

SERVIZIO OPERATIVO SANITARIO
COMMISSIONE FORMAZIONE
SONA - VR

CORSO PER SOCCORRITORI

IL SISTEMA DI EMERGENZA
EXTRAOSPEDALIERA

LA CATENA DELLA
SOPRAVVIVENZA



ATTENZIONE

Questo manuale deve essere associato ad uno specifico corso teorico e pratico, quindi quanto in esso riportate ed illustrate non deve essere eseguito o messo in pratica, senza aver preventivamente frequentato un corso di primo soccorso, tenuto da istruttori qualificati, dove vengano insegnate le nozioni e le tecniche, anche con simulazioni e prove pratiche utilizzando idonei presidi didattici (manichini ecc.....)

L'Associazione S.O.S. Sona in merito, declina ogni responsabilità dell'eventuale non corretto utilizzo del manuale.

IL SISTEMA DELL'EMERGENZA EXTRAOSPEDALIERA

IL S.U.E.M. (Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica) 118

NORMATIVA CHE REGOLA L'ISTITUZIONE DEL 118

Attualmente in Italia il numero da comporre per richiedere l'assistenza sanitaria d'emergenza è il **118**. L'istituzione del numero unico per l'emergenza sanitaria è avvenuta solo negli anni '90, più precisamente nel 1992 con il DPR 27/03/1992.

Prima di allora l'emergenza sanitaria non era affatto organizzata, infatti non vi erano Centrali Operative, tranne pochi casi sporadici (Bologna e Verona furono le prime nel 1987).

I servizi di emergenza erano quindi demandati agli ospedali (in alcune regioni) e in molte regioni d'Italia vi era una capillare presenza di Associazioni di volontariato che svolgevano il servizio d'emergenza in modo confuso e per niente coordinato, senza alcun obbligo di presenza. L'ovvia conseguenza era che si assisteva a casi di vera e propria malasanità in quanto il cittadino doveva cercare di contattare le ambulanze chiamandole direttamente nelle rispettive sedi, quindi tramite normalissimi numeri urbani a cui non sempre veniva data risposta. I tempi di intervento subivano forti ritardi, nulla era coordinato per cui poteva capitare che sullo stesso evento intervenissero più mezzi e contemporaneamente su un altro evento non intervenisse nessuno. La qualità del servizio, dei mezzi, della formazione del personale non era controllata da alcun ente per cui l'assistenza veniva svolta in maniera soggettiva e con metodi che avevano ben poco di scientifico. Tante volte il numero di riferimento per il cittadino per richiedere l'invio di un'ambulanza era il 113, ma l'operatore che riceveva la chiamata non poteva fare altro che indicare i numeri delle associazioni di volontariato senza sapere nulla circa la loro presenza o meno; di fatto non coordinava nulla.

Il Veneto fu una delle prime regioni a sensibilizzarsi e a muoversi per coordinare il sistema di emergenza sanitario extraterritoriale delineando nel 1990 un Piano Socio Sanitario regionale in cui si sottolineava l'importanza di dover portare "l'ospedale al paziente", ovvero la necessità di dover operare con più professionalità già fin sul territorio. Si iniziò a capire che gran parte dei costi sociali derivanti dall'assistenza ospedaliera potevano essere ridotti ed ammortizzati migliorando la prima assistenza d'emergenza sul territorio; da qui, vennero introdotti nel sistema di emergenza, fino ad ora composto solo da soccorritori volontari, dei medici sui mezzi di soccorso. Inoltre vennero dettate delle regole che prevedevano la presenza capillare sul territorio di mezzi di soccorso composto da 1 ambulanza di soccorso avanzato (ALS) ogni 100.000 abitanti e 1 ambulanza di soccorso di base (BLS) ogni 10.000 abitanti. La copertura del territorio era completata con l'organizzazione di una rete di basi di elisoccorso sanitario.

Nel 1992 finalmente lo Stato intervenne con un DPR (Decreto Presidente della Repubblica) 27/03/1992, con il quale venne istituzionalizzato il numero unico sanitario nazionale deputato al coordinamento, alla gestione e all'organizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale: il 118. Nacquero così le Centrali Operative Provinciali, ovvero una centrale operativa in ogni provincia con il compito di gestione dei mezzi e delle risorse ad essa disponibili.

