuale:

Eventuali allegati:

Firma N. di Matricola (E' preferibile che le segnalazioni di problemi siano firmate, ma non è obbligatorio per favorire l'evidenziazione di tutti i problemi che sono ritenuti rilevanti)

Ricevuto il/...../20..... Firma del ricevente N. prog.

E' stato effettuato rapporto di NC SI NO

Segnalazione non conformità



IRCCS S.MATTEO
PAVIA

RAPPORTO NON CONFORMITÀ

Tipologia PROBLEMA

- PRODOTTO NON CONFORME
- PROBLEMA PROCESSO
- PROBLEMA SISTEMA

Data rilevazione problema

TRATTAMENTO PRODOTTO NON CONFORME

- ADOTTARE AZIONI ATTE AD ELIMINARE LE NON CONFORMITÀ RILEVATE
AUTORIZZARE L'UTILIZZAZIONE
- ADOTTARE AZIONI ATTE A PRECLUDERNE L'UTILIZZAZIONE O L'APPLICAZIONE
- ORIGINARIAMENTE PREVISTE PER IL PRODOTTO

Applicazione trattamento

- SI
- NO

Data

Firma
Rappresentante Direzione

RICHIESTA AZIONI CORRETTIVE O PREVENTIVE

Problema riscontrato

Causa del problema (se possibile individuarla)

RICHIESTA AZIONE CORRETTIVA

RICHIESTA AZIONE PREVENTIVA

Data

Firma
Rappresentante Direzione

Monitoraggio dei reclami

- N reclami riguardante il triage/N accessi annui < standard stabilito

- tipologia di reclami riguardanti il triage:

- qualità percepita dal paziente

	IRCCS - POLICLINICO SAN MATTEO - PAVIA	SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE
M-01-54 - RISPOSTA RECLAMI		
OGGETTO DEL RECLAMO (SINTESI)		DESTINATARIO DELLA RISPOSTA
AUTORE DEL RECLAMO		INOLTRO RECLAMO TRAMITE
NOME FILE E PERCORSO : C:\Sistema-qualIDOC\MODELLI 1\M-01-54 Risposta Reclam.doc		N. RECLAMO

RISPOSTA:

--

Si prega di far pervenire alla Segreteria della Direzione del Pronto Soccorso un'informazione di ritorno riguardo all'esito della pratica di reclamo (soprattutto sulla soddisfazione o meno dell'utente riguardo alla risposta), ai fini del punto 7.2.3 della Norma UNI EN ISO 9001:2000 Sistemi di gestione per la qualità (Comunicazioni con il cliente).

FIRMA E TIMBRO	DATA

ED. 0	DATA 02.02.2005	RISPOSTA RECLAMI	M-01-54	PAG 1 DI 1
-------	-----------------	------------------	---------	------------

Trasmissione comunicazione interna



Utilizzo Mail
aziendale

	IRCCS - POLICLINICO SAN MATTEO - PAVIA	SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE
COMUNICAZIONE INTERNA M.2.1.2-06		
OGGETTO	MODALITA' DI RICHIESTA DI ESAME RADIOLOGICO IN DONNE IN ETA' FERTILE	DATA DI APPLICAZIONE 29/05/2006
DESTINATARI	TUTTO IL PERSONALE PRONTO SOCCORSO E CONSULENTI AUTORIZZATI	DATA DI FINE VALIDITA' Nuove disposizioni
NOME FILE E PERCORSO : E:\Documenti\Verbali Riunioni\COMUNICAZIONI\2006\COM6-richiesta esami radiologicibisDONNE.doc		N. PROGRESSIVO 24/2006

COMUNICAZIONE:

QUANDO SI RICHIEDE UN ESAME RADIOLOGICO IN DONNE IN ETÀ FERTILE (12-55 ANNI) **È OBBLIGATORIO** FAR COMPILARE E FIRMARE ALLE PAZIENTI IL MODELLO M-01-75 (SCHEDA INFORMATIVA PER ESECUZIONE ESAMI RADIOLOGICI IN DONNE IN ETÀ FERTILE 12-55 ANNI).

