



CROCE BIANCA ALBENGA

INDICE:

- **PRIMO SOCCORSO**
- **1.1.2. NUE (NUMERO UNICO EMERGENZA)**
- **EMERGENZA SANITARIA**
- **L'AUTOMEDICA**
- **STATO DI NECESSITÀ**
- **APPROCCIO AL PAZIENTE DA SOCCORRERE**
- **CODICI GRAVITÀ E PATOLOGIA PREVALENTE**
- **CODICI RADIO**
- **DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)**
- **POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA (PLS)**
- **BLS (BASIC LIFE SUPPORT) E PBL (PEDIATRIC LIFE SUPPORT)**
- **OSTRUZIONI VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO (OVACE) ADULTO E PEDIATRICO**
- **RIMOZIONE DEL CASCO**
- **COLLARE CERVICALE**
- **KED (O ESTRICATORE)**
- **BARELLA A CUCCHIAIO**
- **IMMOBILIZZAZIONE PER ARTI (O STECCOBENDE)**
- **TAVOLA SPINALE**
- **MATERASSINO A DEPRESSIONE**



PRIMO SOCCORSO

Il primo soccorso è l'assistenza, prestata da chiunque, alla vittima di un incidente o di un malore, utilizzando i materiali disponibili, nell'attesa di soccorso qualificato. Si presta il primo soccorso a una persona colpita da malore o incidente per:

- Salvargli la vita
- Evitare il peggioramento delle sue condizioni
- Aiutare la sua ripresa e favorire il suo ricovero

Il pronto soccorso è eseguito da personale specializzato (medici, infermieri, soccorritori) con strumenti e terapie adeguate, sul luogo dell'evento e durante il trasporto in ospedale.

1.1.2. NUE (NUMERO UNICO EMERGENZA)

Dal 7 marzo 2017 è attivo il **1.1.2.** (NUE – Numero Unico Emergenza), che si può comporre da telefono fisso o cellulare, e collega i cittadini con una centrale unica di emergenza che si occupa di smistare le chiamate ai soggetti competenti. I compiti di questa centrale operativa che a sede presso l'ospedale San Martino di Genova sono:

1. Ricezione della chiamata
2. Geolocalizzare la provenienza della chiamata
3. Chiedere Cognome e Nome del chiamante
4. Individuare il problema per il quale si chiama
5. Mettere in contatto l'utente con la Centrale Operativa competente

Per gli operatori delle ambulanze è stato attivato un numero verde **800-606661** da utilizzare solo ed esclusivamente durante l'espletamento del servizio. E' un numero riservato e non può e non deve essere divulgato a terze persone.

EMERGENZA SANITARIA

È un servizio che **NON sostituisce** il medico di base e la guardia medica, ma interviene nelle **URGENZE** ed **EMERGENZE SANITARIE** con l'invio di personale e mezzi di soccorso adeguato. I suoi compiti 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.

Si allerta l'emergenza sanitaria in caso di grave malore, incidente (stradale, sul lavoro, sportivo), caduta (in casa o per strada), ricovero d'urgenza, e in ogni situazione (certa o presunta) di pericolo di vita. **NON** si chiama per cercare la guardia medica notturna, prefestiva e festiva, per cercare un'ambulanza non urgente (ricoveri programmati o dimissioni ospedaliere), per cercare il medico di famiglia, per consulenze mediche e specialistiche, per informazioni su orari, prenotazioni di visite ed esami.

Durante la chiamata **RISPONDERE** con calma alle domande poste dall'operatore, identificarsi ed eventualmente confermare il proprio recapito telefonico, **SPIEGARE L'ACCADUTO** (malore, incidente, etc.), **INDICARE ESATTAMENTE DOVE E' ACCADUTO**: comune, via, civico, piano dell'abitazione, interno e altri riferimenti (sopra il bar, a fianco di...), **INDICARE QUANTE PERSONE** sono coinvolte e comunicare le **CONDIZIONI DELLE PERSONE COINVOLTE** (risponde, respira, sanguina, ha dolore).

Comunicare **PARTICOLARI SITUAZIONI**: bambino piccolo, donna in gravidanza, persona con malattie conosciute (perché i parenti o i presenti ci hanno informato di cardiopatie, asma, diabete, epilessia ecc.) La conversazione va svolta con **VOCE CHIARA** e devono essere **FORNITE TUTTE LE INFORMAZIONI RICHIESTE** dalla centrale operativa.