Nel 1992 vennero emanate anche le prime linee guida dalla Conferenza Stato-Regioni. Tra le altre cose vennero indicati per la prima volta anche quali erano i tempi indicativi per l'arrivo del mezzo di soccorso. In area urbana vennero fissati dei tempi di arrivo inferiori agli 8 minuti, mentre in area extraurbana in un tempo inferiore ai 20 minuti. Ciò significava che ogni Centrale Operativa Provinciale doveva piazzare i mezzi sul territorio seguendo tali indicazioni e quindi dovendo fare i conti non solo con il numero di abitanti ma anche con la conformazione geofisica del territorio.

Nel 1996 vennero emanate delle linee guida nazionali per cui si riconobbe che il sistema di Emergenza era costituito da tutto il sistema di allarme, dal sistema di soccorso e dalla rete di ospedali per acuti (Pronto soccorso e Dipartimento di Emergenza); quindi una struttura complessa composta da più parti che si dovevano integrare interagendo tra loro. La parte di coordinamento tra le varie componenti venne deputata alle Centrali Operative 118 le quali avevano il compito di ricevere le chiamate, di gestire i mezzi sul territorio e di coordinare l'intero sistema; il tutto tramite dei protocolli.

Ogni Centrale Operativa doveva essere gestita da un Responsabile Medico, da altri medici che operavano sul territorio, esperti in emergenza e da infermieri con esperienza maturata in area critica.

Le tipologie dei mezzi di cui doveva disporre la centrale operativa dovevano essere ambulanze di trasporto, ambulanze di base (BLS), ambulanze avanzate (ALS) mezzi speciali di rianimazione (automediche), elicotteri sanitari.

Nel 2000 la Regione Veneto emanò il D.G.R.V. n° 1179 del 28-3-2000 che assegna al Responsabile Medico della Centrale Operativa le mansioni per:

- 1. Decidere il numero, la tipologia e la dislocazione dei mezzi;
- 2. Organizzare, in accordo con le ASL, i piani di intervento in tutta la provincia;
- 3. Stabilire i protocolli operativi.

LE TECNOLOGIE DEL SISTEMA 118

Il sistema 118 per svolgere la propria funzione di organizzazione e coordinamento dei mezzi presenti sul territorio con gli ospedali di afferenza si serve di una rete radio regionale a copertura di tutto il territorio. Ogni provincia utilizza le proprie frequenze, per cui la centrale operativa 118 resta costantemente in ascolto radio con tutti i mezzi di Verona e provincia e può sintonizzarsi con le altre province cambiando la frequenza sull'apparato radio. Tramite la radio la centrale operativa è al corrente in tempo reale di tutti i movimenti di ogni mezzo a disposizione riuscendo così a coordinare gli interventi in maniera più efficace.

La rete telefonica di cui dispone il 118 è una rete autonoma, indipendente dall'ospedale. E' un centralino con più linee entranti e più linee in uscita che permette agli infermieri di centrale di parlare contemporaneamente con più utenti e con più mezzi di soccorso. Per parlare con i mezzi di soccorso e i reparti di area critica ci sono delle linee dedicate (cosiddetti "telefoni rossi") che sono quindi sempre libere, perché utilizzate solo dal 118.

La tecnologia di cui dispone la centrale 118 è completata dall'hardware e software specifici per la gestione delle chiamate, quindi una serie di computer integrati che tramite appositi programmi gestionali studiati ad hoc, permettono all'infermiere di centrale di gestire al meglio tutte le risorse di cui dispone. Per agevolare l'individuazione del luogo da dove proviene la richiesta di aiuto è presente anche un programma cartografico.

I MEZZI DEL 118

Tutte le ambulanze presenti sul territorio, per svolgere servizio di emergenza, devono essere convenzionate con il 118 o con l'ASL territoriale di competenza.

Il personale della centrale 118 Verona svolge servizio operativo solamente sull'elicottero e su una delle due automediche di proprietà del 118.

Il personale che opera su tutti gli altri mezzi è così composto:

- Volontari di Associazioni o Enti
- Dipendenti, sanitari e non, delle ASL (Ospedali) e degli Enti ed Associazioni
- Medici ed Infermieri professionali, specialisti in emergenza, operanti in regime di libera professione

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI SOCCORSO A VERONA

La provincia di Verona è suddivisa in 3 aziende Ulss:

- ASL 20: Verona Centro, S. Bonifacio e tutto il Nord-Est della Provincia;
- ASL 21: Legnago, Nogara, Bovolone, Zevio, Cerea e zone limitrofe.
- ASL 22: Bussolengo, Villafranca, Peschiera, Caprino, Isola della Scala, Malcesine, S. Ambrogio, Sona, Sommacampagna e tutta la zona ovest della provincia

Sul territorio sono presenti ambulanze con soli volontari, con infermiere, con medico o automediche ed elicottero dislocate o negli ospedali (soprattutto quelli periferici) o presso le sedi delle associazioni convenzionate, secondo un piano di copertura del territorio prestabilito e continuamente aggiornato secondo le esigenze.