TALE FOGLIO VA FIRMATO:

- SOLO DALLA PAZIENTE O DAL GENITORE/TUTORE IN CASO L'INTERESSATA ASSERISCA CON SICUREZZA DI NON ESSERE INCINTA;
- ANCHE DAL MEDICO IN CASO DI GRAVIDANZA CERTA O POSSIBILE: IN TAL CASO IL MEDICO DEVE SPECIFICARE SUL MODULO SE RITIENE L'ESAME URGENTE O DILAZIONABILE, EFFETTUA SE NECESSARIO UN TEST DI GRAVIDANZA E FA FIRMARE NUOVAMENTE ALLA PAZIENTE LA PRESA VISIONE DI QUESTE INFORMAZIONI ULTERIORI PRIMA DI PROCEDERE O MENO ALLA RADIOGRAFIA.

INOLTRE TUTTI GLI OPERATORI COINVOLTI NELLA CURA DELLA PAZIENTE DEVONO ACCERTARSI DELLA COMPILAZIONE DEL MODELLO M-01-75:

- L'INFERMIERE DI SALA DEVE ACCERTARSI DELLA CONSEGNA DI TALE FOGLIO ALLA PAZIENTE O AL TUTORE/GENITORE IN CASO DI MINORE E DEVE ALLEGARLO (GRAFFETTARLO) ALLA RICHIESTA RADIOLOGICA.
- IL PERSONALE OTA/OSS DEVE VERIFICARE CHE IL MODELLO M-01-75 SIA ALLEGATO ALLA RICHIESTA E FIRMATO DALLA PAZIENTE (O TUTORE); IN CASO CONTRARIO NON ACCOMPAGNA LA DONNA IN RADIOLOGIA.
- TALE FOGLIO COMPILATO VA CONSERVATO IN CARTELLA CLINICA INSIEME ALLA RICHIESTA RADIOLOGICA E AL REFERTO RADIOLOGICO.

FIRMA E TIMBRO
IL DIRETTORE
DOTT.SSA M.A. BRESSAN

DATA
29 MAGGIO 2006

Strumenti per la gestione del rischio

- Root cause analysis
- Problem solving, (fogli raccolta dati, mappe di frequenza, griglie di pesatura, appresentazioni grafiche, strumenti di progettazione...)
- Diagramma di Ishikawa
- Monitoraggio degli eventi sentinella
- Audit