In caso di evento che **ACCADE ALL'ESTERNO**, occorre segnalare il luogo in cui è accaduto: via, incrocio, piazza ecc. e fornire punti di riferimento, segnalare la strada, il senso di marcia, i paesi più vicini, che cosa è successo (incidente, malore, crollo ecc.), quante persone hanno bisogno di soccorso, le condizioni delle vittime e se vi sono aiuti in corso agli infortunati di che tipo, e ogni altra informazione richiesta.

Se invece l'evento **ACCADE ALL'INTERNO**, come ad esempio in casa, occorre segnalare l'indirizzo preciso, se è presente, indichiamo anche il numero/lettera di scala e l'interno, segnalare nome e cognome su citofono o campanello, indicare che cosa è successo (incidente domestico, infortunio sul lavoro, malore, crollo ecc.), comunicare il piano e se è presente l'ascensore, se è un malore indicare le patologie eventualmente note ed ogni altra informazione richiesta.

NON RIATTACCARE PER PRIMI, sarà la Centrale Operativa a chiudere la telefonata quando avrà informazioni sufficienti.

NON OCCUPARE LA LINEA del telefono utilizzato per l'allarme con altre telefonate in modo da permettere alla centrale di ricontattarci.

NON LASCIARSI PRENDERE DAL PANICO.

L'AUTOMEDICA

L'automedica è un mezzo di soccorso avanzato per il trasporto di professionalità e tecnologie. La gestione dell'intervento è a carico della Centrale Operativa. Durante un intervento l'automedica può essere dirottata dalla CO in qualsiasi momento su un intervento più critico. Una volta sul posto è il medico dell'automedica che assume la responsabilità dell'intervento.

L'identificativo radio nei cinque Servizi di Emergenza Sanitaria è:

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



In provincia di Savona ci sono quattro automediche ubicate presso ogni ospedale, operanti sulle 24 ore.

- SIERRA 1: ospedale San Paolo di Savona
- SIERRA 2: ospedale Santa Maria della Misericordia di Albenga
- SIERRA 3: ospedale San Giuseppe di Cairo Montenotte
- SIERRA 4: ospedale Santa Corona di Pietra Ligure

Le automediche:

- agiscono in appoggio ad altri mezzi di soccorso.
- sono allertate e inviate unicamente dalla Centrale Operativa Emergenza Sanitaria, 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.

CRITERI DI INVIO DELL'AUTOMEDICA

L'automedica è inviata immediatamente assieme all'ambulanza quando la Centrale Operativa ha notizia di:

CASI MEDICI ⇒ PAZIENTI RIENTRANTI NEI CASI DEL CODICE ROSSO
⇒ PAZIENTI APPARENTEMENTE INANIMATI

TRAUMA ⇒ CADUTA DA OLTRE 3 METRI
⇒ PEDONI INVESTITI
⇒ FERITE DA ARMA DA FUOCO
⇒ FERITE DA ARMA BIANCA (coltello e simili)
⇒ USTIONI ESTESE
⇒ AMPUTAZIONE DI ARTI
⇒ PAZIENTI INCASTRATI
⇒ MOLTI FERITI COINVOLTI
⇒ VEICOLO PRECIPITATO CON PASSEGGERI A BORDO

ALTRI CASI ⇒ ANNEGAMENTO
⇒ FOLGORAZIONE

Nelle comunicazioni radio le automediche della provincia di Savona sono identificate dalla parola **SIERRA** seguita dall'identificativo numerico (1, 2, 3, 4).

COMPITI DEI SOCCORRITORI NEGLI INTERVENTI CON L'AUTOMEDICA

- Mantenere sempre le comunicazioni, per quanto possibile, con la Centrale Operativa e, se necessario, 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, presenza e frequenza del respiro, del polso, caratteristiche della cute, ecc.)
- Organizzare le prime cose da fare (materiale occorrente, prime manovre di rianimazione cardio-polmonare ecc.)
- Una volta caricato il paziente a bordo seguire le disposizioni della Centrale Operativa oppure, se presente, del personale dell'automedica per quanto riguarda la destinazione da raggiungere e la velocità del mezzo.

STATO DI NECESSITÀ

A livello di responsabilità penale, non è punibile chi provoca un peggioramento o un decesso dell'infortunato, se è in grave pericolo di vita e non è possibile agire diversamente. L'intervento comunque deve essere proporzionato al rischio.