Ad integrare il sistema delle risorse d'emergenza vi sono pure le Guardie Mediche presenti anch'esse in determinati punti della Provincia nei giorni festivi, prefestivi (dalle ore 10) e nei giorni feriali notturni.

STRUTTURA DELLA CENTRALE 118

Cos'è:

- Una struttura sanitaria cui è stata affidata l'organizzazione e la gestione dell'urgenza sanitaria territoriale.

Compiti:

- Raccogliere e filtrare le richieste che giungono in centrale operativa.
- Gestire la risposta sanitaria in caso di urgenza-emergenza.
- Organizzare il trasporto sanitario assistito.
- Organizzare l'assistenza sanitaria di grossi eventi o manifestazioni sportive.
- Gestire le maxiemergenze.

Mezzi in gestione:

- 30 Ambulanze (variabile)
- 4 Automediche
- 1 Elicottero

Servizi:

- D'emergenza.
- D'urgenza.

Personale:

- 1 Responsabile medico
- 1 Medico di centrale
- 1 Capo sala
- 1 Impiegata
- 20 Infermieri

STRUTTURA DI CHIAMATA AL 118

- **RICEZIONE CHIAMATA:** Le chiamate con la richiesta di soccorso giungono in centrale operativa tramite una delle 12 linee entranti. Ad esse risponde uno degli infermieri in turno che esegue l'intervista telefonica. Gli infermieri di centrale sono suddivisi in tre turni: 3 infermieri dalle 8 alle 14, 3 infermieri dalle 14 alle 20, 2 infermieri dalle 20 alle 8, per tutti i 365 giorni dell'anno.
- **INTERVISTA TELEFONICA (DISPATCH):** L'intervista telefonica prevede la rilevazione di una serie di dati che servono ad identificare il luogo dell'evento, il tipo di evento, le condizioni delle persone che hanno bisogno del soccorso. Il sistema dispatch è un sistema di intervista telefonica importato dagli Stati Uniti che prevede tutta una serie di domande per capire con chiarezza cosa sta succedendo e di istruzioni pre arrivo da dare agli utenti in attesa dei mezzi di soccorso.
- **SCELTA DEL MEZZO E DEL CODICE D' INVIO:** In base a tutte le informazioni rilevate l'infermiere di centrale deve inviare il mezzo più idoneo per equipaggio e per distanza, assegnandogli il giusto codice d'invio.
- **ATTIVAZIONE DI ALTRI ENTI SE NECESSARIO:** Nel caso si tratti di richieste di soccorso per incidenti stradali l'infermiere di centrale è tenuto ad informare anche la Polizia Stradale o i Vigili Urbani per i rilievi. In altri casi laddove sia opportuna la presenza di altre forze l'infermiere di centrale si consulta, attiva e collabora con la Questura (113), con i Carabinieri (112), con i Vigili del Fuoco (115), con la Centrale Operativa dell'Autostrada (COA). Altri enti attivabili sono le camere iperbariche, le Guardie mediche, le Guardie mediche pediatriche, le Guardie mediche turistiche.

IL NUMERO 1.1.8.

COS'È.....:

- È IL NUMERO DI TELEFONO UNICO PER TUTTA L'ITALIA PER LE CHIAMATE DI EMERGENZA SANITARIA
- È UN NUMERO TELEFONICO DI PUBBLICA UTILITÀ
- SI PUÒ CHIAMARE DA QUALSIASI APPARECCHIO TELEFONICO PRIVATO, PUBBLICO E DAI CELLULARI
- LA CHIAMATA È GRATUITA

QUANDO SI CHIAMA:

- IN CASO DI GRAVE MALORE
- INCIDENTE STRADALE, SUL LAVORO, DOMESTICO, AGRICOLO, SPORTIVO ECC.
- PERICOLO DI VITA CERTO O PRESUNTO
- SOSPETTO AVVELENAMENTO
- RICHIESTA DI GUARDIA MEDICA PEDIATRICA

QUANDO NON SI CHIAMA:

- RICHIESTA DEL MEDICO DI BASE
- RICHIESTE O PRENOTAZIONI DI CONSULENZE E VISITE SPECIALISTICHE
- RICHIESTE DI INFORMAZIONI SOCIO-SANITARIE, COME ORARI AMBULATORIALI, FARMACIE DI TURNO ecc.
- EMERGENZE AMBIENTALI

COSA VUOL SAPERE L'OPERATORE DEL 118

DOVE: L'operatore della centrale vuole sapere dove serve l'intervento sanitario, ovvero l'indirizzo preciso. Se si tratta di interventi in autostrada, vuole sapere l'ultimo casello passato e la direzione. Se si tratta di interventi in strada se ci sono dei riferimenti.