Root Cause Analysis

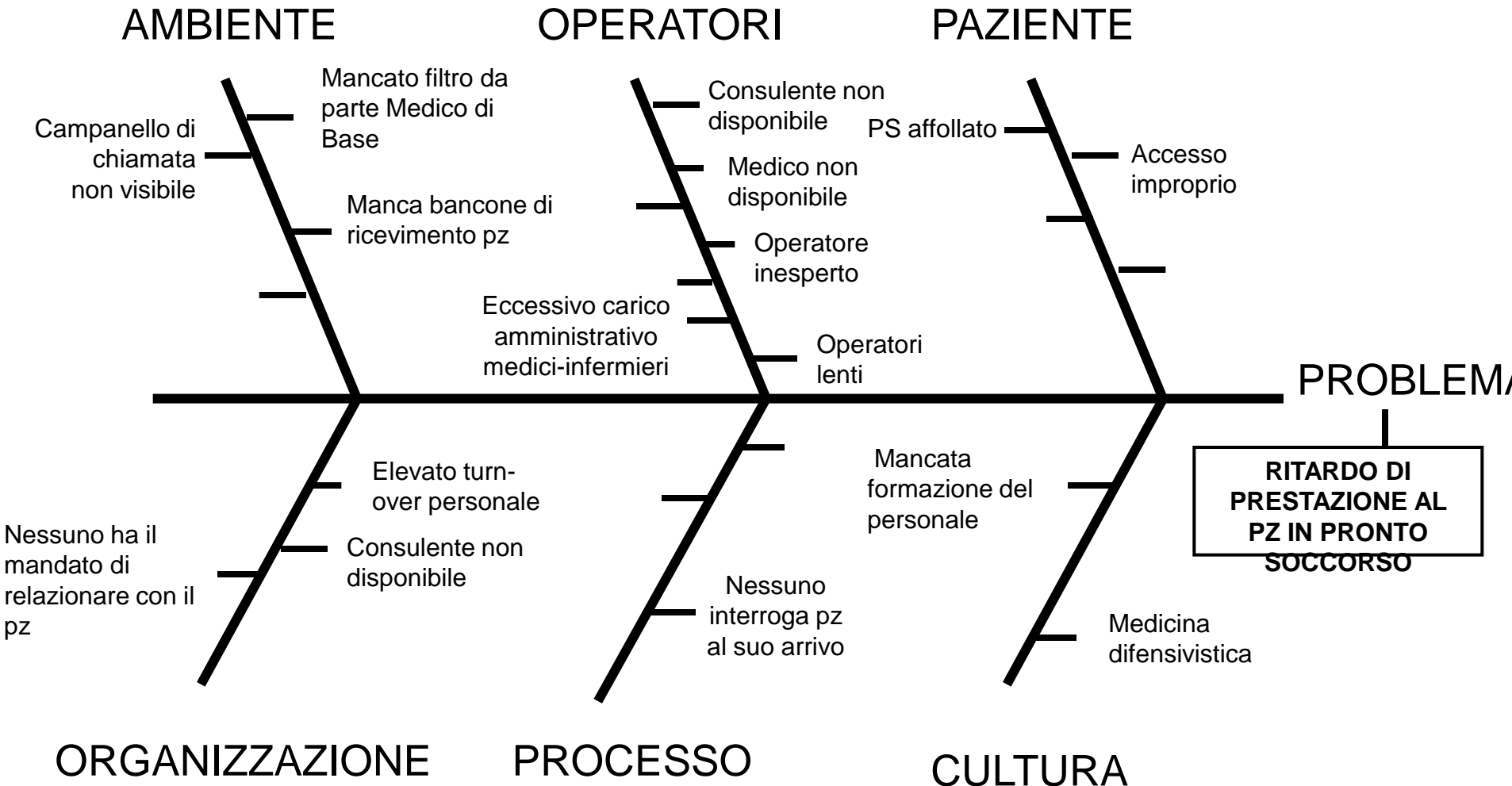
- Individuare tutte le cause di un evento
- Individuare le cause radice e collocarle in uno schema di riferimento (classificazione)
- Individuare le cause aggredibili
- Individuare le azioni di miglioramento

Piramide degli eventi indesiderati

Gli eventi avversi e gli eventi sentinella rappresentano solo la punta dell'iceberg degli eventi indesiderati che avvengono in una struttura sanitaria



Diagramma a spina di pesce o di ISHIKAWA



Indicatore sentinella o evento sentinella

E' un un avvenimento inatteso che comporta un evento di morte o di grave danno al paziente.

Misura un evento o un processo grave, indesiderabile e spesso evitabile.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations ([JCAHO](http://www.jcaho.org))



Cosa fare se si presenta un evento sentinella

Una volta riscontrato un evento sentinella:

- deve essere attivata immediatamente un'analisi interna all'Azienda o alla Struttura per individuare le cause dell'evento.
- devono essere attivate iniziative per modificare gli elementi strutturali o di processo associati all'evento stesso.
- Si devono determinare l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella *Mar*