APPROCCIO AL PAZIENTE DA SOCCORRERE

Sicurezza propria

Tutti i soccorritori (occasionalisti, volontari e 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 altri rischi evolutivi si è autorizzati a procedere oltre.

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

1. Stato di coscienza utilizzando la scala A.V.P.U.
 - **A** = Allert -> allerta (cosciente)
 - **V** = Verbal -> Reagisce allo stimolo Verbale (confuso)
 - **P** = Pain -> reagisce solo allo stimolo doloroso (soporoso)
 - **U** = Unresponsive -> inanimato/incosciente non reagisce nemmeno allo stimolo doloroso
2. La frequenza degli atti respiratori in un minuto (valori normali da 12 a 20 atti al minuto)
3. La frequenza delle pulsazioni dell'arteria, del polso e/o del collo (valori normali) da 60 a 100 battiti al minuto
4. La saturazione (valori normali sopra il 95%)
5. La temperatura corporea

Stato di coscienza mediante l'utilizzo della scala A.V.P.U

- Il paziente è **COSCIENTE**, e nella scala AVPU è classificato come "**A**" quando: ha gli **occhi aperti, parla e risponde correttamente** alle domande del soccorritore.



- Il paziente è **CONFUSO**, e nella scala AVPU è classificato come “**V**” quando: può giacere **immobile** o anche essere **agitato**, in ogni caso reagisce, **se chiamato, aprendo gli occhi e rispondendo alle domande che gli sono poste, magari in modo un po’ 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**.
- Il paziente è **SOPOROSO**, e nella scala AVPU è 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**.
- Il paziente è **INCOSCIENTE/INANIMATO**, e nella scala AVPU è classificato come “**U**” quando: ha gli **occhi chiusi**, giace **completamente immobile**, **non emette suoni**, **non reagisce alla chiamata** e nemmeno allo **stimolo doloroso**.

La valutazione del paziente da parte del soccorritore prosegue con l’accertamento di:

- 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)

Attività respiratoria

L’attività respiratoria è il processo che permette l’introduzione di aria e ossigeno all’interno dei polmoni. L’atto respiratorio è unico e comprende sia l’inspirazione sia l’espirazione. La valutazione si basa sul contare quante volte si espande il torace in un minuto. Per praticità si conta quante volte si espande in 20 (venti) secondi e poi si moltiplica per 3 (tre). Si considera una buona attività respiratoria quando gli atti respiratori sono compresi tra 12 e 20.

Saturazione

La saturazione del paziente si misura tramite l’utilizzo di uno strumento chiamato **saturimetro**, che permette in pochi secondi di conoscere la percentuale di ossigeno nel sangue. Si considera una buona saturazione un valore compreso tra 95 e 99.

Frequenza cardiaca

La frequenza cardiaca, solitamente, viene presa utilizzando il saturimetro ma si può anche prendere manualmente contando le pulsazioni del polso radiale per un minuto. Si considera una frequenza cardiaca buona un valore compreso tra 60 e 100 battiti al minuto.

Temperatura corporea

La temperatura corporea si prende con il termometro ad infrarossi o con quello auricolare, presente su ogni ambulanza, come da protocollo COVID 19, emesso dal 118 ad inizio pandemia, si considera paziente febbrile al raggiungimento o superamento dei 37.5°C.



Al termine del rilevamento dei parametri (attività respiratoria, saturazione, frequenza cardiaca) e dello stato di coscienza, si chiama l'800-606661 e si comunicano i valori precedentemente presi per ottenere l'assegnazione del codice di gravità.

La tabella qui sotto sintetizza i valori per l'attribuzione del codice di gravità.

CODICI DI VALUTAZIONE SUL POSTO

Codice India		1 VERDE	2 GIALLO	3 ROSSO
Valutazione				
A	COSCENZA	ALLERTA	CONFUSO/SO FOROSO	INCOSCIENTE/INANIMATO
B	RESPIRAZIONE	Normale: 12-20	Male: 9-11 21-29	Grave difficoltà <8 >30
	Saturazione	99%-95%	94%-90%	<89%
C	Poco apprezzabile FREQ. CARD.	RADIALE 60-100	SOLO CAROTIDEO 50-59 101-149	NESSUNO DEI DUE <49 >150
	D	DOLORE DINAMICA DISABILITA'	1-3 LIEVE -----	4-6 Mecc. Trauma Maggiore 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.				

