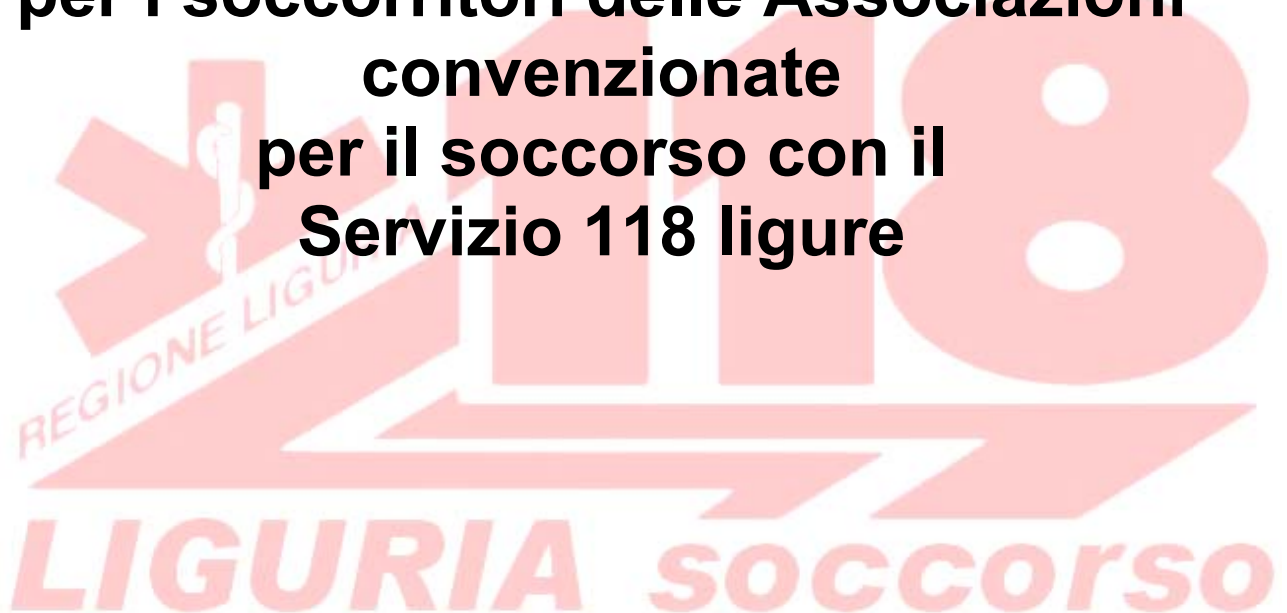


**Guida pratica
per i soccorritori delle Associazioni
convenzionate
per il soccorso con il
Servizio 118 ligure**



Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

Questa guida pratica per i soccorritori delle Associazioni convenzionate è stata redatta dal Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria.

Lo scopo principale della guida è quello di individuare i ruoli ed i compiti fondamentali che un soccorritore volontario certificato deve saper svolgere in base al corso previsto con la Delibera della Giunta Regionale n.1415 del 1999 “Centrali operative 118: Formazione del personale volontario delle associazioni convenzionate per i servizi di emergenza”.

Abbiamo ritenuto importante definire, inoltre, uno standard di intervento omogeneo su tutto il territorio ligure servito dal “118”.

Questo lavoro sarà sottoposto a periodiche revisioni in ragione dell’evoluzioni delle linee guida proposte dalle società scientifiche, di nuove normative e di eventuali esigenze organizzative del sistema di emergenza ligure.

Consideriamo la presente come prima stesura ed invitiamo quindi i volontari delle Associazioni convenzionate, assieme al personale del “118”, a voler fornire eventuali suggerimenti e consigli per poter rendere questo manuale sempre più aderente alle esigenze del nostro sistema di emergenza.

Ringraziamo i nostri collaboratori che, con la loro competenza professionale, hanno profuso un notevole impegno nella stesura di questo lavoro, che ci auguriamo possa rappresentare un valido strumento per migliorare la qualità del soccorso sanitario sul nostro territorio.

INDICE DEGLI ARGOMENTI

1. II SERVIZIO 118: L'ORGANIZZAZIONE NAZIONALE, REGIONALE E LOCALE
2. I CODICI
3. LE COMUNICAZIONI RADIO
4. NORME GENERALI DI CONDOTTA DEI SOCCORRITORI DURANTE
L'INTERVENTO
5. IL SERVIZIO DI AUTOMEDICA
6. GLI INTERVENTI CON L'ELICOTTERO
7. APPROCCIO AL PAZIENTE DA SOCCORRERE
8. ALGORITMO DELLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE DI BASE:
ADULTO
9. ALGORITMO PER L'OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO
O.V.A.C.E.
10. ALGORITMO PER L'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO
11. VALUTAZIONE DELLA VITTIMA IN CASO DI TRAUMA
12. CONFUSIONE/SONNOLENZA
13. CONVULSIONI
14. ICTUS
15. SOSPETTO ABUSO DI FARMACI O ASSUNZIONE DI SOSTANZE TOSSICHE
16. SOSPETTA OVERDOSE DA MORFINICI
17. PAZIENTI INANIMATI-COMA
18. DOLORE TORACICO
19. DIFFICOLTA' RESPIRATORIA
20. VITTIME DI IMMERSIONE

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007

21. PAZIENTE USTIONATO
22. LESIONI DA FREDDO
23. STATO DI AGITAZIONE “CRISI DI NERVI” O “D’ANSIA”
24. PAZIENTE PEDIATRICO CON DIFFICOLTA’ DI RESPIRO
25. ALGORITMO DELLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE DI BASE:
PEDIATRICA
26. PARTO IMPROVVISO
27. PRESA IN CARICO DEL NEONATO DOPO IL PARTO
28. MAXI-EMERGENZE
29. LINEE GUIDA DI TRATTAMENTO DI SANIFICAZIONE DELLE AMBULANZE
30. VALUTAZIONE S.T.A.R.T.
31. POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA
32. RIMOZIONE CASCO
33. POSIZIONAMENTO DEL COLLARE CERVICALE
34. POSIZIONAMENTO DI KED
35. POSIZIONAMENTO DI BARELLA CUCCHIAIO
36. POSIZIONAMENTO DI IMMOBILIZZATORE PER ARTI
37. POSIZIONAMENTO DI BARELLA SPINALE
38. POSIZIONAMENTO DI MATERASSINO A DEPRESSIONE
39. NORMATIVA

1. II SERVIZIO 118: L'ORGANIZZAZIONE NAZIONALE, REGIONALE E LOCALE

Il 118 è stato istituito con un decreto del presidente della repubblica il 27 marzo 1992.

L'attività del servizio, che è stata successivamente regolata dalle norme nazionali e regionali emanate nel corso degli anni, si è estesa dalla sola gestione del soccorso sanitario extraospedaliero a compiti complessi riguardanti la partecipazione alla gestione delle maxi emergenze, la protezione civile, l'educazione sanitaria sui temi dell'urgenza.

In sintesi i compiti del servizio 118 sono:

1. ricezione della chiamata,
2. valutazione delle necessità,
3. invio dei mezzi di soccorso sanitario,
4. eventuale allertamento delle strutture di soccorso tecnico e delle forze dell'ordine,
5. trattamento del/i pazienti sul posto,
6. trasporto verso l'ospedale idoneo,
7. assistenza organizzativa per il trasferimento di urgenza interospedaliero di pazienti in condizioni critiche,
8. assistenza organizzativa per il trasporto in urgenza di sangue, farmaci, ecc.,
9. assistenza organizzativa per le attività connesse al trapianto di organi,
10. gestione delle maxi emergenze in collaborazione con gli enti e le strutture deputate al soccorso e alla sicurezza pubblica.

In Liguria vi sono cinque servizi 118, uno per ogni azienda sanitaria locale: Imperiese, Savonese, Genovese, Tigullio e Spezzino.

Sono strutture del 118: la centrale operativa (CO), le postazioni dei mezzi di soccorso. questi ultimi distinti in mezzi di soccorso avanzato (MSA-automediche) e di base (MSB-le ambulanze delle associazioni di volontariato).

Il servizio di elisoccorso e' garantito a livello regionale dal nucleo elicotteri dei Vigili del fuoco con sede presso l'aeroporto di Genova.

Le Associazioni di volontariato (Pubbliche Assistenze-PPAA e Croce Rossa Italiana-CRI) mettono a disposizione le ambulanze per il soccorso ed il trasporto dei pazienti secondo i criteri identificati dalla convenzione regionale. A favore del personale delle Associazioni convenzionate sono previsti degli appositi corsi di formazione per "soccorritori" organizzati localmente dai

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

servizi 118 sulla base dell'apposito programma identificato dalla delibera regionale.

L'invio dei mezzi di soccorso deve essere autorizzato dalla CO del 118.

Quando la chiamata di soccorso giunge direttamente presso la sede della associazione la CO del 118 deve essere sempre avvisata telefonicamente della richiesta di soccorso.

Il preavviso telefonico permette all'operatore del 118 di aprire immediatamente la scheda di intervento ed inoltre consente al personale della CO di mettersi in contatto con chi ha richiesto il soccorso per tutte le successive valutazioni del caso.



2. CODICI

SONO DEFINITI SULLA BASE DEL DECRETO SULLA CODIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI DI EMERGENZA DEL 15 MAGGIO 1992 DEL MINISTERO DELLA SANITÀ

CODICI DI GRAVITÀ

CODIFICA RIFERITA ALLA FASE DI INVIO SULL'EVENTO

CODICE ROSSO INTERVENTO DI EMERGENZA-

Si riferisce a servizi non prorogabili nel tempo, in cui è ipotizzabile la compromissione delle funzioni vitali.

Alcuni Esempi:

- pazienti incoscienti/inanimati
- difficoltà respiratorie (non riesce nemmeno a parlare)
- dolore toracico
- ustionati
- emorragie imponenti
- folgorati
- vittime di immersione
- pazienti con sospette fratture multiple

Oppure con un meccanismo di lesione la cui dinamica fa prevedere una **probabile** compromissione delle funzioni vitali.

Alcuni esempi:

- veicolo precipitato con passeggeri a bordo
- caduta da più di tre metri
- incidente stradale quattro ruote/due ruote
- investimento di pedone
- incidente stradale con mezzi pesanti
- ferite da arma da fuoco
- ferite da arma bianca
- amputazione di arti sopra la caviglia o il polso
- pazienti incastrati
- incidenti con il coinvolgimento di molti feriti
- ustioni estese

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

**CODICE GIALLO -URGENZA-
FUNZIONI VITALI INTEGRE**

La situazione sanitaria è di gravità intermedia; l'intervento è indifferibile

Alcuni Esempi:

- pazienti confusi/soporosi
- pazienti con sospetta frattura di un osso lungo
- fratture scomposte
- difficoltà respiratorie
- emorragie modeste
- coliche
- dolori toracici di breve durata (meno di cinque minuti)

**CODICE VERDE -URGENZA MODESTA-
La situazione sanitaria è poco critica;**

Alcuni Esempi:

- Ferite lievi ed escoriazioni
- Sospette fratture di piccoli segmenti ossei (mano e piede)
- distorsioni

CODICE BIANCO -NON CRITICO-

Un servizio che con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi.

CODIFICA RIFERITA ALLA PATOLOGIA PREVALENTE

C (charlie) 1: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE TRAUMATICA

C (charlie) 2: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE CARDIOCIRCOLATORIA

C (charlie) 3: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE RESPIRATORIA

C (charlie) 4: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE NEUROLOGICA

C (charlie) 5: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE PSICHIATRICA

C (charlie) 6: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE NEOPLASTICA

C (charlie) 7: SOSPETTA INTOSSICAZIONE

C (charlie) 8: ALTRA PATOLOGIA

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

C (charlie) 9: PATOLOGIA NON IDENTIFICATA

C (charlie) 0: SOSPETTO ETILISTA

CODIFICA RIFERITA ALLA SITUAZIONE PREVALENTE

S STRADA
P UFFICI ED ESERCIZI PUBBLICI
Y IMPIANTI SPORTIVI
K CASA
L IMPIANTI LAVORATIVI
Q SCUOLA
Z ALTRI LUOGHI

CODIFICA RIFERITA ALLA FASE DI INTERVENTO DEGLI OPERATORI DEL MEZZO DI SOCCORSO SULL'EVENTO

E' la valutazione sanitaria del paziente **effettuata dal personale giunto sul luogo** dell'evento

I (india) **0** (zero): soggetto che non necessita di intervento
Non è autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi.

I (india) **1** (uno): soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve
Non è autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi.

I (india) **2** (due): soggetto affetto da forma morbosa grave
E' autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi

I (india) **3** (tre): soggetto CON compromissione delle funzioni vitali
E' autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi

I (india) **4** (quattro): deceduto

NB l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi non è motivo per mantenere una guida veloce e/o pericolosa!!

3. LE COMUNICAZIONI RADIO

Il servizio 118 utilizza per le comunicazioni radio le frequenze assegnate a questo scopo dal ministero delle poste e telecomunicazioni.

Eventuali altre frequenze diverse possono essere utilizzate in casi di situazioni particolarmente critiche nel rispetto della normativa vigente previa autorizzazione del relativo gestore.

L'utilizzo della radio e' strettamente riservato alle comunicazioni di servizio. la peculiarità di questo mezzo di trasmissione, nettamente differente dal telefono, richiede la conoscenza delle specifiche modalità di comunicazione. Considerare sempre l'utilizzo delle selettive per evitare di occupare la frequenza.

