

I DIECI CRITERI APPLICATI ALLA MEDICINA DI PRONTO SOCCORSO

FAST

SLOW

1. METODO	<u>Riduzionista e semplicistico:</u> basato sul rapporto evento-effetto, orientato alla definizione diagnostica, più certezze che dubbi.	<u>Sistemico e probabilistico:</u> basato sulla complessità dei rapporti contesto/storia clinica – evento – possibili effetti, orientato all'ipotesi diagnostica, più dubbi che certezze, tiene a mente l'eccezionalità.
2. PERSONALE: - medico - infermiere, OSS, altri	<u>Orientamento correttivo e affidatario:</u> corregge (sintomi e segni), demanda agli specialisti. <u>Orientamento esecutivo:</u> esegue le disposizioni.	<u>Orientamento valutativo e integrativo:</u> valuta (sintomi e segni) integra le valutazioni specialistiche <u>Orientamento collaborativo:</u> collabora alla valutazione e esegue le disposizioni
3. PAZIENTE	Una persona da sistemare (prevale la logica del posto letto o dimissione)	Una persona da curare (prevale la logica della soluzione del problema)
4. OBIETTIVI	Orientati verso il controllo dei sintomi e la sistemazione dove possibile (ricovero, invio a domicilio).	Orientati verso la stabilizzazione clinica, il percorso diagnostico e terapeutico, la sistemazione più appropriata.
5. TRATTAMENTI	Centrati sulla sintomatologia e sulla correzione delle alterazioni critiche degli esami laboratoristici e strumentali.	Centrati sull'insieme dei fattori che costituiscono una minaccia per la vita o la perdita di una funzione d'organo.
6. CURE	Prevalentemente sintomatici, altre cure demandate agli specialisti.	Non solo sintomatici, altre cure concordate con gli specialisti.
7. DECISIONI	<u>Atteggiamento difensivo:</u> stretta adesione a procedure e protocolli standardizzati.	<u>Atteggiamento clinico:</u> applicazione delle procedure e protocolli standardizzati al contesto e alla situazione clinica individuale.
8. RISULTATI	Dipendono da relazioni lineari di causa-effetto, statiche, isolate, ripetibili e riproducibili.	Dipendono da sistemi dinamici, instabili, interconnessi, multidimensionali, aperti al cambiamento.
9. CONCLUSIONI	Analisi quantitative centrate sulla media: accessi, tempi di attesa, codici colore, ricoveri inappropriati secondo DRG ecc.	Analisi quanti e qualitative centrate sul processo e sugli esiti: dimissioni improprie, ripetuti accessi per la stessa patologia, errori diagnostici ecc.
10. FORMAZIONE	Orientata alla tecnica e alle procedure, tende ad escludere emozioni e sentimenti.	Orientata alla conoscenza di sé, alla relazione e alle dinamiche di gruppo, tiene conto e sfrutta emozioni e sentimenti.