CODICI DI GRAVITÀ E DI PATOLOGIA PREVALENTE

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, ad esempio:

- Pazienti incoscienti/inanimati
- Difficoltà respiratorie (non riesce nemmeno a parlare)
- Dolore toracico
- Ustionati ed ustioni estese, folgorati
- Emorragie imponenti
- Vittime d'immersione
- Pazienti con sospette fratture multiple
- Veicolo precipitato con passeggeri a bordo



- Caduta da più di tre metri
- Incidente stradale tra veicoli a due - quattro ruote
- Investimento di pedone
- Incidente stradale con mezzi pesanti o con il coinvolgimento di molti feriti
- Ferite da arma da fuoco o da arma bianca
- Amputazione di arti sopra la caviglia o sopra il polso
- Pazienti incastrati

CODICE GIALLO INTERVENTO URGENTE – FUNZIONI VITALI INTEGRE

La situazione sanitaria è di gravità intermedia e l'intervento è indifferibile ad esempio:

- Pazienti confusi/soporosi
- Pazienti con sospetta frattura di un osso lungo (esempio femore)
- Fratture scomposte
- Difficoltà respiratorie
- Emorragie modeste
- Coliche
- Dolori toracici di breve durata (meno di cinque minuti)

CODICE VERDE URGENZA MODESTA

La situazione sanitaria è poca critica, ad esempio:

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

CODICE BIANCO NON CRITICO

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

CODIFICA RIFERITA ALLA PATOLOGIA PREVALENTE (PRESUNTA E RISCONTRATA)

- 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 PATOLOGIA DI ORIGINE TOSSICOLOGICA
- C (Charlie) 8: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE METABOLICA
- C (Charlie) 9: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE GASTROENTEROLOGICA
- C (Charlie) 10: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE UROLOGICA
- C (Charlie) 11: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE OCULISTICA
- C (Charlie) 12: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE OTORINOLARINGOIATRICA
- C (Charlie) 13: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE DERMATOLOGICA
- C (Charlie) 14: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE OSTETRICO-GINECOLOGICA
- C (Charlie) 15: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE INFETTIVA



- C (Charlie) 19: ALTRA PATOLOGIA
- C (Charlie) 20: SOSPETTA PATOLOGIA DI ORIGINE NON IDENTIFICATA

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 GRAVITA' DEL PAZIENTE AL MOMENTO DELLA PRESA IN CARICO DA PARTE DEL SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA

E' la valutazione sanitaria del paziente effettuata dal personale del primo mezzo di soccorso giunto sul luogo dell'evento:

- I (india) 0 (zero): soggetto che non ha bisogno d'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

CODIFICA RIFERITA ALLA GRAVITA' DEL PAZIENTE AL MOMENTO DEL SUO RILASCIO DA PARTE DEL SERVIZIO EMERGENZA SANITARIA

E' l'ultima valutazione sanitaria del paziente effettuata dal personale del sistema emergenza sanitaria (automedica) o della centrale operativa:

- CODICE NERO – DECEDUTO (può essere dichiarato solo da un medico presente sul posto)
- CODICE ROSSO – EMERGENZA: **PAZIENTE MOLTO CRITICO**
- CODICE GIALLO – URGENZA: **PAZIENTE MEDIAMENTE CRITICO**
- CODICE VERDE – URGENZA MODESTA: **PAZIENTE POCO CRITICO**
- CODICE BIANCO – NON CRITICO



CODICI RADIO

Il servizio emergenza sanitaria utilizza per le comunicazioni radio le frequenze assegnate a questo scopo dal ministero competente. Sono disponibili una frequenza locale per ognuno dei cinque sistemi ed una regionale. La prima è utilizzata per il normale svolgimento dell'attività, la seconda in casi al di fuori della normale routine su indicazione dei Responsabili dei Servizi Emergenza Sanitaria (ad esempio esercitazioni, maxi emergenze ecc.)

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 è strettamente riservato alle comunicazioni di servizio. Considerare sempre l'utilizzo delle selettive per evitare di occupare la frequenza.