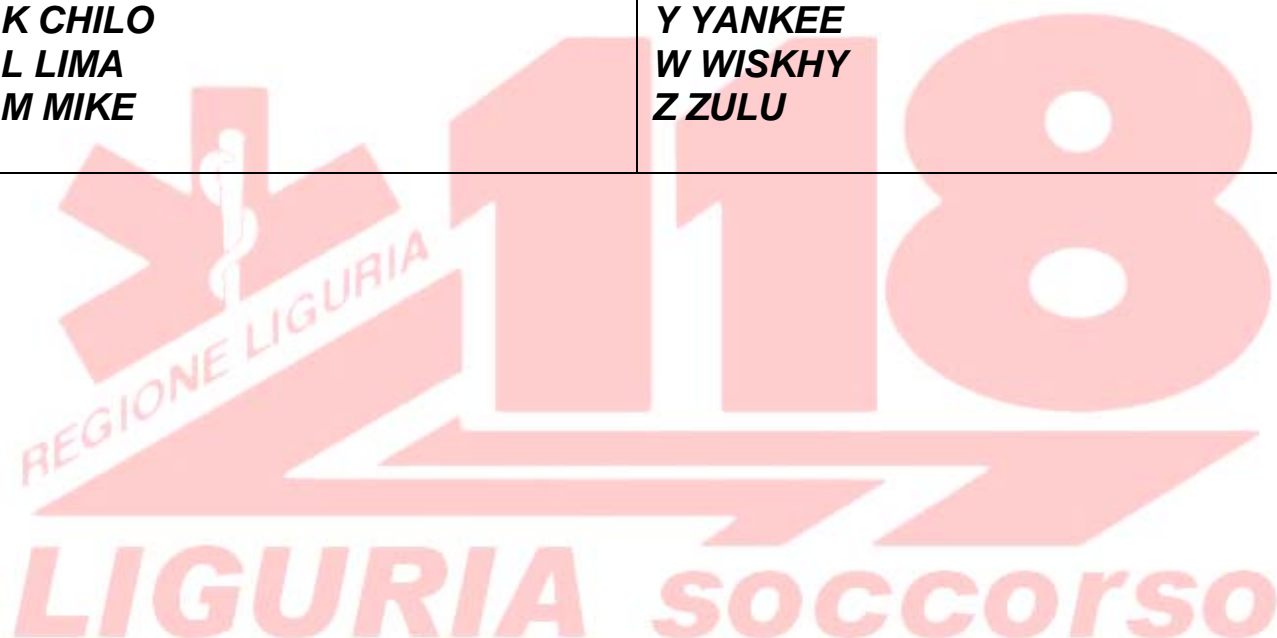
Selettive:

- 1 DISPONIBILE
- 2 PARTENZA
- 3 ARRIVO SUL POSTO
- 4 CARICO PAZIENTE/RIENTRO
- 5 ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO
- 6 LIBERO
- 7 NON DISPONIBILE

Alcuni consigli:

- pensare bene cosa dire prima di trasmettere,
- parlare in modo conciso e chiaro,
- prima di parlare aspettare qualche istante per evitare di perdere la prima parte della comunicazione (tempo di attivazione del ponte radio),
- tenere presente che nelle comunicazioni radio si parla uno per volta e tutti gli altri ascoltano (le comunicazioni non sono riservate),
- per questo motivo, nei limiti del possibile, non e' opportuno parlare di dati sensibili riferiti alle persone soccorse,
- in caso di comunicazioni complesse e' sempre consigliabile utilizzare il telefono.

ALFABETO ICAO (MODIFICATO)	
A ALFA	N NOVEMBRE
B BRAVO	O OSCAR
C CHARLIE	P PAPA
D DELTA	Q QUADRO (QUEBEC)
E ECO	R ROMEO
F FOX	S SIERRA
G GOLF	T TANGO
H HOTEL	U UGUALE (UNIFORM)
I INDIA	V VICTOR
J JOLLY	X X-RAY
K CHILO	Y YANKEE
L LIMA	W WISKHY
M MIKE	Z ZULU



4. NORME GENERALI DI CONDOTTA DEI SOCCORRITORI NEL CORSO DELL'INTERVENTO

Quando la chiamata di soccorso giunge direttamente presso la sede della associazione convenzionata chiedere il numero telefonico del chiamante e comunicarlo alla CO del 118 che deve essere sempre avvisata telefonicamente della richiesta di soccorso.

Il preavviso telefonico permette all'operatore del 118 di aprire immediatamente la scheda di intervento ed inoltre consente al personale della CO di mettersi in contatto con chi ha richiesto il soccorso per tutte le successive valutazioni del caso.

In ogni caso comunicare alla CO il codice radio identificativo del mezzo che verrà utilizzato per l'intervento.

Composizione dell' equipaggio:

E' opportuno individuare sempre la figura del responsabile dell'equipaggio. Per gli interventi di soccorso, se possibile, è opportuno essere in tre.

Prima della partenza:

- comunicare alla CO il codice radio della mobile in uscita,
- accendere la radio,
- accendere l'eventuale cellulare di servizio,
- comunicare la partenza (selettiva).

Prima dell'arrivo:

- pianificare, se possibile, l'attuazione dell'intervento,
- comunicare con l'automedica, se inviata,
- reperire eventuali altri dati relativi al soccorso,
- ricordarsi che il telefono permette comunicazioni complesse,
- indossare i guanti.

Giunti sul posto:

- comunicare l'arrivo sul posto (selettiva),
- indossare i guanti prima di scendere dall'ambulanza,
- ricordarsi la radio portatile,
- "colpo d'occhio" per la valutazione generale della situazione (anche ai fini della propria sicurezza!!!), e per
- valutare eventuali necessità di ulteriori risorse,
- appena possibile comunicare le condizioni del paziente (codice india), rilevando lo stato di coscienza (cosciente, confuso, incosciente,

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

inanimato), la frequenza del polso, la frequenza del respiro, ecc, ed eventuali altre situazioni,

- mettersi in comunicazione con l'automedica, se non ancora arrivata,
- se non è presente l'automedica, o in sua attesa, il responsabile dell'equipaggio della ambulanza intervenuta, coordina l'intervento assieme al personale dei VVF e/o delle forze dell'ordine, se eventualmente già presenti. Ognuno per le proprie competenze,
- mantenere un costante contatto con la CO.

Nel corso dell'intervento e durante il rientro:

- se non presente il personale della automedica monitorare costantemente il paziente (coscienza, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, eventuale saturimetria, ecc.), e
- riferire immediatamente ogni variazione dei parametri alla CO.

La guida

- l'autista è responsabile della sicurezza dei passeggeri e del veicolo,
- quando il paziente è a bordo occorre evitare le brusche accelerazioni e le frenate brutali così come la velocità eccessiva,
- se presente il personale sanitario (medico o infermiere) eventualmente presente decide le modalità di andatura del mezzo in relazione alle condizioni cliniche del paziente.

UTILIZZO DEI DISPOSITIVI SUPPLEMENTARI DI ALLARME

CODICE ROSSO - EMERGENZA-

E' autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi in conformità alla vigente normativa.

CODICE GIALLO -URGENZA-

E' autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi in conformità alla vigente normativa.

CODICE VERDE -URGENZA MODESTA-

Non è autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi.

CODICE BIANCO -NON CRITICO-

Non è autorizzato l'utilizzo dei segnalatori acustico e luminosi.

1. L'attribuzione di un codice rosso o giallo **autorizza ma non obbliga** ad usare i dispositivi supplementari di allarme. L'autista del mezzo deve

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

utilizzare responsabilmente tali presidi in relazione alle necessità del momento.

2. Tenere accese le luci anabbaglianti.
3. **In nessun caso dovranno essere impiegati i proiettori abbaglianti**, i quali per la loro potenza, potrebbero creare complicazioni visive negli altri automobilisti e pedoni, generando panico, confusione e, comunque, disturbandone le traiettorie di disimpegno e allontanamento dalla strada.

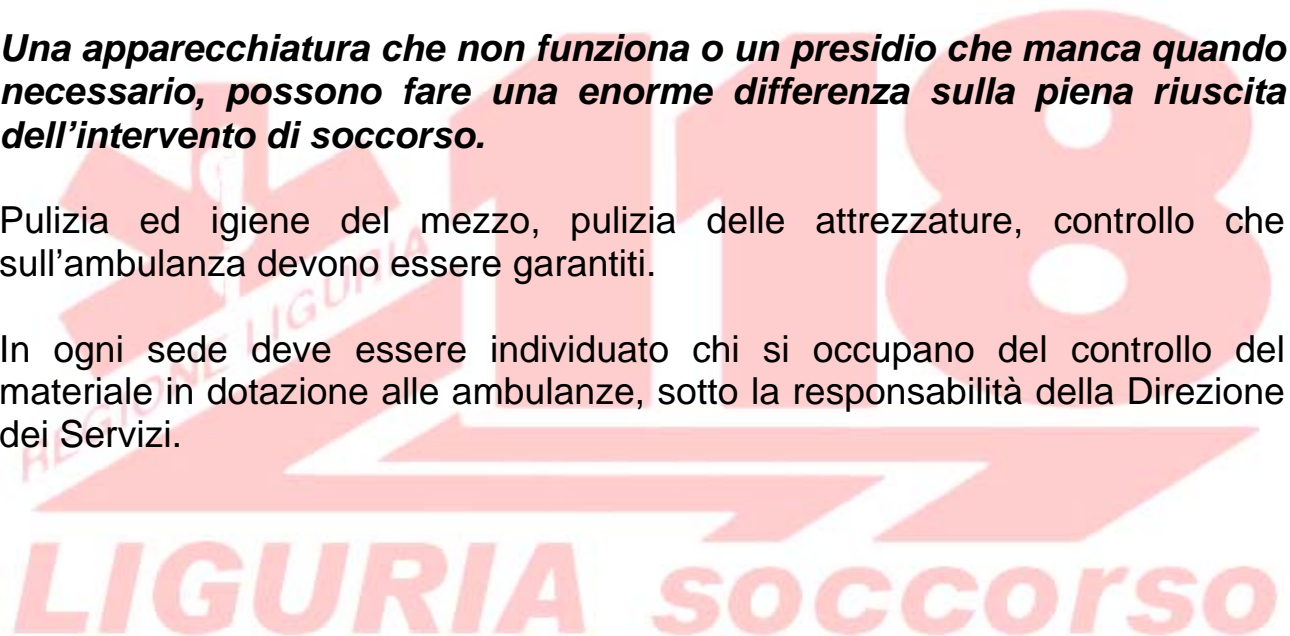
Controllo ambulanza ed attrezzature:

Il materiale in dotazione delle ambulanze di soccorso deve essere periodicamente controllato. Della strumentazione a disposizione ne deve essere accertato l'effettivo funzionamento.

Una apparecchiatura che non funziona o un presidio che manca quando necessario, possono fare una enorme differenza sulla piena riuscita dell'intervento di soccorso.

Pulizia ed igiene del mezzo, pulizia delle attrezzature, controllo che sull'ambulanza devono essere garantiti.

In ogni sede deve essere individuato chi si occupano del controllo del materiale in dotazione alle ambulanze, sotto la responsabilità della Direzione dei Servizi.



5. IL SERVIZIO DI AUTOMEDICA

IL SERVIZIO DI AUTOMEDICALIZZATA.

DEFINIZIONE:

L'automedicalizzata è un mezzo di soccorso avanzato per il trasporto di professionalità e tecnologie.

La gestione dell'intervento è a carico della Centrale operativa 118.

Durante un intervento l'auto può essere dirottata, dalla CO in qualsiasi momento su un intervento più critico.

Una volta sul posto è il medico dell'automedicalizzata che assume la responsabilità dell'intervento.

Gli identificativi radio nei cinque Servizi 118 sono:

1. DELTA a Spezia
2. TANGO nel Tigullio,
3. GOLF a Genova,
4. SIERRA a Savona,
5. ALFA a Imperia.

Le automediche:

- agiscono in appoggio ad altri mezzi di soccorso,
- vengono allertate e inviate unicamente dalla Centrale Operativa del 118, per cui le sedi o i mezzi mobili devono sempre riferirsi alla stessa,
- anticipano sul territorio il trattamento medico dei pazienti critici,
- non sono adibite al trasporto di pazienti.

Criteria di invio dell'automedicalizzata

L'automedicalizzata viene inviata immediatamente assieme all'ambulanza quando la Centrale operativa del 118 ha notizia di:

CASI MEDICI	⇒	PAZ. CODICE ROSSO
	⇒	PAZ. APPARENTEMENTE INANIMATI

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007

TRAUMA	⇒	CADUTA DA OLTRE 3 METRI
	⇒	PEDONI INVESTITI
	⇒	FERITE DA ARMA DA FUOCO
	⇒	FERITE DA ARMA BIANCA
	⇒	USTIONI ESTESE
	⇒	AMPUTAZIONE DI ARTI
	⇒	PAZ. INCASTRATI
	⇒	MOLTI FERITI COINVOLTI
	⇒	VEICOLO PRECIPITATO CON PASSEGGERI A BORDO

ALTRI CASI	⇒	ANNEGAMENTO
	⇒	FOLGORAZIONE

(esempi non esaustivi)

Nelle comunicazioni radio le automedicalizzate sono identificate l'iniziale internazionale" seguito dall'identificativo numerico (1, 2, 3).

L'ambulanza e l'automedicalizzata devono comunicare tra di loro:

- eventuali situazioni ambientali pericolose,
- le condizioni del paziente (prioritariamente i parametri vitali: cosciente, respira, ha polso),
- se ferma sul luogo del soccorso o se in viaggio verso il Pronto Soccorso (in questo caso l'autista dell'ambulanza deve saper indicare la strada che sta percorrendo).

Guida dell'automedicalizzata.

La guida deve essere sempre improntata alla massima prudenza e sicurezza. E' obbligatorio l'uso delle cinture di sicurezza anteriori e posteriori. Non fumare a bordo.

Compiti dei soccorritori negli interventi con l'automedica.