Esempi di indicatori sentinella al Triage

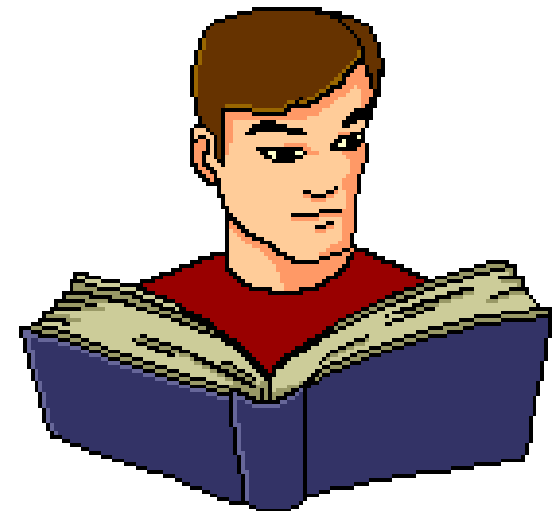
- exitus o grave danno di paziente in attesa di visita,
- exitus di paziente contenuto,
- grave danno di paziente fragile

- non corretta attribuzione del codice di triage che comporti morte o grave danno al paziente

- **Casi di eventi sentinella raccolti**
 - 1- decesso di pz contenuto
 - 2- decesso di pz dimessa con codice bianco entro le 6 ore
 - 3- decesso di pz homeless trasferita in altra sede entro 6 ore
 - 4- decesso di pz homeless dimesso entro le 6 ore
 - 5- decesso per causa violenta di pz allontanato

Protocolli e procedure

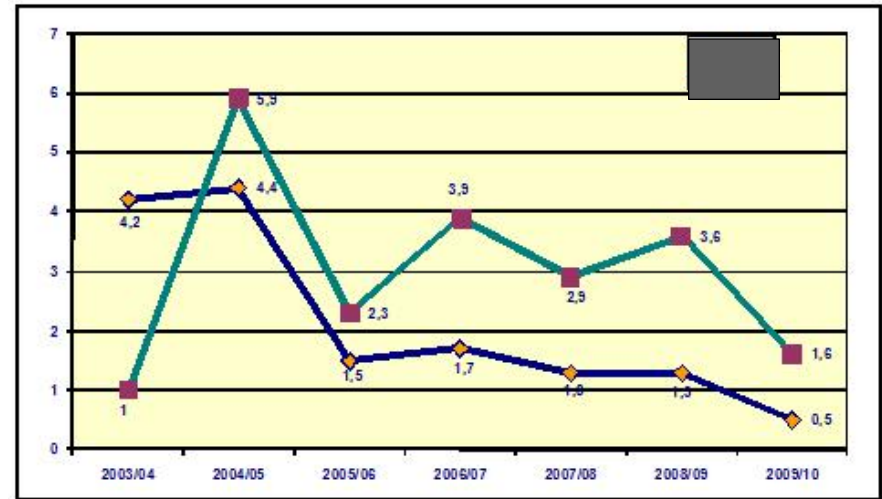
1. Tempi e modalità di rivalutazione del pz in attesa;
2. Tempi di attesa triage – visita in relazione al codice colore assegnato al triage;
3. Gestione delle patologie “di gruppo” a partire dal Triage (intossicazione da monossido, epidemie di malattie infettive, ecc)
4. Percorsi privilegiati per determinate categorie di pz (bambini con patologie traumatologiche, grandi anziani, pz invalidi, pz psichiatrici, codice giallo ictus, percorso STEMI, sepsi, ecc.)





Audit interni

Audit per il monitoraggio attività di Triage




- analizzare i dati raccolti
- discutere i risultati ottenuti
- rivedere i criteri
- gestione degli eventi sentinella
- diffondere le informazione
- discutere gli eventi avversi o i near miss
- progettare ipotesi di miglioramento
- verbalizzare tutti gli incontri
- lavorare in squadra



Comunicazione multiculturale

RegioneLombardia




In pronto soccorso precedenza ai casi più gravi.

Priority is given to the most urgent cases.

Priorität des casus más graves.