SELETTIVE

1. DISPONIBILE
2. PARTENZA (dalla sede al luogo dell'intervento)
3. TARGET (o ARRIVO SUL POSTO)
4. CARICATO (partenza dal luogo dell'intervento verso l'ospedale)
5. ARRIVO IN PRONTO SOCCORSO
6. LIBERO
7. NON DISPONIBILE
8. IN SEDE

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 (per questo motivo, nei limiti del possibile, non è opportuno parlare di dati sensibili riferiti alle persone soccorse)
- In caso di comunicazioni complesse è sempre consigliabile utilizzare il telefono

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

I dispositivi di protezione individuali (DPI) sono qualsiasi attrezzatura destinata a essere indossata a scopo di difesa, riparo da danni, pericoli ed infortuni. Vanno utilizzati quando non si possono evitare o ridurre i rischi. Devono essere adeguati ai rischi da prevenire e utilizzati secondo necessità. La prima forma di autoprotezione è valutando la sicurezza del luogo e utilizzando i DPI.

I più utilizzati sono:

- Divisa: pulita e idonea, pantalone, giacca, scarpa antinfortunistica
- Guanti monouso in lattice indispensabili per la prevenzione dal contatto. Prima di toccare il paziente, in qualsiasi situazione si trovi, è fatto obbligo d'indossarli controllando la loro integrità
- Occhiali o visiere protettive: è consigliato utilizzarli prima di porsi davanti ad un paziente traumatizzato che presenti perdite di sangue
- Mascherine chirurgiche: permettono la prevenzione delle infezioni trasmissibili per via aerea, son da far indossare a tutti pazienti indifferente dalla patologia certa o presunta
- Maschere FFP2/FFP3/KN95: sono obbligatorie per tutto il personale dell'ambulanza, assieme alla mascherina chirurgica, per ridurre al minimo il rischio di contagio da malattia infettiva (es. COVID-19)
- Camici o tute in Tyvek: utilizzate in caso di pazienti febbrili e/o sospetto covid
- Caschetto protettivo: è opportuno metterlo in zone a rischio (crolli, incidenti, fughe di gas). In caso di pericolo imminente richiedere l'intervento dei Vigili del Fuoco tramite la Centrale Operativa Emergenza Sanitaria

Il mancato utilizzo di questi dispositivi può causare il ferimento del soccorritore. **Un soccorritore ferito non serve a nulla, intralcia le operazioni di soccorso e può mettere in pericolo gli altri.**

POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA

Questa manovra è effettuata quando il paziente **non ha subito traumi**, ed è in **incosciente/inanimato** in **respiro spontaneo**. La posizione laterale di sicurezza è utilizzata per evitare che, in caso di vomito, possa inalare materiale gastrico. Il paziente è ruotato su di un lato.



BLS (BASIC LIFE SUPPORT) AGGIORNATO CON LE LINEE GUIDE COVID 19

SICUREZZA AMBIENTALE

Tutti i soccorritori 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 rischi evolutivi, si è autorizzati a procedere oltre.

A. VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE

Per valutare lo stato di coscienza del paziente ci avviciniamo a lui inginocchiandoci, lo chiamiamo ad alta voce e lo scuotiamo afferrandolo dal bacino. Se il paziente non risponde avvisiamo, o se è possibile, facciamo avvisare il **118 telefonando al numero verde 800-606661** (rispondiamo a tutte le domande che ci sono poste senza riattaccare il telefono) dicendogli che abbiamo un paziente **incosciente**. Mettiamo il paziente in posizione supina e su una superficie rigida, allineiamo gli arti lungo il corpo e scopriamo il torace.

B. VALUTAZIONE DELLE VIE AEREE E RESPIRAZIONE

Sempre rimanendo inginocchiati vicino al paziente si mette una mano sul torace e si esegue la manovra **MO.TO.RE (MOVimento, TOSse, RESpiro)** per 10 secondi. Mi raccomando **NON AVVICINARSI ALLA BOCCA E NASO DEL PAZIENTE, NON APRIRE LE VIE AEREE**. Comunicare o confermare l'eventuale stato di coscienza e/o l'assenza di MO.TO.RE. al **118 telefonando al numero verde 800-606661**. Posizionare una protezione sul naso e sulla bocca della vittima mettendo una mascherina chirurgica.