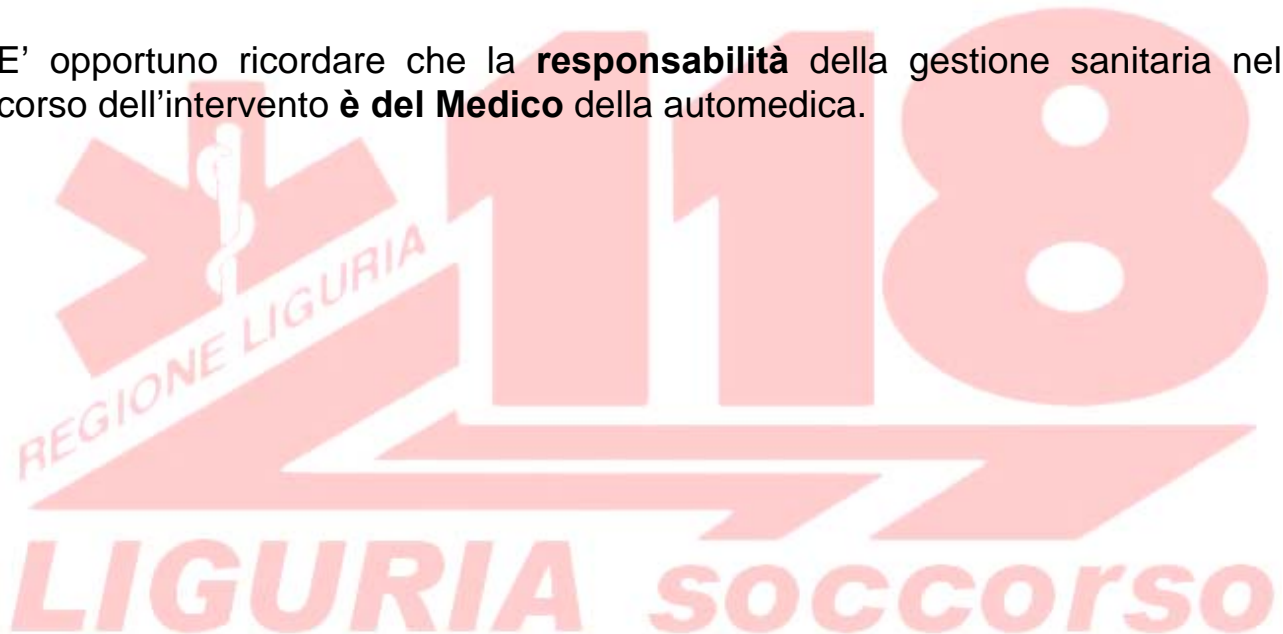
Sarebbe opportuno, se possibile, che su ogni ambulanza di soccorso ci fossero almeno 3 soccorritori.

Compiti:

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

- Mantenere le comunicazioni radio con la Centrale Operativa del 118 e con l'automedica (ad es. dando indicazioni su come raggiungere il luogo del soccorso);
- rilevare eventuali pericoli sul luogo del soccorso (sicurezza ambientale);
- preparare il materiale che occorre prima dell'arrivo dell'automedica;
- verificare e comunicare i parametri vitali della persona soccorsa (coscienza, respiro, polso, caratteristiche della cute, pressione arteriosa etc.);
- organizzare le prime cose da fare (materiale occorrente, prime manovre di rianimazione cardio polmonare ecc.);
- seguire le disposizioni dell'automedica per quanto riguarda la destinazione da raggiungere e la velocità del mezzo

E' opportuno ricordare che la **responsabilità** della gestione sanitaria nel corso dell'intervento **è del Medico** della automedica.



6. GLI INTERVENTI CON L'ELICOTTERO

L'elicottero utilizzato per il soccorso sanitario in Liguria è contraddistinto dall'identificativo "Drago".

Il suo equipaggio, in ordine di volo completo, è formato da personale dei Vigili del Fuoco (n°2 piloti, n°1 motorista-vericellista, n°2 specialisti SAF) e personale sanitario del Sistema 118 ligure (medico ed infermiere).

La gestione dell'intervento è un'attività coordinata dalle Centrali Operative 118 e dalle Centrali Operative 115 (Nucleo Elicotteri) interessate dall'evento, dal momento che nella nostra regione tale servizio è svolto in convenzione con i Vigili del Fuoco.

L'elicottero viene allertato secondo i medesimi criteri di invio dell'automedicalizzata, in particolare osservando i criteri situazionali dell'evento oltre che le caratteristiche cartografiche del luogo in cui è accaduto l'evento (es. intervento in zone impervie, mare, montagna o località difficilmente raggiungibili) ed avviene in totale autonomia.

L'efficacia del servizio in termini clinici è fornita dall'estesa area di copertura e dalla possibilità di accompagnare velocemente l'infortunato presso l'Ospedale più idoneo, seppur a notevole distanza dall'evento.

Nel momento in cui ci si appresta ad effettuare un intervento congiunto con l'elicottero, è necessario che i soccorritori a terra:

- Identifichino una possibile zona di atterraggio
- Instaurino le comunicazioni radio con il personale in volo
- Adoperino la giusta segnaletica per l'avvicinamento e l'atterraggio
- Applicino l'idoneo atteggiamento per approccio.

Area di atterraggio (Elisuperficie naturale)

E' necessario individuare un'area di atterraggio per l'elicottero che abbia le seguenti caratteristiche:

- Dimensione area: 40 mt.X40 mt., preferibilmente sopraelevata, situata ad una distanza minima di 50 e massima di 200 metri (se la zona fosse molto impervia) dal luogo in cui si trova l'infortunato, che dovrà essere mantenuto coperto e protetto;
- Essere lontani da fili tesi (teleferiche o linee elettriche) ed in una zona pianeggiante, priva di ostacoli fissi (es. grosse pietre) o mobili (es. teli);
- Garantire la sicurezza (es. caduta massi o valanghe) e l'assenza di pericoli imminenti (es. fuoco);

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

- Verificare accuratamente la stabilità del fondo, soprattutto se in erba. Ricordare che se il terreno è polveroso va bagnato, se innevato va battuto.

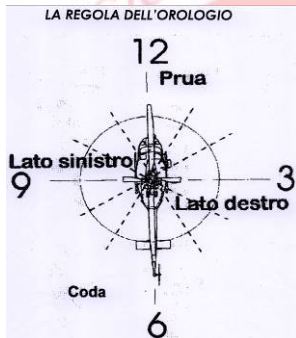
Ricordare che l'atterraggio dell'elicottero deve avvenire contro vento, ma se il vento non è forte, è preferibile avvenga con il sole alle spalle del pilota.

Si evidenzia che la decisione finale del luogo, la definizione e le modalità di atterraggio, sbarco personale di bordo ed imbarco paziente (es. verricellata) spettano univocamente al pilota.



Le comunicazioni

Si suggerisce di effettuare comunicazioni radio estremamente essenziali e prima che l'elicottero arrivi sulla scena, dal momento che in fase di atterraggio l'attenzione di entrambi gli operatori (a terra ed in volo) andrà focalizzata sulla gestione dell'area e del velivolo.



Nei casi in cui la localizzazione dell'area in cui atterrare non risulta di semplice rilevazione da parte del pilota, è necessario far riferimento alla "regola dell'orologio".

Con questo metodo, si immagina l'elicottero come una lancetta puntata verso le ore 12.00: l'operatore a terra dovrà fornire la propria posizione in ora rispetto ad essa (es. "vieni ad ore 3", significa virare a destra di 90°).

La segnaletica

Esistono vari tipi di segnali in commercio (es. fumogeni) per l'identificazione dell'area di atterraggio, tuttavia è preferibile utilizzare la segnaletica manuale (a vista).

Elicottero in fase di atterraggio

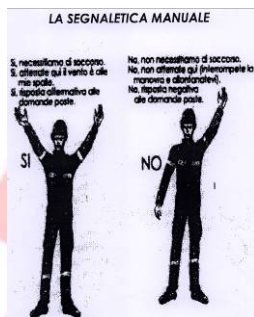
Prestare la MASSIMA ATTENZIONE alla sicurezza ambientale (es. oggetti spostati violentemente dal flusso d'aria, perdita del proprio equilibrio) ed indossare gli elementi di autoprotezione in dotazione (es. occhiali protettivi e casco).

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

MANTENERE UNA DISTANZA MINIMA DI 20 METRI DALL'AEROMOBILE, dando le spalle allo stesso nella fase di imminente atterraggio.

Elicottero a terra

- Attendere l'arrivo di un membro dell'equipaggio e seguire scrupolosamente le indicazioni fornite, senza prendere iniziative personali;
- Autorizzati all'avvicinamento, dirigersi **SEMPRE** verso il settore anteriore dell'elicottero;
- Muoversi con la massima calma ed attenzione: il rumore ed il forte vento potrebbero confondervi;
- Se il terreno non fosse pianeggiante, avvicinatevi restando dalla parte più bassa del pendio.



Ricordare sempre che l'ambulanza andrà parcheggiata in piena vista, anche se al sole, con porte e finestrini chiusi; in una eventuale fase di avvicinamento all'elicottero, l'approccio dovrà essere sempre frontale.

Quanto descritto contribuisce in maniera non trascurabile a creare un clima di sicurezza e fiducia reciproca tra le varie componenti, indispensabile nel quadro dell'ottimizzazione delle operazioni di soccorso.

7. APPROCCIO AL PAZIENTE DA SOCCORRERE

Sicurezza propria

Tutti i soccorritori (occasionalisti, volontari, professionisti) devono prestare particolare attenzione alla presenza di eventuali situazioni pericolose che si trovano sul luogo dell'evento.

Il primo dovere di ogni soccorritore è verso se stessi nell'assicurare la propria incolumità.

Un ambiente non sicuro può porre in grave pericolo le persone disattente.

Solo dopo che si è accertata l'assenza di ulteriori rischi evolutivi si è autorizzati a procedere oltre.

La valutazione iniziale del paziente deve **sempre** essere fatta accertando inizialmente:

1- lo stato di coscienza utilizzando la scala **A.V.P.U.**:

- A= allerta (**cosciente**)
- V= reagisce allo stimolo Verbale (**confuso**)
- P= Pain (dolore) reagisce solo allo stimolo doloroso (**soporoso**)
- U= Unresponsive (non risponde), **inanimato/incosciente** non reagisce nemmeno allo stimolo doloroso.

2- la frequenza degli atti respiratori in un minuto (**v.n. da 12 a 20 atti al minuto**),

3- la frequenza delle pulsazioni della arteria del polso e/o del collo (**v.n. da 60 a 100 battiti al minuto**),

4- la saturazione (**v.n. sopra il 95%**).

Il paziente è **cosciente** e nella scala AVPU viene quindi classificato come **“A”** quando:

ha gli occhi **aperti**, **parla** e risponde correttamente alle domande del soccorritore.

in questo caso la valutazione A-B-C è la seguente:

A- le vie aeree sono pervie

B- la respirazione è presente

C- arriva a sufficienza sangue ossigenato al cervello

Compiti dei soccorritori:

rilevare i parametri vitali frequenza respiratoria e polso e **referire** alla CO.

Procedere come richiesto dalle eventuali altre patologie presentate dal paziente.do:

Il paziente è **confuso** e nella scala AVPU viene quindi classificato come **“V”** quando:

puo' giacere immobile o anche essere agitato, in ogni caso reagisce se chiamato

aprendo gli occhi e rispondendo alle domande che gli vengono poste, magari in

modo un pò confuso (non ricorda cosa sia successo, non sa dove si trovi, non si

ricorda la data, la sua età, ripete senza sosta le stesse cose), può tenere gli occhi

spontaneamente **chiusi**.

In questo caso la valutazione A-B-C è la seguente:

A- le vie aeree sono pervie

B- la respirazione è presente

C- il sangue ossigenato che arriva al cervello è appena sufficiente

Compiti dei soccorritori:

E' opportuno somministrare **ossigeno** supplementare.

Rilevare i parametri vitali frequenza respiratoria e polso e **referire** alla CO.

Procedere come richiesto dalle eventuali altre patologie presentate dal paziente.

Il paziente è **soporoso** e nella scala AVPU viene quindi classificato come **“P”** quando:

giace immobile, ma a volte può anche essere agitato, in ogni caso **non risponde** alle domande, può emettere parole senza senso o suoni inarticolati, tiene gli occhi **chiusi**, ma reagisce, anche se solo allo stimolo doloroso.

In questo caso la valutazione A-B-C è la seguente:

A- le vie aeree potrebbero non essere pervie

B- la respirazione potrebbe non essere adeguata

C- non arriva al cervello sangue ossigenato a sufficienza

Compiti dei soccorritori:

Attenzione a controllare la pervietà delle vie aeree.

Somministrare **ossigeno** supplementare.

Rilevare i parametri vitali frequenza respiratoria e polso e riferire alla CO.

Procedere come richiesto dalle eventuali altre patologie presentate dal paziente.

Il paziente è **incosciente/inanimato** e nella scala AVPU viene quindi classificato come **“U”** quando:

ha gli occhi **chiusi**, giace completamente **immobile**, non emette suoni, non reagisce nemmeno allo stimolo doloroso.

In questo caso la valutazione A-B-C è la seguente:

A- le vie aeree non sono pervie

B- la respirazione non è certa

C- non arriva sangue ossigenato al cervello

Compiti dei soccorritori:

ATTENZIONE!! il paziente è in condizioni critiche e potrebbe essere in arresto cardio-respiratorio.

Controllare le vie aeree, la respirazione e i segni di circolo.

Se presenti rilevare i parametri vitali e **referire** alla CO.

Se assenti iniziare la RCP.

Procedere come richiesto dalla situazione e riferire alla CO.

La valutazione del paziente da parte del soccorritore prosegue successivamente con l'accertamento della:

- intensità del dolore (scala da 1 a 10),
- dinamica dell'evento,
- eventuale improvvisa difficoltà, o completa impossibilità, di parola e/o
- eventuale diminuzione improvvisa della forza di uno o più arti,
- presenza di emorragie esterne,
- presenza di ustioni (e loro estensione approssimativa),
- presenza di deformità innaturali degli arti (sospette fratture).