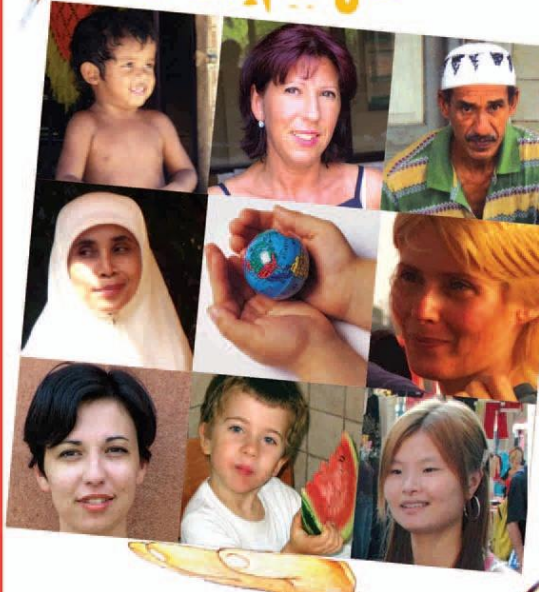
الأسبقية للحالات الخطيرة



<p>ROSSO TRIS GRANDE URGENZA De grau de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>紅色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>ROSSO EMERGENZA Peruta di mare gravitate, peruta astuta</p> <p>紅色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>RED EMERGENCY High de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>紅色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>ROSSO EMERGENZA Peruta di mare gravitate, peruta astuta</p> <p>紅色 緊急 有生命危险, 極危重</p>
<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
<p>GIALLO URGENZA Urgenza elevata, massimo tempo per essere visto dal personale.</p> <p>黃色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>GIALLO URGENZA Urgenza elevata, massimo tempo per essere visto dal personale.</p> <p>黃色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>YELLOW URGENT Serious injury, high level of urgency, may affect the body if not treated promptly</p> <p>黃色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>AMARELLO Urgenza elevata, massimo tempo per essere visto dal personale.</p> <p>黃色 緊急 有生命危险, 極危重</p>
<p>VERDE URGENZA MINORE Assun de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>綠色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>VERDE URGENZA MINORE Assun de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>綠色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>GREEN URGENT Low de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>綠色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>VERDE URGENZA MINORE Assun de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>綠色 緊急 有生命危险, 極危重</p>
<p>BIANCO URGENZA Case de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>白色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>BIANCO URGENZA Case de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>白色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>WHITE NO URGENCY Low de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>白色 緊急 有生命危险, 極危重</p>	<p>BIANCO URGENZA Case de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>白色 緊急 有生命危险, 極危重</p>
<p>ATTENTION In caso de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>注意 有生命危险, 極危重</p>	<p>ATTENZIONE In caso de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>注意 有生命危险, 極危重</p>	<p>PAY ATTENTION In case de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>注意 有生命危险, 極危重</p>	<p>PRESTAR ATENCIÓN In caso de mare gravitate, peruta astuta</p> <p>注意 有生命危险, 極危重</p>

RegioneLombardia Un sistema libero, un sistema sano.

IL SOCCORSO IN 8 LINGUE



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì

**FONDAZIONE IRIICA, POLICLINICO SAN MATTEO, PAVIA
ISTITUTO CLINICO ERGASIA PRINOTTO, VIGEVANO
DIRETTORE DOTT. SSA MARIA ANTONIETTA BISSANI**

تفسير رموز الألوان نسبة لدرجة الخطورة

الرمز الأحمر: حالة طارئة
○ CODICE ROSSO : emergenza
هذا الرمز مخصص للحالات التي تشكل خطورة واضحة على حياة المريض، أو بالأحرى في الحالات التي تُمس أحد العناصر الأساسية الثلاثة التالية:
1 – جهاز الدورة الدموية، 2- الجهاز التنفسي، 3- حالة الجنب عن الوعي
في هذه الحالات يتم إيداع المريض على الفور إلى قاعة إجراء الفحوصات، ليس هناك وقت للانتظار.