C. COMPRESSIONI TORACICHE

Sempre rimanendo inginocchiati vicino al paziente s'iniziano le compressioni toraciche. Quest'ultime devono essere eseguite appoggiando il calcagno della mano sullo sterno al centro del torace, tenendo le dita sollevate e l'altra ad incastro sopra, mantenendo le braccia perpendicolari al torace senza mai piegarle ma facendo forza sulle anche. Si eseguono 30 compressioni contando ad alta voce almeno le decine (10, 20) e le ultime 5 (26, 27, 28, 29, 30), e due insufflazioni con pallone ambu. Ogni serie di compressioni e insufflazione è un ciclo e si devono ripetere cinque cicli in due minuti. Se il paziente è una persona conosciuta (parenti, amici) si può anche fare la respirazione bocca a bocca, tappando con due dita il naso e immettendo quanta più aria si riesce all'interno della bocca per due volte. Mentre s'immette aria nel torace, guardiamo se quest'ultimo si solleva. Le compressioni per essere efficaci devono scendere di circa 5-6 cm rompendo una – due costole. Se durante il massaggio cardiaco il paziente si muove o emette colpi di tosse, si andrà a rivalutare la manovra **G.A.S.** e l'eventuale stato di coscienza. Le manovre di RCP, devono



continuare fino all'arrivo di un medico, ripresa del battito cardiaco del paziente o fino allo sfinimento dei soccorritori.

OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO (OVACE)

Se il paziente è **cosciente** e, l'ostruzione è parziale, incoraggiare la vittima a tossire e non fare altro. Se l'ostruzione è totale e la vittima diventa debole o smette di tossire o respirare si eseguono **5 colpi dorsali** tra le scapole, dal basso verso l'alto scivolando di lato per non colpire la testa; dopodiché si fanno **5 compressioni addominali (manovra di Heimlich)**. Si alternano 5 pacche dorsali a 5 compressioni addominali fino alla ripresa del paziente o fino alla perdita di coscienza.

Se il paziente è **incosciente** o **perde coscienza**, accompagnare la vittima a terra, allertare l'emergenza sanitaria al numero **800-606661** e procedere con le manovre di **RCP (Respirazione Cardio Polmonare)**.

P-BLS (PEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT)

SUDDIVISIONE DELL'ETA' PEDIATRICA

Innanzitutto bisogna dividere l'età pediatrica in due:

- **LATTANTE:** da zero ad un anno o da 1 a 8 kg circa;
- **BAMBINO:** da 1 anni a 8 anni o da 8 a 25 kg circa;

Sopra gli 8 anni o dei 25 kg si applicano le linee guida dell'adulto.

VARIAZIONI IN ETA' PEDIATRICA RISPETTO ALL'ADULTO

- **LATTANTE:** posizione neutra del capo, 2 insufflazioni di soccorso prima di iniziare le manovre rianimatorie, due dita (secondo e terzo o terzo e quarto) per effettuare le compressioni toraciche;
- **BAMBINO:** posizione leggermente estesa del capo, 2 insufflazioni di soccorso prima di iniziare le manovre rianimatorie, una mano per effettuare le compressioni toraciche.

Sia nel lattante sia nel bambino, prima di iniziare le manovre rianimatorie, si devono effettuare 2 insufflazioni di soccorso.

OSTRUZIONE VIE AEREE DA CORPO ESTRANEO (OVACE) NEL LATTANTE E NEL BAMBINO

- **LATTANTE CHE RIESCE A TOSSIRE:** incoraggia i colpi di tosse e non fare altro;
- **LATTANTE CHE NON RIESCE A TOSSIRE:** 5 percussioni interscapolari alternate a 5 compressioni toraciche (si utilizza la stessa tecnica delle compressioni toraciche);
- **BAMBINO CHE RIESCE A TOSSIRE:** incoraggia i colpi di tosse e non fare altro;



- **BAMBINO CHE NON RIESCE A TOSSIRE:** 5 percussioni interscapolari alternate a 5 compressioni sub-diaframmatiche.

RIMOZIONE DEL CASCO

Per quanto possibile, spiegare sempre al paziente la procedura che state per eseguire. La manovra deve essere eseguita sempre da due soccorritori.

1. Il paziente deve essere in posizione supina (pancia in su)
2. Un soccorritore si mette alla testa del paziente e immobilizza il casco in posizione neutra
3. L'altro soccorritore si posiziona lateralmente, solleva la visiera e parla al paziente, rimuove eventualmente occhiali, microfoni e slaccia (o taglia) la cinghia di fermo del casco
4. Il primo soccorritore stabilizza la testa e il collo mettendo una mano dietro la nuca e l'altra sulla mandibola
5. Il secondo soccorritore afferra il casco ai lati allargandolo il più possibile e con dei movimenti **delicati e lenti**, facendolo basculare, lo toglie
6. Il primo soccorritore **tiene ben fermo la testa e il collo** del paziente durante quest'operazione
7. Tolto il casco, il compito dell'immobilizzazione della testa e del collo passerà al secondo soccorritore, mentre il primo soccorritore applicherà il collare cervicale.