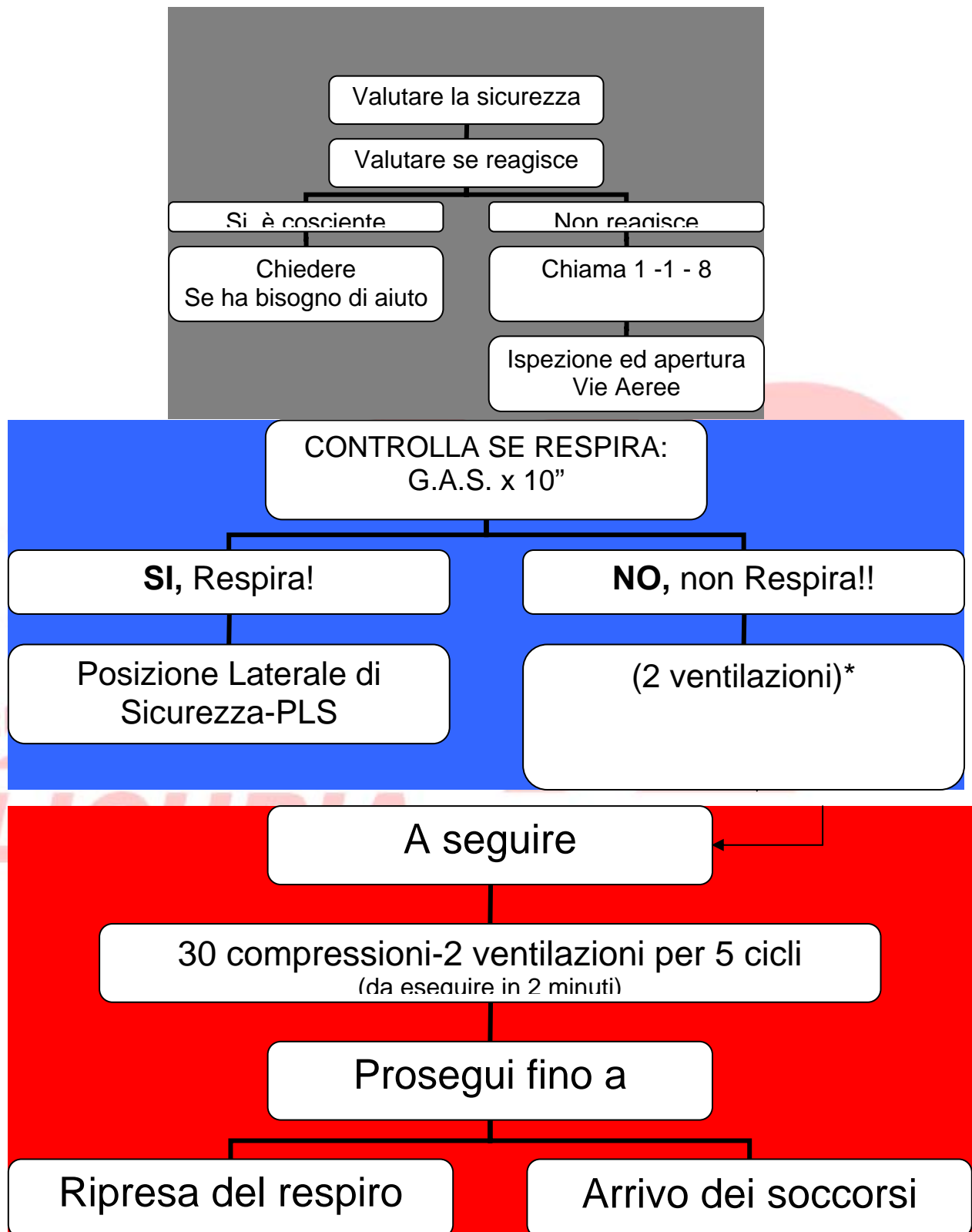
Il ragguglio dei dati rilevati deve essere fatto alla CO per ottenere la assegnazione del codice di gravità'.

**GRIGLIA RIASSUNTIVA DEL CODICE DI VALUTAZIONE SUL POSTO
 "INDIA"**

Codice India		1 VERDE	2 GIALLO	3 ROSSO
Valutazione				
A	COSCENZA	ALLERTA	CONFUSO/SO POROSO	INCOSCIENTE/INANIMATO
B	RESPIRAZIONE	Normale: 12-20	Male: 9- 11 21-29	Grave difficoltà <8 >30
	Saturazione	99%-95%	94%-90%	<89%
C	Polso apprezzabile	RADIALE	SOLO CAROTIDEO	NESSUNO DEI DUE
	FREQ. CARD.	60-100	50-59 101- 149	<49 >150
D	DOLORE	0-3	4-6	7-10
	DINAMICA	LIEVE	Mecc. Trauma Maggiore	FRONTALE EIETTATO
	DISABILITA'	-----	improvvisa difficoltà di parola o di muovere un arto	-----
E	EMORRAGIA	LIEVE	ABBONDANTI	NON CONTROLLABILE
	USTIONE	10%	10%-20%	>20%
	FRATTURE SOSPETTE	Della mano o del piede	ossa lunghe o esposta	cranio bacino multiple

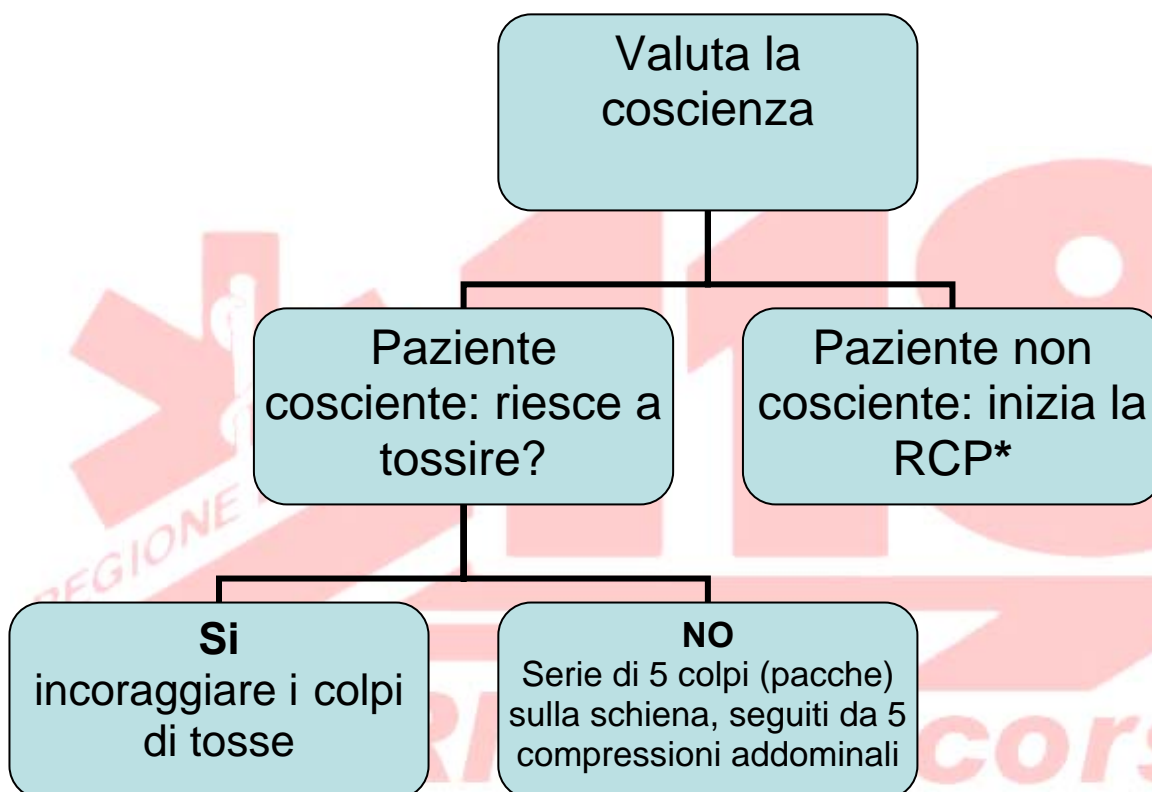
DUE CODICI INDIA 2 => CODICE INDIA 3
 Rimangono in vigore le procedure già concordate di assegnazione dei codici.

8. ALGORITMO DELLA RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE DI BASE - ADULTO



* Consigliato se immediatamente disponibile un pallone autoespandibile

9. ALGORITMO O.V.A.C.E. – (Ostruzione delle Vie Aeree da Corpo Estraneo)



* Ispeziona la bocca dopo ogni ciclo di 30/2 per controllare la eventuale presenza di corpi estranei (se visibili rimuoverli).

10. ALGORITMO PER L'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

(solo per soccorritori autorizzati)

Si ricorda che l'utilizzo delle seguenti Linee-Guida 2005 è subordinato all'aggiornamento software del D.A.E. secondo il nuovo protocollo ILCOR.



11. VALUTAZIONE DELLA VITTIMA IN CASO DI TRAUMA

Colpo d'occhio per osservare la scena al fine di valutare: eventuali pericoli per il soccorritore, dinamica dell'evento, numero di persone coinvolte, necessità di ulteriori risorse (VVF, FFO, ambulanze, automedica, ecc.).

Segni e sintomi:

situazioni estremamente variabili: possibile presenza di segni di trauma cranico, presenza di danni al collo, e delle restanti porzioni della colonna vertebrale.

Possibili danni agli organi interni, ed agli arti.

Possibili emorragie esterne.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso (eventuale RCP),
- e riferire alla CO,
- contestualmente mantenere l'immobilizzazione del rachide cervicale,
- rimozione eventuale casco,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- applicazione del collare cervicale,
- arresto emorragie esterne,
- posizionamento su spinale (estricatore),
- immobilizzazione degli arti,
- controllo delle emorragie esterne,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto.

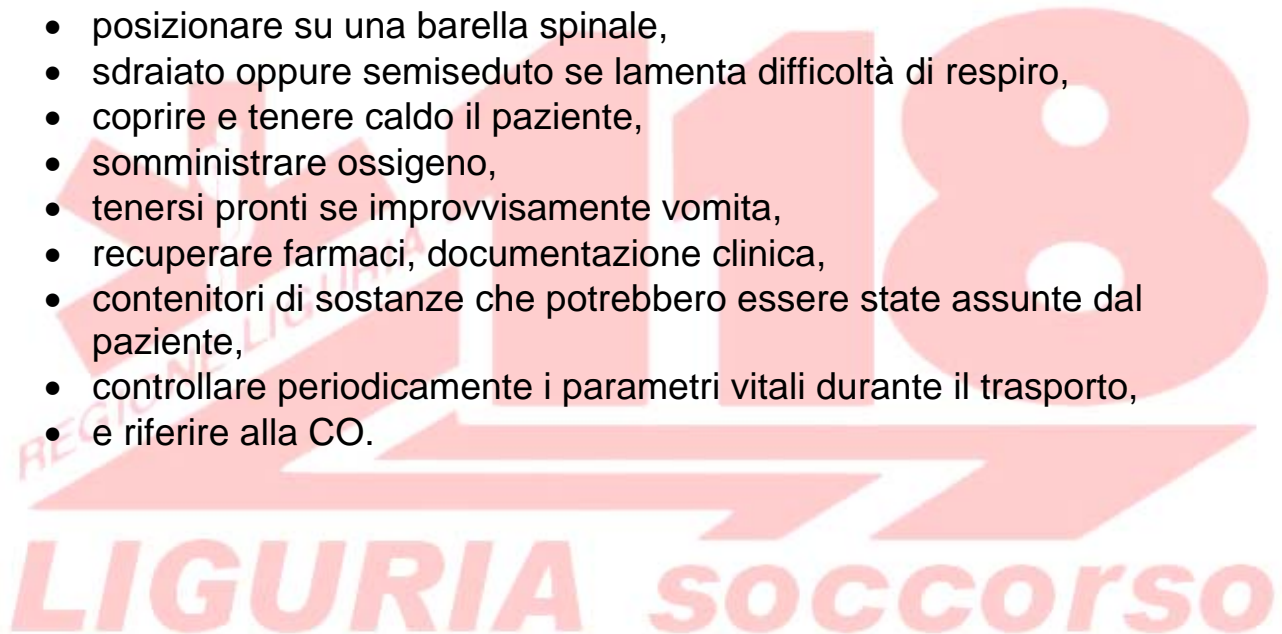
12. STATI DI CONFUSIONE/SONNOLENZA

Segni e sintomi:

Il paziente può avere gli occhi chiusi, se chiamato risponde.
la situazione può essere causata da malattie o da intossicazioni: da farmaci, da altre sostanze, da gas inquinanti l'aria soprattutto in ambienti chiusi (ossido di carbonio, ecc.).

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- attenzione all'ossido di carbonio!!!,
- valutazione A-B-C: FR & polso (eventuale RCP),
- e riferire alla CO,
- posizionare su una barella spinale,
- sdraiato oppure semiseduto se lamenta difficoltà di respiro,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- recuperare farmaci, documentazione clinica,
- contenitori di sostanze che potrebbero essere state assunte dal paziente,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.