الرمز الأصفر: حالة لا يمكن تأخيرها
○ CODICE GIALLO : urgenza indifferibile
هذا الرمز مخصص للحالات التي يمكن أن تشكل خطورة على حياة المريض، أو بالأحرى في الحالات التي يمكن أن تُمس أحد العناصر الأساسية الثلاثة المذكورة بالأعلى.
في هذه الحالات يتم إيداع المريض على الفور إلى قاعة إجراء الفحوصات، وذلك بالأخذ بعين الاعتبار الحالات الطارئة الأخرى الجارية في تلك اللحظة، الوقت المحتمل للانتظار لا يجب أن يتجاوز 10 دقائق، ومن الضروري إجراء فحص تشخيصي للمريض بعد 5-15 دقيقة.

الرمز الأخضر: حالة يمكن تأجيلها
○ CODICE VERDE : urgenza differibile
هذا الرمز مخصص للحالات التي تتطلب إيمعاف طلي، والذي يمكن تأجيلها، وبالتالي لا تشكل خطورة واضحة على حياة المريض، ولا تُمس أحد العناصر الأساسية المذكورة بالأعلى.
في هذه الحالات يتم إيداع المريض إلى العيادة بعد حالات الرمز الأحمر والأصفر.

الرمز الأبيض: حالة غير طارئة
○ CODICE BIANCO : non urgenza
هذا الرمز مخصص للمرضى الذين يتطلعون إلى إيمعاف طلي التي لا تؤثر فيها أي عنصر من عناصر الطوارئ.
أولئك المرضى تم تخصيصهم إيداعات أخرى في قسم الطوارئ.
في هذه الحالات يتم إيداع المريض إلى العيادة بعد حالات الرمز الأحمر والأصفر والأخضر.
يتوجب دفع الصرية الصحية لإجراء هذه الفحوصات الطبية (Ticket)

(JCI-ACC. 1.3)
In riferimento a JCI – Standard per Ospedali e per la Sicurezza del Paziente – Maggio 2008

Comunicazione , informazione e divulgazione ambito attesa

Consigli utili

IN CASA

- Mantenere le persiane abbassate e favorire le correnti d'aria
- Bere molta acqua (anche se non si ha sete)
- Consumare pasti leggeri, frutta e verdura
- Vestire abiti leggeri, chiari, non aderenti e in fibra naturale
- Climatizzare l'ambiente

FUORI CASA

- Evitare di uscire nelle ore più calde
- Vestire abiti leggeri, chiari, non aderenti, in fibra naturale
- Indossare copricapi
- Non esposi alla luce diretta del sole
- Evitare l'esercizio fisico nelle ore più calde
- Ricordarsi di bere anche quando non si ha sete
- Evitare sforzi inutili
- Cercare refrigerio nei centri commerciali con aria condizionata

IN AUTO

- Non viaggiare nelle ore più calde
- Vestire abiti leggeri, chiari, non aderenti, in fibra naturale
- Utilizzare le tendine taglia sole
- Se possibile, viaggiare in autovetture climatizzate
- Evitare le ore a traffico più intenso
- N.B. Non lasciare persone o animali nelle auto al sole, neppure per pochi minuti!

EVITARE

- Alcolici e caffè
- Bevande fredde o troppo calde
- Esposizione a sbalzi repentini di temperatura
- Pasti abbondanti
- Modifiche arbitrarie di terapie

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE
ICCS Policlinico San Matteo PAVIA

Il grande caldo

Consigli GENERALI PER LA POPOLAZIONE


Una serie di semplici abitudini e misure di controllo e prevenzione possono aiutare a ridurre notevolmente l'impatto delle ondate di calore.



SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE
ICCS Policlinico San Matteo PAVIA
Dott.ssa Maria Antonietta Bressan
Piazzale Golgi, 1 PAVIA
Tel. 0382 502.752 - Fax 0382 502.606

Servizio Pronto Soccorso-Accettazione
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
Direttore Dott.ssa Maria Antonietta Bressan

Se sei incinta o pensi di esserlo, informa il medico di pronto Soccorso prima della prescrizione di esami radiologici o terapie



If you are pregnant or you think you are, please inform the emergency room doctor before any treatment or X-Ray test is ordered

Si estás embarazada o piensas en serlo, informa a tu médico de primeros auxilios antes de la prescripción de exámenes radiológicos o terapias

Si vous êtes enceinte ou vous avez le doute de l'être, informez le médecin des urgences avant qu'il prescrive un examen radiologique ou un traitement


لإحلام أو أنك قد تكونين حاملاً، أخبري طبيبك قبل إجراء فحص طبي أو إجراء اختبار أشعة إكس.

لإحلام أو أنك قد تكونين حاملاً، أخبري طبيبك قبل إجراء فحص طبي أو إجراء اختبار أشعة إكس.

(GIAACC, 1.3)
In riferimento a JCI – Standard per Ospedali e per la Sicurezza del Paziente – Maggio 2009

Servizio Pronto Soccorso-Accettazione
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
Direttore Dott.ssa Maria Antonietta Bressan

Se devi cambiare il tuo bambino chiedi al personale che ti indicherà la nursery con il fasciatoio.



If you need to change diaper to your baby, please ask the staff, they will show you the nursery with the baby-changing unit.

Si tienes que cambiar el pañal a tu hijo, pregunta al personal que te indicará la nursery con el cambiador.

Si tu dois changer la couche a ton enfant, s'il te plait, demandes au personnel. Ils t'indiqueront la nursery avec la table à langer.

(GIAACC, 1.3)
In riferimento a JCI – Standard per Ospedali e per la Sicurezza del Paziente – Maggio 2009

SERVIZIO DI PRONTO SOCCORSO ACCETTAZIONE
Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
Direttore Dott.ssa Maria Antonietta Bressan

Influenza

Vademecum pratico

Un virus dai grandi numeri
L'influenza è una malattia virale che costituisce un ricorrente problema di sanità pubblica a causa della sua elevata contagiosità, per la variabilità antigenica del virus influenzale, per l'esistenza di serotipi annuali e per le possibili gravi complicanze. Si stima che nel Paesi industrializzati la mortalità per influenza rappresenta la terza causa di morte per malattie infettive, immediatamente dopo AIDS e tubercolosi. Le ripercussioni sanitarie ed economiche della malattia costituiscono un rilevante problema, da un punto di vista clinico, dell'influenza (Adenovirus, Rhinovirus, virus sinciziale respiratorio etc.).

Come si trasmette?
Per via aerea, attraverso le goccioline di saliva emesse con la tosse, lo starnuto o anche semplicemente parlando. Il periodo di contagiosità comincia un po' prima che il manifestato i primi sintomi (mal di gola, febbre, ecc.) e si prolunga per 5-7 giorni, solitamente il periodo di contagiosità è un po' più lungo nei bambini che negli adulti. Il periodo di incubazione dell'influenza è molto breve, da 1 a 4 giorni (in media 2). Il virus dell'influenza, che esiste in molte forme, si diffonde facilmente, spesso in situazioni di basso tenore di umidità, e diffonde facilmente negli ambienti chiusi.

Quali sono i sintomi dell'influenza?
I sintomi dell'influenza sono comuni a molte altre malattie: febbre, mal di testa, malessere generale, tosse, raffreddore, dolori muscolari e articolari. Soprattutto nei bambini il possono manifestare anche sintomi a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea, vomito, diarrea).

Come si cura l'influenza?
L'influenza è una malattia a decorso benigno e si risolve spontaneamente nel giro di una settimana. Il trattamento è sintomatico e mira a alleviare i sintomi. Per i bambini, il trattamento deve essere effettuato sotto la supervisione di un medico. Sono disponibili farmaci antivirali che possono ridurre la durata e la gravità dei sintomi, ma non sono raccomandati per tutti i bambini. Il trattamento sintomatico è sufficiente nella maggior parte dei casi di influenza non complicata. In presenza di complicazioni (polmoniti o di altro tipo) va prescritta e somministrata una terapia specifica sotto controllo medico.