COLLARE CERVICALE

Per quanto possibile, spiegare sempre al paziente la procedura che state per eseguire. La manovra deve essere eseguita sempre da due soccorritori.

Il collare ha la funzione di immobilizzare il collo e preservare l'integrità della colonna cervicale. 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. I collari sono disponibili in diversi modelli e misure. Il soccorritore deve conoscere bene le caratteristiche del collare che sta utilizzando. La testa e 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 che arriva sul luogo si rivolge direttamente al paziente, parlandogli ed immobilizzandogli la testa ponendo le due mani lateralmente sui padiglioni auricolari, cercando di metterle in corrispondenza delle superfici ossee senza esercitare compressioni sui tessuti molli
2. Il secondo soccorritore toglie eventuali collane, orecchini, indumenti con il collo alto, ecc. Individua il collare delle giuste dimensioni per il paziente
3. Il primo soccorritore continua a mantenere l'immobilizzazione manuale anche dopo l'applicazione del collare
4. Dopo il posizionamento, continuare a sostenere l'immobilizzazione, controllare che sia correttamente messo, che sia consentita l'apertura della bocca, e che non ostacoli la respirazione



K.E.D. (O ESTRICATORE)

Per quanto possibile, spiegare sempre al paziente la procedura che state per eseguire. L'estrattore è un presidio utilizzato per estrarre infortunati da luoghi stretti (generalmente abitacoli di autoveicoli) garantendo l'immobilizzazione della colonna vertebrale. La manovra deve essere eseguita, se possibile, da almeno tre soccorritori:

1. Posizionare il collare cervicale e contestualmente preparare l'estrattore
2. Il primo soccorritore mantiene l'immobilizzazione del collo, il secondo aiuta il terzo a mettere il presidio tra la schiena del paziente e il sedile del veicolo
3. Appoggiare il ked al sedile del veicolo e poi tirarlo verso l'alto fino alle ascelle del paziente
4. Far scivolare le cinghie cosciali sotto le gambe ed allacciarle senza tenderle
5. Allacciare le cinture anteriori iniziando dal basso
6. Tendere progressivamente le cinture iniziando dal basso (facendo attenzione a non causare impedimento alla respirazione)
7. Solo dopo aver fissato le cinghie inguinali ed anteriori, s'immobilizza la testa con il fermacapo e le due fionde (frontale e mentoniera)
8. Lo spessore in dotazione può essere posto dietro la testa per fare spessore contro la parte alta del presidio
9. Porre l'asse spinale vicino al veicolo
10. Mettere, se possibile, la tavola spinale sul sedile a fianco dell'infortunato
11. Ruotare delicatamente il paziente e farlo scivolare sopra la spinale
12. Mettere i fermacapo e le relative cinghie
13. Dopo aver messo il paziente sulla barella, si possono allentare le cinghie del ked
14. Mettere una metallina (o coperta termica), con la parte dorata rivolta verso l'esterno, sul paziente, stendere il ragno e legare le cinture della barella
15. Se necessario somministrare ossigeno

Un altro utilizzo del ked è rappresentato dalla frattura del femore: si mette la parte più larga all'altezza della coscia, e la parte più stretta attorno al femore fratturato.

BARELLA A CUCCHIAIO

Per quanto possibile, spiegare sempre al paziente la procedura che state per eseguire. 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 eseguita da almeno due soccorritori:

1. Allineare gli arti del paziente e metterlo supino
2. Mettere la barella ai lati del paziente regolando la lunghezza e separando le due parti
3. I soccorritori si pongono ai lati del paziente (all'altezza delle spalle e del bacino) e ruotandolo leggermente gli infilano sotto una delle metà della barella, poi spostandosi sull'altro lato, ripetono la manovra per inserire la seconda metà, agganciano le due estremità, facendo attenzione al corretto scatto del meccanismo, per spostare la barella occorre impugnarla dai due lati e non dalle due estremità
4. Mettere le cinghie di sicurezza, il loro numero varia in base alla situazione e alla tipologia del paziente.