13. PAZIENTI CON CRISI CONVULSIVE

LA CRISI CONVULSIVA PUO' ESSERE DOVUTA A EPILESSIA O ANCHE AD ALTRE CAUSE: TRAUMI, MALATTIE, INTOSSICAZIONI, FEBBRE ALTA, PERMANENZA IN UN AMBIENTE CHIUSO SENZA OSSIGENO

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- attenzione all'ossido di carbonio!!!,
- valutazione ABC: FR & polso
- e riferire alla CO,
- allontanare la causa, se possibile,
- posizionare su una barella spinale,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- proteggere dalle lesioni autoprovocate,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- recuperare farmaci, documentazione clinica,
- contenitori di sostanze che potrebbero essere state assunte dal paziente,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

LIGURIA soccorso

**14. PAZIENTI CON PERDITA IMPROVVISA DELLA CAPACITA' DI
PARLARE E/O DI MUOVERE UN ARTO**

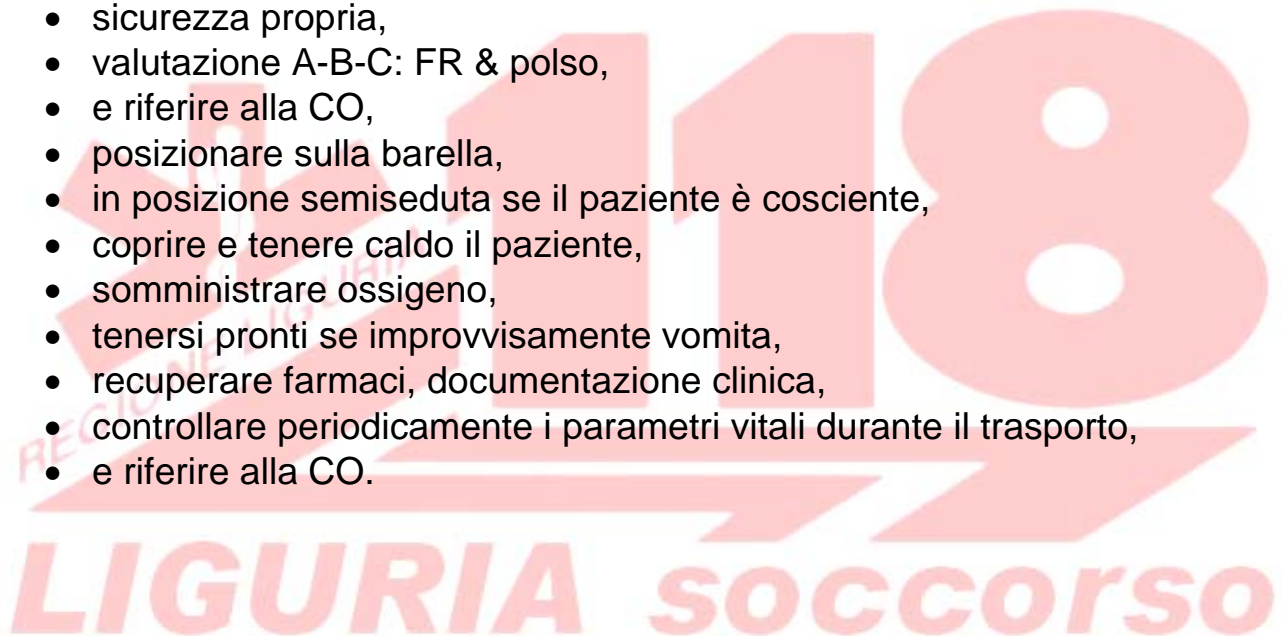
Il problema può essere causato da un disturbo della circolazione cerebrale. I sintomi insorgono improvvisamente:

1. eventuale difficoltà, o completa impossibilità, di parola e/o
2. eventuale diminuzione improvvisa della forza di uno o più arti, fino alla completa paralisi dell'arto colpito.

Il paziente può ancora essere cosciente, ma non in grado di esprimersi correttamente.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- posizionare sulla barella,
- in posizione semiseduta se il paziente è cosciente,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- recuperare farmaci, documentazione clinica,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.



15. PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CON SOSPETTO ABUSO DI FARMACI O ASSUNZIONE DI SOSTANZE TOSSICHE

Valutazione:

tutte le anomalie di comportamento di un bambino non febbrile sono da considerare un'intossicazione fino a prova contraria.

Per l'adulto si può trattare di un tentativo di suicidio, alcune volte di un incidente domestico o industriale.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- attenzione all'ossido di carbonio!!!,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- allontanare la causa, se possibile,
- non somministrare liquidi per bocca (latte, acqua, ecc.),
- recuperare le confezioni dei farmaci o dei prodotti che si presume possano essere state assunte dal paziente (in bagno, nella spazzatura, acquaio),
- eventuale documentazione clinica,
- posizionare su una barella spinale,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

16. PRESA IN CARICO DI PAZIENTI CON SOSPETTA OVERDOSE DA SOSTANZE STUPEFACENTI (MORFINICI)

Valutazione:

contesto particolare, spesso i testimoni nascondono la verità, presenza di siringhe, segni evidenti sulle braccia. pupille di piccolo diametro (miosi), coma.

Considerato che questi pazienti sono sovente affetti da malattie infettive, occorre porre particolare attenzione ad evitare il contatto con i liquidi biologici.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso (eventuale RCP),
- e riferire alla CO,
- posizionare su una barella spinale,
- in caso di “difficoltà relazionali” (parenti o amici) richiedere l'intervento delle forze dell'ordine,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- recuperare farmaci, documentazione clinica,
- contenitori di sostanze che potrebbero essere state assunte dal paziente,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

17. PRESA IN CARICO DI PAZIENTI INANIMATI (COMA)

Situazione dovuta probabilmente a:

traumi cranici, alcune malattie (diabete, emorragie cerebrali spontanee, malattie endocrine, insufficienza respiratoria o circolatoria, stato di male epilettico. ecc.), **intossicazioni volontarie o accidentali** (da gas, farmaci, droghe, alcol, prodotti tossici agricoli o industriali, ecc.).

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- attenzione all'ossido di carbonio!!!,
- valutazione A-B-C: FR & polso (eventuale RCP),
- e riferire alla CO,
- allontanare la causa, se possibile,
- posizionare su una barella spinale,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- recuperare farmaci, documentazione clinica,
- contenitori di sostanze che potrebbero essere state assunte dal paziente,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

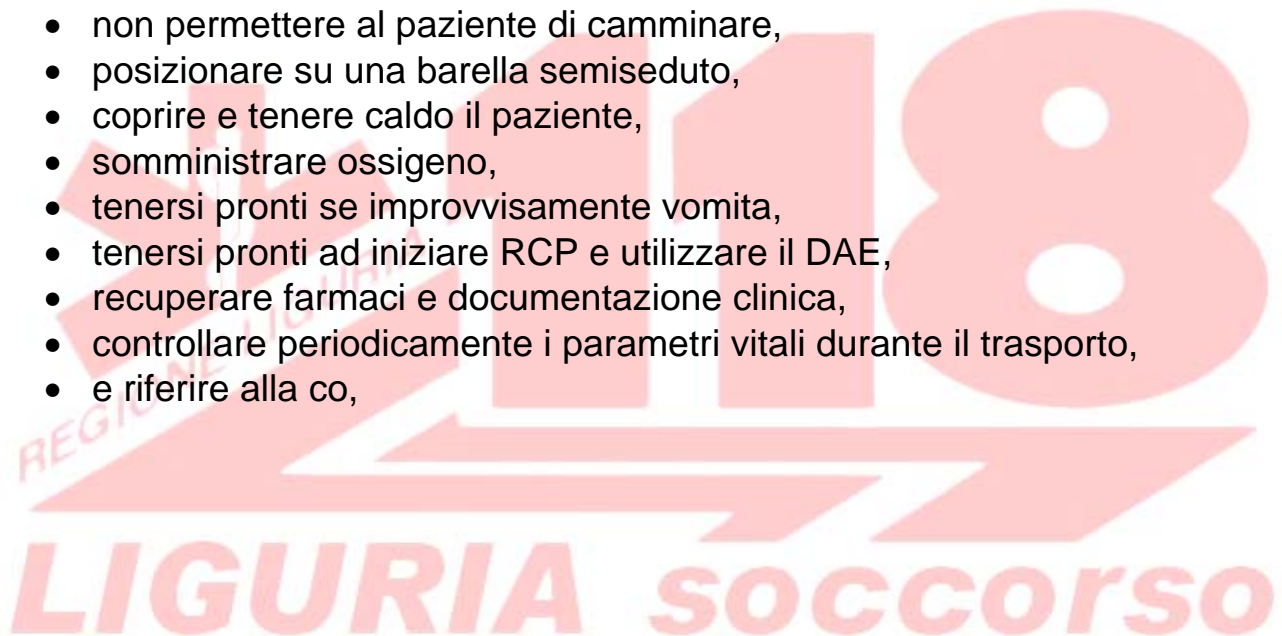
**18. LA PRESA IN CARICO DI UN PAZIENTE CON
DOLORE TORACICO**

Segni e sintomi:

dolore toracico (dalla bocca all'ombelico), eventuale sudorazione, eventuale nausea.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla COco,
- non permettere al paziente di camminare,
- posizionare su una barella semiseduto,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- tenersi pronti ad iniziare RCP e utilizzare il DAE,
- recuperare farmaci e documentazione clinica,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla co,



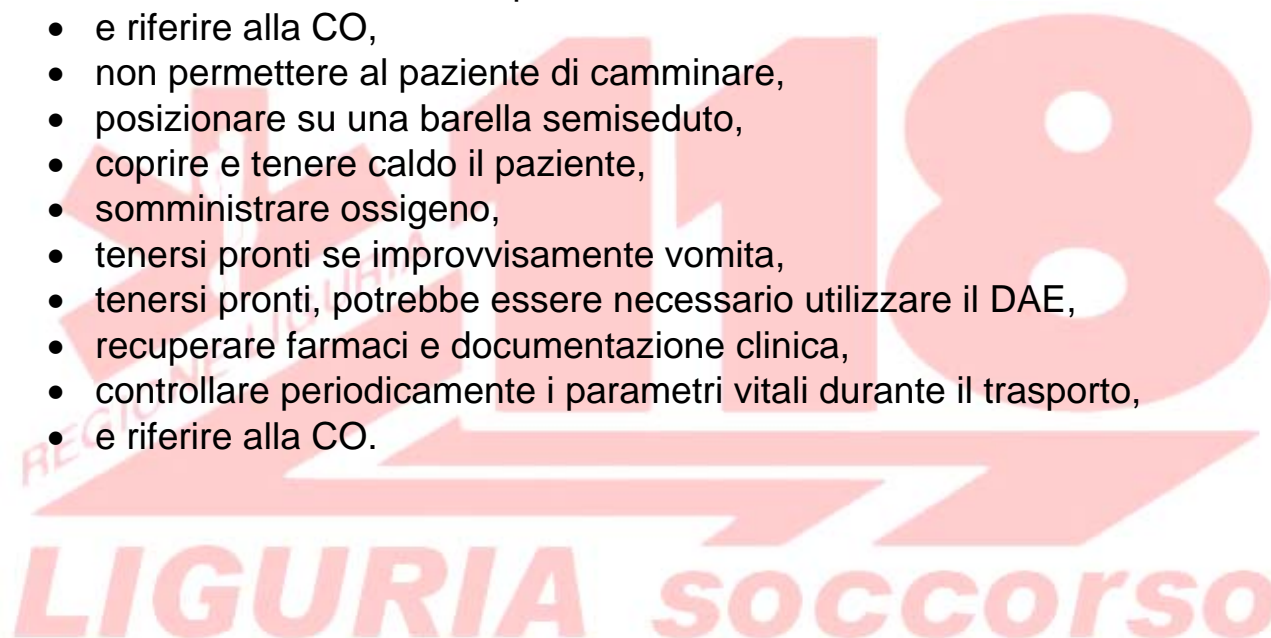
**19. LA PRESA IN CARICO DI
PAZIENTE CON DIFFICOLTA' RESPIRATORIA**

Segni e sintomi:

possibile difficoltà, o completa impossibilità, a parlare.
Eventuale presenza di febbre, rumori respiratori come gorgoglii, rantoli, sibili, fischi, presenza di tosse, eventuale cute pallida e sudata. Episodi precedenti

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- non permettere al paziente di camminare,
- posizionare su una barella semiseduto,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- tenersi pronti, potrebbe essere necessario utilizzare il DAE,
- recuperare farmaci e documentazione clinica,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.



20. PRESA IN CARICO DELLE VITTIME DI IMMERSIONE

Considerare sempre la possibilità che il paziente sia stato vittima di un tuffo e conseguente lesione del rachide cervicale.

-Pazienti coscienti con difficoltà di respirazione di vario grado.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso rachide cervicale!!!!,
- e riferire alla CO,
- posizionare su una barella semiseduto,
- togliere gli indumenti bagnati, asciugare, coprire e tenere caldo il paziente
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- tenersi pronti, potrebbe essere necessario utilizzare il DAE,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO,

-Pazienti incoscienti

**TUTTI I PAZIENTI INCOSCIENTI DEVONO ESSERE CONSIDERATI, FINO A PROVA
CONTRARIA, DEI TRAUMATIZZATI DEL RACHIDE (TUFFI !)**

Compiti dei soccorritori:

- valutazione A-B-C: FR & polso,
- immobilizzazione del rachide cervicale contestualmente all'eventuale,
- inizio della RCP,
- e riferire alla CO,
- posizionare su una barella spinale,
- togliere gli indumenti bagnati, asciugare, coprire e tenere caldo il paziente,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- tenersi pronti, potrebbe essere necessario utilizzare il DAE,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO,

21. PRESA IN CARICO DI PAZIENTE USTIONATO

Segni e sintomi

Danno dovuto a calore (da sostanza solida, liquida o da gas) o da sostanza chimica.