Quando si debbono usare gli antibiotici?
Gli antibiotici sono attivi solo contro le infezioni batteriche e perciò nell'influenza, patologia di origine virale, non hanno alcun effetto. L'indicazione al loro utilizzo va riservata al medico.

Per chi è utile la vaccinazione antinfluenzale?
La vaccinazione antinfluenzale è un intervento di profilassi che può essere utile per tutti coloro che desiderino evitare di essere infettati e contribuire a ridurre la circolazione dei virus influenzali.

Per chi è necessaria la vaccinazione antinfluenzale?
I serotipi terminali di prevenzione dovranno offrire gratuitamente la vaccinazione antinfluenzale a:
- soggetti di età pari o superiore a 65 anni;
- soggetti in età infantile ed adulti affetti da:
a) malattie croniche a carico dell'apparato respiratorio, circolatorio, urologico;
b) malattie degli organi ematopoietici;
c) diabete ed altre malattie croniche;
d) interventi di immunosoppressione intensiva;
e) malattie congenite o acquisite che comportino carenze produttive di anticorpi, inclusa l'infezione da HIV;
f) patologie per le quali sono programmati importanti interventi chirurgici;
- bambini non trattati soggetti a ripetuti episodi di patologie demieliniche che richiedono prolungata somministrazione di acido acetilsalicilico e a rischio di Sindrome di Reye nel caso di infezione influenzale.

Fonte da www.saluteonline.it

Take home messages 1

□ Rischio Clinico e pazienti fragili

Prestare molta attenzione alla accoglienza, alla registrazione, alla gestione e ai rapporti relazionali con i pazienti “fragili” .

□ Rischio Clinico e affollamento

Prestare molta attenzione nei momenti di sovraffollamento e di boarding del Pronto Soccorso.

□ Rischio Clinico e comunicazione/informazione

stare molto attenti sulle modalità di comunicazione delle informazioni relative il paziente nel passaggio tra territorio e ospedale e all'interno degli ospedali.

Take home messages 2

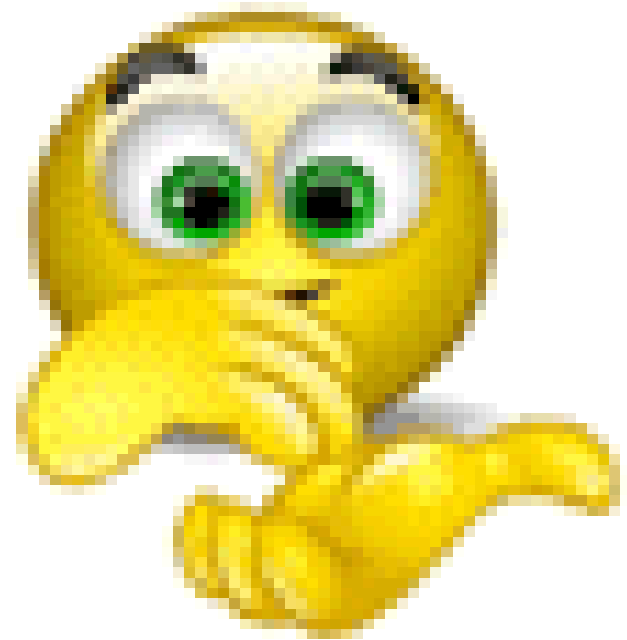
□ Rischio Clinico e gestione dell'attesa

Prestare molta attenzione alla gestione della attesa assistita dei Pazienti in attesa di visita o in fase di accertamento

□ Rischio Clinico e paziente allontanato

prestare molta attenzione al paziente che si allontana prima di essere visitato

Grazie



m.bressan@smatteo.pv.it