IMMOBILIZZATORI PER ARTI O STECCOBENDE

Per quanto possibile, spiegare sempre al paziente la procedura che state per eseguire. Sono presidi utilizzati per immobilizzare gli arti traumatizzati. La manovra di applicazione è effettuata da almeno due soccorritori:

1. Il primo soccorritore riallinea l'arto interessato, esercitando una leggera trazione, iniziando dall'estremità: polso, avambraccio, braccio; piede, gamba, coscia. Se il paziente lamenta dolore o se c'è resistenza alla manovra interromperla immediatamente. Se ci sono delle deformità innaturali dell'arto, bisogna immobilizzarlo nella stessa posizione in cui si trova senza tentare né il riallineamento né alcun altro movimento,
2. Il secondo soccorritore mette la steccobenda all'arto interessato, con la parte di color arancione verso l'alto.

TAVOLA SPINALE

Per quanto possibile, spiegare sempre al paziente la procedura che state per eseguire. La tavola spinale è utilizzata per l'immobilizzazione e il trasporto di pazienti traumatizzati per i quali si sospetta una lesione della colonna vertebrale. La manovra deve essere eseguita da almeno tre soccorritori. Il paziente può essere messo sulla spinale: direttamente da terra, d'in piedi, dopo aver messo l'estricatore oppure con l'aiuto della barella a cucchiaio.

Posizionamento da terra:

1. Allineare gli arti del paziente e metterlo supino
2. I primi due soccorritori applicano il collare cervicale ed il terzo mette la tavola, il ragno e i fermacapo ai lati del paziente
3. Mentre il primo soccorritore rimane alla testa del paziente, continuando a mantenere l'immobilizzazione del collo in linea con tutta la colonna, gli altri due soccorritori si pongono ai lati del paziente, uno all'altezza delle spalle e l'altro del bacino, incrociando le braccia e ruotandolo su un lato (log-roll) e avvicinano la spinale (chi comanda le operazioni è il soccorritore che si trova alla testa del paziente)
4. Tenendo la spinale aderente al dorso del paziente i soccorritori lo riposizionano orizzontalmente
5. Nel caso debba essere sistemato nella giusta posizione, al centro della spinale, i soccorritori devono provvedere eseguendo dei piccoli movimenti, sempre avendo cura che l'asse della colonna vertebrale rimanga in linea
6. Dopo, dopo aver coperto il paziente con una metallina (coperta termica) con la parte dorata rivolta verso l'esterno, si fissa alla tavola spinale con il ragno, e per ultimo i fermacapo
7. Se necessario somministrare ossigeno.

Nell'abbattimento di un paziente che si trova in piedi, sopra la tavola, si procede nel seguente modo:

1. Il primo soccorritore gli immobilizza il collo
2. Il secondo soccorritore mette il collare cervicale



3. Gli altri due soccorritori mettono la tavola spinale alle spalle del paziente, prestando attenzione nel non interferire con la mobilizzazione del collo da parte del primo soccorritore
4. I due soccorritori poi impugneranno la tavola spinale facendo passare il proprio braccio sotto le ascelle dell'infortunato
5. Con l'altro braccio afferrano i fori laterali all'altezza del bacino del paziente e mettono un piede dietro la tavola spinale per garantirne la stabilità
6. Il soccorritore alla testa del paziente, dopo averlo tranquillizzato, ordinerà per abbassare la spinale a terra
7. Mentre si abbassa la spinale, il primo soccorritore procede all'indietro, mantenendo la stabilizzazione del capo in posizione neutra, gli altri due soccorritori dovranno agire in modo lento e coordinato su entrambi i lati e devono piegare sulle ginocchia fino al raggiungimento orizzontale del paziente

IL MATERASSINO A DEPRESSIONE

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

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

La manovra deve essere eseguita da almeno tre soccorritori. Il paziente può essere messo agevolmente sul materassino con l'aiuto della barella a cucchiaio, oppure dopo aver messo l'estricatore.

Posizionamento da terra:

1. Allineare gli arti del paziente e metterlo supino, mantenendo l'immobilizzazione del rachide cervicale
2. I primi due soccorritori applicano il collare cervicale
3. Poi si mette la barella a cucchiaio
4. Il terzo soccorritore 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,
5. Infine si mette il paziente sul materassino e lo modella attorno al paziente

ATTENZIONE: ogni presidio che utilizziamo per l'incolumità del paziente va lasciato fino all'arrivo in ospedale o comunque fino a quando un medico qualificato non valuta il paziente e decide di toglierlo. I soccorritori possono **SOLO** allentare leggermente le cinghie dei presidi se strettamente necessario. **L'unico presidio che si può e si deve rimuovere è la barella a cucchiaio, in quanto non è indicata per trasportare i pazienti.**