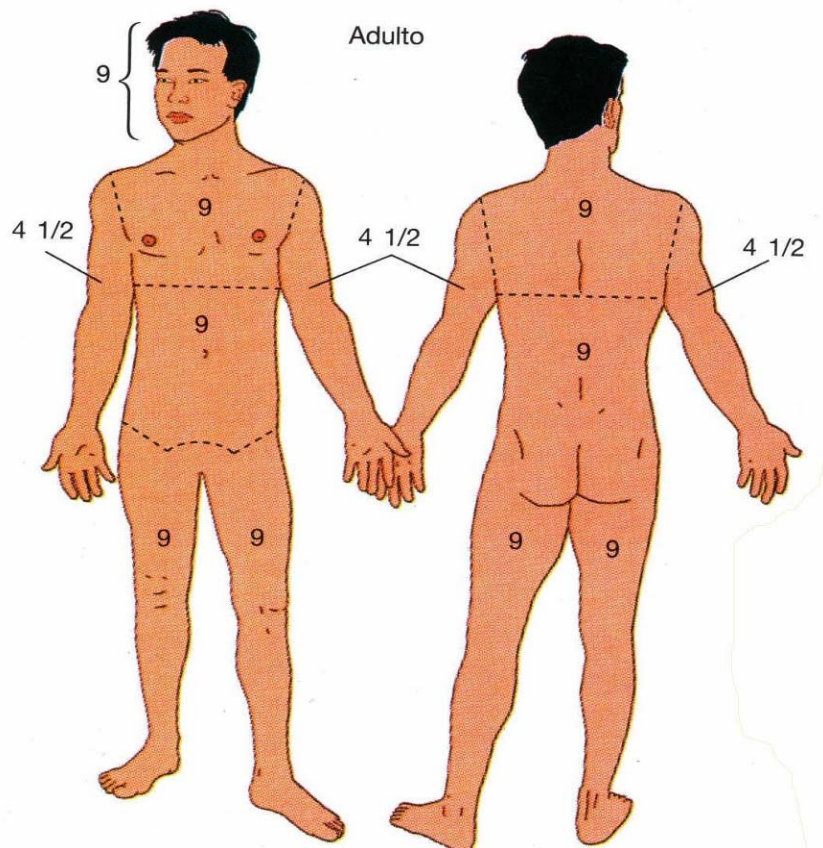
nella presa in carico di un paziente ustionato deve essere presa in considerazione:

-la profondità:

1. primo grado, è assimilabile ad una ustione da sole, la cute è arrossata e dolente,
2. secondo grado: si formano le bolle. il dolore è presente da lieve/moderato a intenso,
3. terzo grado: la cute è dura al tatto, il dolore può non essere presente.

-l'estensione della superficie cutanea colpita.

Si utilizza la regola del nove come meglio illustrato dalla figura allegata.



**N.B. E' FONDAMENTALE TENERE PRESENTE CHE NEL
BAMBINO ALLA TESTA E' ASSEGNATA UNA PERCENTUALE
MAGGIORE!!!!**

I pazienti ustionati possono avere anche altre lesioni traumatiche.

Il principio generale di trattamento è quello di interrompere il processo ustionante: spegnere eventuali fiamme con una coperta, bagnare la parte colpita con acqua (a temperatura ambiente), allontanare la sostanza chimica stando bene attenti a non esserne contaminati.

a- ustioni lievi (meno del 10% di superficie cutanea interessata):

compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- allontanamento del processo ustionante (attenzione a non contaminarsi con l'eventuale sostanza chimica),
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- posizionare su una barella,
- togliere gli indumenti coinvolti se non aderenti alla cute del paziente,
- coprire la parte colpita,
- avendo cura di non rompere le eventuali bolle presenti,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

b- ustioni gravi (oltre il 10% di superficie cutanea interessata):

compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- allontanamento del processo ustionante (attenzione a non contaminarsi con l'eventuale sostanza chimica),
- valutazione A-B-C: FR & polso (eventuale RCP),
- controllare segni di bruciate dei capelli, ciglia e sopracciglia, peli del naso, ustioni sulle labbra o in bocca, sputo con residui di carbone, tosse, difficoltà di respiro,
- e riferire alla CO,
- somministrare ossigeno ad alti flussi,

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

- posizionare su una barella,
- togliere gli indumenti coinvolti se non aderenti alla cute del paziente,
- avere cura di non rompere le eventuali bolle presenti,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

**In tutti i casi attenzione al pericolo di raffreddare eccessivamente il
paziente!!!**



22. LESIONI DA FREDDO

Possono essere localizzate e generalizzate (ipotermia):

a- Lesioni da freddo localizzate (congelamento, ecc.).

Segni e sintomi

Quando una parte del corpo è esposta alle basse temperature per un periodo prolungato.

Il paziente può lamentare dolore, formicolii, difficoltà a muovere le parti colpite,
insensibilità, anestesia.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- posizionare su una barella,
- togliere eventuali anelli, braccialetti, ecc.,
- valutare l'eventuale presenza di abbigliamento che può stringere gli arti colpiti limitando la circolazione di sangue,
- togliere le parti degli indumenti umidi,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

b- Lesioni da freddo generalizzate (ipotermia).

Si tratta di una situazione dovuta alla diminuzione della temperatura corporea interna
al di sotto di 35°.

La causa è data dalla esposizione prolungata al freddo dell'intero organismo senza
adeguata protezione. La tolleranza alla esposizione al freddo è molto diminuita in
presenza di particolari situazioni come: soggetti deboli e defedati, alcolizzati,
pazienti anziani, bambini. Si devono sospettare queste situazioni anche in
presenza

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

di temperature apparentemente normali per i soggetti coperti in buone condizioni di salute.

Segni e sintomi

L'ipotermia determina un rallentamento di tutte le attività delle cellule degli organismi. diminuisce la richiesta generale di ossigeno. I pazienti in ipotermia si

presentano freddi al tatto. Nelle fasi iniziale può essere presente brivido, assente

nelle situazioni più gravi.

Le alterazioni dello stato di coscienza possono essere inizialmente assenti, perlomeno nelle situazioni di lieve ipotermia. Se la temperatura interna continua a

diminuire il paziente può essere confuso, sonnolento, fino ad arrivare ad una situazioni di coma. la frequenza della respirazione, come pure del battito cardiaco, rallentano.

Nei gradi di ipotermia profonda possono non essere più apprezzabili né l'attività respiratoria né il battito cardiaco.

Per questi motivi quando si soccorre un paziente in ipotermia senza apparente battito cardiaco nè attività respiratoria, occorre iniziare la RCP fino a che il paziente non sia stato riscaldato.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- valutazione A-B-C: FR & polso, (eventuale RCP),
- e riferire alla CO,
- togliere gli indumenti bagnati, asciugare, coprire e tenere caldo il paziente,
- posizionare su una barella,
- togliere eventuali anelli, braccialetti, ecc.,
- valutare l'eventuale presenza di abbigliamento che può stringere gli arti colpiti limitando la circolazione di sangue,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.



23. PAZIENTI CON STATO DI AGITAZIONE PER “CRISI DI NERVI” O “D’ANSIA”

A volte queste situazioni possono essere causate da altre situazioni o malattie, anche gravi, o anche a grave diminuzione di ossigeno nell’aria respirata.

Per questi motivi porre particolare cautela prima di pensare ad una “crisi di nervi”.

Compiti dei soccorritori:

- sicurezza propria,
- attenzione all’ossido di carbonio!!!,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- allontanare la causa, se possibile,
- allontanare i presenti lasciando una sola persona conosciuta al paziente, non coinvolta, spesso calma la crisi,
- evitare discussioni con il paziente e con i presenti,
- evitare atteggiamenti coercitivi con il paziente,
- in caso di “difficoltà relazionali” (parenti o amici) richiedere l’intervento delle forze dell’ordine,
- recuperare farmaci, documentazione clinica,
- accompagnare il paziente sulla ambulanza,
- posizionare sulla barella,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- contenitori di sostanze che potrebbero essere state assunte dal paziente,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

24. PRESA IN CARICO DI PAZIENTE PEDIATRICO CON DIFFICOLTA' DI RESPIRO

Segni e sintomi

La difficoltà respiratoria nel bambino può essere valutata dal respiro rumoroso come sibili, tosse insistente, rumori rantolanti.

Nei casi gravi il bimbo si abbandona in braccio, pallido, con gli occhi chiusi, cercando di utilizzare tutte le sue forze per poter riuscire a respirare.

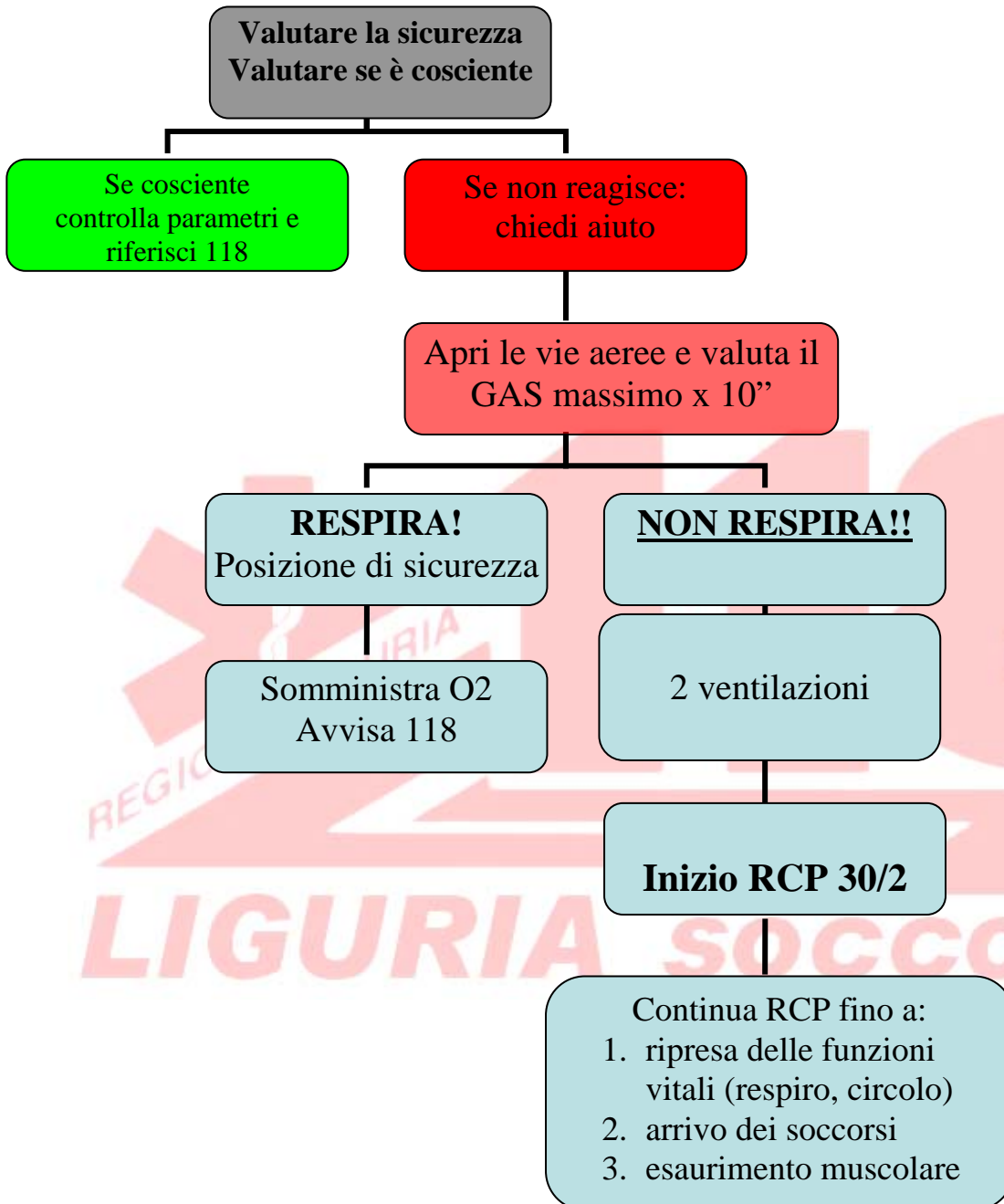
Spesso l'episodio non è il primo, ma i genitori possono riferire crisi simili nel passato.

Sono precedenti, farmaci usati, allergie, se è mai stato ricoverato in una rianimazione.

Compiti dei soccorritori

- sicurezza propria,
- calma e delicatezza,
- **se possibile, lasciare il bambino** in braccio al parente,
- valutazione A-B-C: FR & polso,
- e riferire alla CO,
- coprire e tenere caldo il paziente,
- somministrare ossigeno,
- tenersi pronti se improvvisamente vomita,
- recuperare farmaci e documentazione clinica,
- controllare periodicamente i parametri vitali durante il trasporto,
- e riferire alla CO.

25. ALGORITMO DEL PBLS PEDIATRICO



26. PARTO IMPROVVISO

Valutazione.

A termine (dalla 38° alla 40° settimana di gravidanza) o vicino al termine ?

Primo parto (nullipara) o ha già partorito?

Informarsi su un'eventuale rottura delle acque

Compiti dei soccorritori

CALMA, DOLCEZZA, CALORE, IGIENE

- Restare calmi,
- annotare la frequenza e la durata di ogni contrazione,
- trasportare tranquillamente la signora al reparto maternità,
- mantenere un costante contatto con la CO del 118.

Se il trasporto è impossibile o se le cose precipitano:

- trovare un luogo pulito, riscaldato, appartato,
- adagiare la donna su di un piano RIGIDO, anche di fortuna, il più possibile confortevole,
- preparare della biancheria pulita, sapone, disinfettanti, pinze ombelicali, culla ben isolata dal freddo,
- assicurare la madre,
- consigliare di soffiare durante le contrazioni e quando sta per gridare,
- farla riposare, distendere e respirare tranquillamente nella pausa tra le contrazioni.

Durante l'espulsione

- sollevare il bacino della madre,
- non intervenire lasciar fare alla natura,
- tra una contrazione e l'altra dire alla madre di respirare bene, profondamente e
- tranquillamente,
- durante le grandi contrazioni raccomandarle di non spingere fino a che la borsa delle acque non si è rotta,
- consigliare di soffiare quando ha troppo male,
- quando lei ha voglia di spingere ditele di farlo solamente durante le contrazioni, senza troppa violenza,

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

- sorvegliare l'arrivo del bambino che può essere espulso improvvisamente durante una contrazione,
- nel momento in cui appare il bambino iniziare a sostenergli la testa e poi il corpo,
- non tirare il bambino né il cordone,
- non spingere sul ventre della madre,
- se il cordone ombelicale è arrotolato intorno al collo del bambino, farglielo scivolare al di sopra della testa per distenderlo e scioglierlo (rischio di strangolamento),
- pulire la bocca ed il naso del neonato dal momento in cui appare.



27. PRESA IN CARICO DEL NEONATO DOPO IL PARTO

NEONATO CHE GRIDA SPONTANEAMENTE

- Il parto inaspettato è in linea di massima rapido e facile.
- Il neonato è a rischio di ipotermia.
- La CHIUSURA del cordone con pinze sterili è una urgenza, il taglio no.

Compiti dei soccorritori

- asciugare il bambino,
- avvolgerlo in un telo pulito e coprire con copertina,
- CHIUDERE il cordone con pinze sterili SENZA tagliarlo. Le pinze andranno posizionate rispettivamente a 2/3 del cordone rispetto alla posizione della madre ed 1/3 del cordone rispetto alla posizione del neonato.
- appoggiarlo su un fianco sul ventre della mamma,
- pulire la bocca ed il naso con un dito fasciato da una garza pulita.

NEONATO CHE NON GRIDA SPONTANEAMENTE

Compiti dei soccorritori

- asciugare il bambino e stimolare la respirazione massaggiando il dorso,
- avvolgerlo in un telo pulito e coprire con copertina,
- CHIUDERE il cordone con pinze sterili SENZA tagliarlo,,
- fino a quando il cordone non è stato chiuso non bisogna sollevare il bambino per evitare il ritorno del sangue alla placenta,
- pulire la bocca con un dito fasciato da una garza pulita,
- se non respira praticare una ventilazione,
- frequenza 40/min, volume adeguato,
- se il polso è inferiore a 80/min praticare massaggio cardiaco esterno (due pollici in mezzo al torace sotto la linea mammaria), frequenza 120/minuto,
- rapporto ventilazione/compressione 30:2.

28. MAXI EMERGENZE

COMPITI DEI SOCCORRITORI IN CASO DI MAXI EMERGENZE

L'organizzazione del soccorso nelle maxi emergenze è fondamentale definito dalle Linee guida pubblicate sulla GU 109 del 12 maggio 2001: "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle maxi emergenze".

In tale testo sono definiti compiti e ruoli di coloro che partecipano alle operazioni.

Di seguito viene riportato uno stralcio della organizzazione prevista dalla normativa indicata.

1. LIVELLO DI ALLARME DELLA CENTRALE OPERATIVA (CO) DEL 118

- **Livello 0**

E' il normale livello di funzionamento della Centrale Operativa; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione.

- **Livello 1**

Il livello viene attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, quali gare automobilistiche, concerti, manifestazioni sportive, manifestazioni con notevole affluenza. E' attivato in loco un dispositivo di assistenza dimensionato sulla base delle esigenze. La CO del 118 deve disporre di tutte le informazioni relative al dispositivo, effettua il monitoraggio dell'evento ed è in grado di coordinare l'eventuale intervento.

- **Livello 2**

Viene attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni precursori, quali ad esempio allagamenti, frane, incendi di bosco, ecc.

Le risorse aggiuntive vengono messe in preallarme, in modo che possano essere pronte a muovere velocemente dall'eventuale allarme.

Il medico della CO può disporre eventualmente l'invio di mezzi e personale sul posto per il monitoraggio o per l'assistenza preventiva.

- **Livello 3**

Viene attivato quando è presente una situazione di maxi emergenza.

Le risorse aggiuntive, anche extraprovinciali, vengono utilizzate in base alle procedure esistenti.

2. PRIMO POSTO DI CONTROLLO E COMANDO

E' costituito dalla prima ambulanza, dalla prima vettura delle FFO e dalla prima partenza dei VVF.

3. DIRETTORE DEI SOCCORSI SANITARI (DSS)

È il responsabile di ogni dispositivo di intervento sanitario nella zona delle operazioni.

Nello svolgimento della sua funzione si coordina con il Direttore Tecnico dei Soccorsi-DTS (solitamente un funzionario dei Vigili del Fuoco-VVF) e con il responsabile delle Forze dell'Ordine-FFO, mantenendo il collegamento costante con la centrale operativa (CO) del 118

Il ruolo di DSS è ricoperto dal Responsabile del 118, o da un suo delegato.

4. DIRETTORE DEL TRIAGE

Supervisiona e coordina le operazioni di triage sulle vittime a livello del PMA.

Il ruolo di Direttore del Triage è assegnato dal DSS ed è ricoperto da un medico o da un infermiere.

5. DIRETTORE AL TRASPORTO

Gestisce la movimentazione dei mezzi di trasporto sanitario in funzione delle priorità emerse durante le operazioni di soccorso. Si può eventualmente avvalere di un tecnico addetto alle telecomunicazioni.

Il ruolo di Direttore al Trasporto è ricoperto da un infermiere o operatore tecnico, o da altra persona individuata dal DSS.

6. SALVATAGGIO

E' prioritario rispetto al soccorso ed è svolto dalla componente del soccorso tecnico (VVF) nei casi di presenza di rischio evolutivo.

7. SOCCORSO

Segue il salvataggio ed è competenza del servizio sanitario

8. POSTO MEDICO AVANZATO –PMA-/area triage

E' un'area localizzata ai margini esterni dell'area di sicurezza o in una zona centrale rispetto al fronte dell'evento. Può essere sia una struttura sia un'area funzionale dove radunare le vittime, concentrare le risorse per il primo

Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria Aggiornamento 2007

trattamento, effettuare il triage ed organizzare l'evacuazione ordinata dei feriti verso i centri ospedalieri più idonei, di concerto con la CO del 118.
L'area è individuata dai responsabili DSS/DTS/FFO.

9. COMPITI DEI SOCCORRITORI

L'equipaggio della prima ambulanza giunta sul luogo di una maxi-emergenza si coordina con i

VVF e le FFO per costituire il primo posto di controllo e comando.

Contestualmente deve comunicare al 118 nei tempi più brevi:

- le ulteriori risorse necessarie;
- se possibile la tipologia dell'evento (accidentale, doloso, ecc.);
- il numero approssimativo delle persone coinvolte: feriti, sospetti deceduti;
- l'esatta localizzazione dell'evento;
- il migliore accesso indicato per i successivi mezzi di soccorso;

ed inoltre:

- individuare l'area per il PMA;
- effettuare il TRIAGE dei coinvolti secondo il metodo START;
- porre in atto le manovre salvavita (liberare le vie aeree, tamponare le emorragie esterne abbondanti);
- organizzare il trasporto dei pazienti all'area di raccolta-PMA.

Gli equipaggi delle ambulanze che giungono in seguito devono:

- raggiungere il PMA già individuato avendo cura di
- evitare l'ingorgo dei mezzi;
- l'autista deve rimanere sul mezzo in ascolto radio;
- i soccorritori devono raggiungere il PMA e mettersi in contatto con il Direttore al Trasporto, o con il DSS;
- è importante avere una radio portatile ed un telefono cellulare.

E' opportuno contenere il più possibile le comunicazioni radio.

Utilizzare le selettive.

Utilizzare il telefono cellulare.

Restare in ascolto della radio per eventuali comunicazioni collettive.

29. TRATTAMENTO DI SANIFICAZIONE DELLE AMBULANZE

Materiali occorrenti:	Detergente liquido
	Disinfettante a base di cloroderivati (candeggina o varichina)
	2 panni spugna
	Un sistema di pulizia a due secchi
	Spazzolone a frange (tipo mocio)
	Guanti in gomma
	Camice o grembiule monouso
	Occhiali di protezione
	Sacco rifiuti

Procedura di sanificazione (da attuare dopo ogni viaggio)

- Preparare i due secchi uno con acqua calda e uno con acqua fredda
- Nel secchio con acqua calda diluire il detergente (seguire le indicazioni del produttore)
- Indossare guanti, occhiali, grembiule;
- Rimuovere lenzuola e coperte sporchi ed i rifiuti;
- Rimuovere le attrezzature mobili e collocarle dove è possibile pulirle;
- Detergere con un panno monouso le pareti interne dell'ambulanza, i ripiani, le suppellettili e le attrezzature non mobili e disinfettarle con una soluzione di cloroderivati (20 cc. di candeggina per litro di acqua fredda)
- Ricordarsi si detergere prima le parti pulite poi la parti sporche, per evitare ulteriori contaminazioni
- Pulire il pavimento con lo spazzolone a frange
- Risciacquare il pavimento utilizzando l'acqua pulita del secondo secchio
- Tutte le attrezzature mobili (precedentemente spostate) detergerle e disinfettarle come al punto 6
- Lasciare asciugare l'ambulanza ed il materiale.
- Ripristinare l'ambulanza con tutto l'occorrente necessario.

Raccomandazioni e precauzioni:

**Coordinamento dei Responsabili dei Servizi 118 della Liguria
Aggiornamento 2007**

- In presenza di materiale organico dopo aver indossato i guanti, (vomito, sangue, espettorato, secrezioni ecc.) rimuovere il materiale e decontaminare con panno monouso imbevuto di candeggina.
- Per facilitare le operazioni di disinfezione può essere utile l'uso di un erogatore a spruzzo (facendo uso degli occhiali protettivi).
- Tutto il materiale non monouso, utilizzato per le operazioni di pulizia, deve essere deterso e disinfettato (immersione in candeggina alla concentrazione di 20 cc. per litro di acqua e per almeno 20 minuti). Tale indicazione è valida anche per gli occhiali protettivi e il grembiule se non monouso.
- Tutto il materiale organico e di tipo sanitario deve essere smaltito secondo le indicazioni di legge sui rifiuti speciali.
- Ricordarsi che è inutile disinfettare ciò che prima non si è pulito.

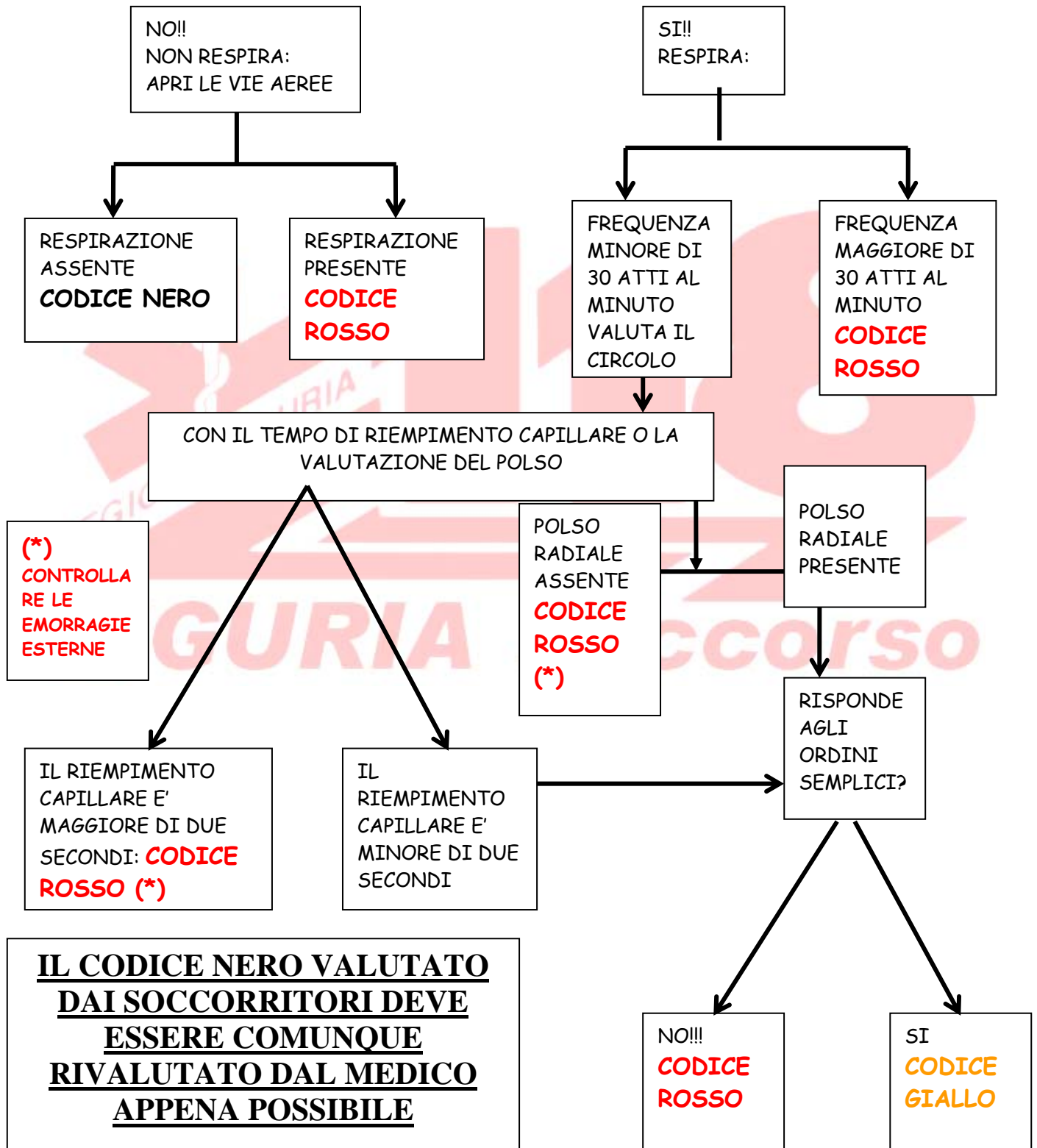


23. Metodo di Triage S.T.A.R.T.

Giunti sul luogo chiamare le persone coinvolte e dare chiare indicazioni che

TUTTI I PAZIENTI IN GRADO DI CAMMINARE SI RACCOLGANO VERSO L'AREA INDIVIDUATA PER ESSERE RIVALUTATI AL PIU' PRESTO
CODICE VERDE

QUINDI VALUTARE LA RESPIRAZIONE DEI PAZIENTI CHE NON CAMMINANO:



31. POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA (PLS)

Questa manovra viene effettuata quando il paziente **non ha subito un trauma**, è in stato di incoscienza/inanimato ed in respiro spontaneo.

La posizione laterale di sicurezza è utilizzata per evitare che un paziente in questa condizione di alterato stato di coscienza, in caso di vomito, possa inalare materiale gastrico.

Il paziente viene ruotato su di un lato (se possibile il sinistro).



32. RIMOZIONE DEL CASCO INTEGRALE

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

La manovra deve essere effettuata da due soccorritori: A & B.

- 1. Il paziente deve essere in posizione supina,**
2. il soccorritore B si posiziona alla testa del paziente e immobilizza il casco in posizione neutra,
3. il soccorritore A si posiziona lateralmente al paziente, solleva la visiera, parla al paziente, rimuove occhiali, microfoni, slaccia (o taglia) la cinghia di fermo del casco,
4. il soccorritore A stabilizza la testa e il collo posizionando, se a destra del pz, la sua mano sinistra dietro la nuca e la destra sulla mandibola. Se è posizionato a sinistra del paziente pone dietro la nuca la mano destra e la sinistra sulla mandibola,
5. il soccorritore B afferra il casco ai lati allargandolo il più possibile e con dei movimenti delicati e lenti, facendolo basculare, lo toglie,
6. il soccorritore A tiene ben fermo la testa e il collo del paziente durante questa operazione,
7. tolto il casco il compito della immobilizzazione della testa e del collo passerà al soccorritore B,
8. il soccorritore A applicherà il collare cervicale.

LIGURIA soccorso

33. POSIZIONAMENTO DEL COLLARE CERVICALE

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

Il collare ha la funzione di immobilizzare il collo. Una volta applicato la testa del paziente deve essere comunque tenuta immobile.

Il collare va applicato in tutti i casi di trauma, certi o solo sospetti, con il coinvolgimento della testa e del collo, certo o solo sospetto.

La manovra deve essere effettuata da due soccorritori: A & B.

I collari sono disponibili in diversi modelli e misure. Il soccorritore deve conoscere bene le caratteristiche del collare che sta utilizzando.

La testa ed il collo del paziente devono essere allineati in posizione neutra. Se durante l'eventuale manovra di allineamento il paziente riferisce dolore oppure il soccorritore avverte resistenza al movimento, essa va immediatamente interrotta.

1. il primo soccorritore (A) che arriva sul luogo, si rivolge direttamente al paziente parlandogli e contestualmente gli immobilizza la testa ponendo le due mani lateralmente sui padiglioni auricolari cercando di posizionarsi in corrispondenza delle superfici ossee senza esercitare compressioni sui tessuti molli.
2. il soccorritore B toglie eventuali collane, orecchini, indumenti con il collo alto, ecc. Sceglie il collare delle giuste dimensioni per il paziente, lo posiziona secondo le procedure indicate dal costruttore.
3. il soccorritore A continua a mantenere l'immobilizzazione manuale anche dopo l'applicazione del collare,
4. dopo il posizionamento:
 - a. continuare a sostenere l'immobilizzazione
 - b. controllare che sia correttamente posizionato
 - c. controllare che sia consentita l'apertura della bocca
 - d. controllare che non dia ostacolo alla respirazione

Possibili problemi:

- a. utilizzo di collari della misura sbagliata (troppo grande o troppo piccolo)
- b. mancato allineamento della testa sul collo perché tale manovra è dolorosa oppure si avverte una resistenza;
- c. presenza di corpi estranei conficcati nel collo.

34. POSIZIONAMENTO DI KED

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

L'estricatore è un presidio utilizzato per estrarre infortunati da luoghi stretti (generalmente abitacoli di autoveicoli) garantendo l'immobilizzazione della colonna vertebrale.

La manovra deve essere effettuata da almeno tre soccorritori: A, B & C.

5. la prima manovra è costituita dal posizionamento del collare cervicale,
6. contestualmente il soccorritore C prepara l'estricatore,
7. il soccorritore A continua a mantenere l'immobilizzazione del collo, in relazione alla situazione contingente:
8. il soccorritore B aiuta C a posizionare il presidio dietro il dorso del paziente,
9. si fanno scivolare le cinghie inguinali sotto le cosce e si allacciano senza tenderle,
10. si allacciano le cinture anteriori iniziando dal basso,
11. si tendono progressivamente le cinture iniziando dal basso, (facendo attenzione a non causare impedimento alla respirazione)
12. solo dopo aver fissato le cinghie inguinali e anteriori si immobilizza la testa con il fermacapo e le due fionde (frontale e mentoniera),
13. lo spessore in dotazione può essere posto dietro la testa per fare spessore contro la parte alta del presidio.

Possibili problemi:

1. difficoltà di respiro, lesioni ai genitali esterni (cinghie troppo strette)
2. eccessiva mobilizzazione della colonna vertebrale (cinghie troppo lente)

35. POSIZIONAMENTO DI BARELLA CUCCHIAIO

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

La barella “a cucchiaio” è utilizzata per prelevare da terra un paziente e spostarlo sulla tavola spinale, non è indicata per trasportare i pazienti.

La manovra deve essere effettuata da almeno tre soccorritori: A, B & C.

1. allineare gli arti del paziente e posizionarlo supino,
2. mentre i soccorritori A & B applicano il collare cervicale, se indicato,
3. il soccorritore C posiziona la barella ai lati del paziente regolando la lunghezza, e separa le due parti,
4. il soccorritore A alla testa del pz. mantiene l'immobilizzazione del collo, i soccorritori B & C si pongono ai lati del paziente (alla altezza delle spalle e del bacino) e ruotandolo leggermente gli infilano sotto una delle metà della barella,
5. B & C spostandosi sull'altro lato del paziente, ripetono la manovra per inserire la seconda metà della barella,
6. agganciano le due estremità, facendo attenzione al corretto scatto del meccanismo,
7. per spostare la barella occorre impugnarla dai due lati e non dalle due estremità.

Possibili problemi:

1. sganciamento accidentale,
2. caduta del ferito,
3. pinzamento delle parti molli fra le valve laterali.

36. POSIZIONAMENTO DI IMMOBILIZZATORE PER ARTI

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

Sono presidi utilizzati per immobilizzare gli arti traumatizzati.

I modelli in commercio sono molteplici, il soccorritore deve conoscere bene il materiale in dotazione.

La manovra di applicazione è effettuata in due: A & B.

1. il soccorritore A riallinea l'arto interessato, esercitando una leggera trazione, iniziando dalla estremità: polso, avambraccio, braccio; piede, gamba, coscia.

→ in presenza di dolore o resistenza alla manovra interromperla immediatamente,

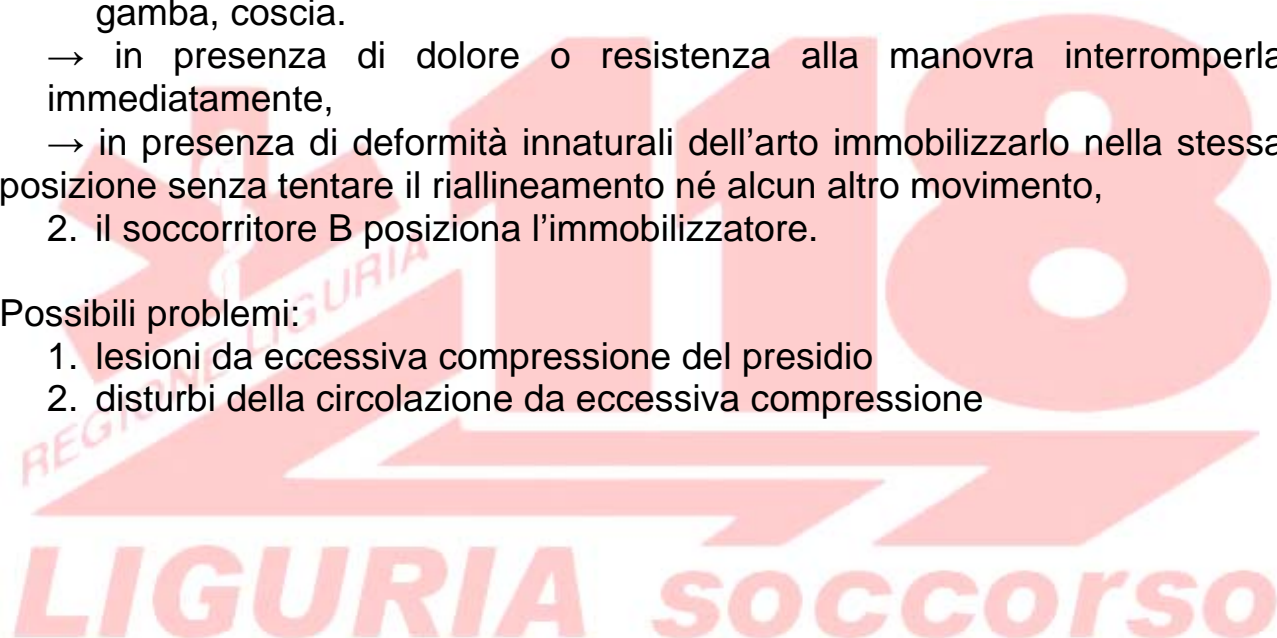
→ in presenza di deformità innaturali dell'arto immobilizzarlo nella stessa posizione senza tentare il riallineamento né alcun altro movimento,

2. il soccorritore B posiziona l'immobilizzatore.

Possibili problemi:

1. lesioni da eccessiva compressione del presidio

2. disturbi della circolazione da eccessiva compressione



37. POSIZIONAMENTO DI BARELLA SPINALE

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

La tavola spinale è utilizzata per l'immobilizzazione ed il trasporto di pazienti traumatizzati per i quali si sospetta una lesione della colonna vertebrale.

La manovra di posizionamento deve essere effettuata da almeno tre soccorritori: A, B & C.

Il paziente può essere posizionato sulla spinale: direttamente da terra, dopo aver posizionato l'estricatore, con l'aiuto della barella a cucchiaio.

Posizionamento da terra:

8. allineare gli arti del paziente e posizionarlo supino,
9. mentre i soccorritori A & B applicano il collare cervicale,
10. il soccorritore C posiziona la tavola, le cinghie e il fermacapo ai lati del paziente,
11. mentre il soccorritore A, alla testa del pz., continua a mantenere l'immobilizzazione del collo in linea con tutta la colonna, i soccorritori B & C si pongono ai lati del paziente (alla altezza delle spalle e del bacino) e ruotandolo leggermente lo sollevano da un lato avvicinando la spinale,
12. tenendo la spinale aderente al dorso del paziente i soccorritori lo riposizionano orizzontalmente,
13. nel caso debba essere sistemato nella giusta posizione al centro della spinale i soccorritori devono provvedere effettuando dei piccoli movimenti, sempre avendo cura che l'asse della colonna vertebrale rimanga in linea,
14. successivamente si fissano le cinghie, e per ultimo il fermacapo.

Possibili problemi:

1. pericolosa mobilizzazione della colonna se mal posizionato
2. scivolamento del paziente in caso di scorretta applicazione delle cinghie
3. pericolo di lesioni da decubito nelle zone del corpo a diretto contatto con la tavola: nuca, sacro, calcagno.

38. POSIZIONAMENTO DI MATERASSINO A DEPRESSIONE

Quando possibile spiegare al paziente la procedura che state per effettuare.

Il materassino a depressione è utilizzato per l'immobilizzazione ed il trasporto di pazienti traumatizzati per i quali si sospetta una lesione della colonna vertebrale. Ha un comfort maggiore della tavola spinale, ma permette una maggiore flessione della colonna. Il rivestimento in gomma si può forare con oggetti appuntiti.

La manovra deve essere effettuata da almeno tre soccorritori: A, B & C.

Il paziente può essere posizionato agevolmente sul materassino con l'aiuto della barella a cucchiaio, oppure dopo aver posizionato l'estricatore,.

Posizionamento da terra:

15. allineare gli arti del paziente e posizionarlo supino, mantenendo l'immobilizzazione del rachide cervicale,
16. i soccorritori A & B applicano il collare cervicale,
17. i soccorritori A, B & C posizionano la barella a cucchiaio,
18. il soccorritore C prepara il materassino a lato del paziente (attenzione alla presenza di vetri o altro materiale tagliente), avendo cura di distribuire bene le sfere all'interno,
19. i soccorritori A, B & C posizionano il pz. sul materassino e lo modellano sul paziente.

Possibili problemi:

1. perdita di rigidità per possibili strappi o fori,
2. danni da compressione per malposizionamento.

39. NORMATIVA

1. Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;
2. Decreto 15 maggio 1992 “Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza”;
3. PCM 30 maggio 1992 “Comunicato relativo al DPR 27/3/1992, recante atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria in emergenza”;
4. Regione Liguria legge regionale n. 24 del 1994 “Sistema di emergenza sanitaria”;
5. Decreto della Giunta Regionale -DGR- 229/1995 “Direttiva vincolante per l’organizzazione dei sistemi di emergenza sanitaria”;
6. Ministero della Sanità 17 maggio 1996 “Atto di intesa tra stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del DPR 27/3/1992”;
7. Regione Liguria legge regionale n. 24 del 1996 “Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull’esercizio del trasporto sanitario di infermi ed infortunati”;
8. DGR 1415/1999 “Centrali operative 118. Formazione del personale volontario delle associazioni convenzionate per i servizi di emergenza”;
9. Presidenza del Consiglio dei Ministri decreto 13 febbraio 2001 PUBBLICATO SULLA G.U. n. 109 del 12 maggio 2001 “Adozione dei criteri di massima per l’organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi”;
10. DGR 1360/2001 “Direttiva in materia di emergenza/urgenza sanitaria”;
11. DGR 251/2002 “Disciplina per l’uso del defibrillatore semiautomatico”;
12. “Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza-urgenza”, Conferenza Stato-Regioni del 22 maggio 2003;
13. Regione Liguria, Decreto Dirigente n. 2012 del 07/10/2004 “Servizio 118: rinnovo autorizzazione all’utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici”;
14. DGR n°1446 del 20.11.2003 “Nuova convenzione per la regolamentazione dei tra le Aziende Sanitarie Locali e ospedaliere e le Associazioni di Volontariato”.