COSA: L'operatore vuole sapere che cosa sta accadendo, ovvero serve l'ambulanza per cosa? Si tratta di un malore, di un incidente stradale, di un infortunio sul lavoro? Quanti feriti ci sono? Come sono le condizioni dei feriti? Eventuali pericoli (fuoco, gas ecc. ...)

QUANDO: L'operatore vuole sapere quando è successo l'evento (per esempio il dolore è insorto adesso o sono più giorni che si manifesta).

CHI: L'operatore vuole sapere chi è coinvolto, ovvero quante persone e se serve l'intervento eventuale di altri enti tipo vigili del fuoco, polizia...

LE FILOSOFIE DEL SOCCORSO

SCOOP AND RUN (carica e vai)

PAZIENTE VERSO L'OSPEDALE

l'ambulanza giunge sul posto, carica il paziente velocemente senza effettuare nessuna manovra di stabilizzazione o pre-trattamento, per portarlo il più velocemente possibile all'ospedale. Questa filosofia veniva utilizzata da tutti i mezzi di soccorso e con tutti i pazienti fino alla fine degli anni '80. Fortunatamente poi si è capita l'importanza di dover stabilizzare il paziente sul posto, per cui tale tecnica è rimasta accettabile solo per alcuni rari casi, per esempio nel caso di ferita penetrante addominale o toracica, poiché l'unica manovra attuabile e da svolgere entro brevissimo tempo è l'intervento chirurgico in sala operatoria.

STAY AND PLAY (stai e lavora sul posto)

OSPEDALE VERSO IL PAZIENTE

il mezzo di soccorso giunge sul posto, valuta e stabilizza il paziente per poi trasportarlo in ospedale.

E' la filosofia del soccorso più diffusa, in quanto migliora l'outcome del paziente.

LOAD, GO AND PLAY (carica, vai e lavora)

il mezzo di soccorso giunge sul posto, valuta la situazione e se difficile, carica il paziente e mentre lo trasporta attua tutte le manovre necessarie e possibili.

È questo il caso in cui un mezzo di soccorso BLS (solo volontari) è intervenuto su un paziente grave, ma in un luogo lontano dall'ospedale. Quindi, dopo aver contattato la CO del 118, carica il paziente e si dirige verso l'ospedale.

Nel frattempo la C.O. invia in aiuto un mezzo avanzato (ALS). L'amb. BLS e il mezzo ALS si incontrano per strada (rendez vous), il personale medico dell'ALS valuta e stabilizza il paziente e poi lo accompagna nel proseguo del viaggio verso l'ospedale.

URGENZA vs EMERGENZA

URGENZA:

Ci troviamo nella situazione in cui normalmente una persona non è in pericolo la vita (funzioni vitali non compromesse), ma comunque si presenta una situazione dannosa e pericolosa e che potenzialmente potrebbe aggravarsi.

L'URGENZA non necessita di tempi di intervento brevissimi.

L'esempio "principe" è un ferito con funzioni vitali stabili, ma con una sospetta frattura della colonna vertebrale. Va trattato con cautela senza fretta nell'immobilizzazione e nel trasporto, per non aggravare la situazione e magari compromettere le funzioni vitali.

EMERGENZA

Ci troviamo nella situazione in cui una persona è **in pericolo di vita** (funzioni vitali compromesse). L'entità dell'emergenza è direttamente proporzionale al pericolo immediato di vita dell'infortunato: bisogna intervenire subito e rapidamente.

L'EMERGENZA è sempre una situazione gravissima e necessita di tempi intervento brevissimi.

Esempi

- Arresto Cardio-respiratorio
- Emorragie Imponenti

CODICI DI INTERVENTO

PER INVIO DEL MEZZO DI SOCCORSO

ROSSO è classificato come servizio di emergenza - intervento per paziente colpito da accidente o incidente con grave compromissione delle funzioni vitali

- **paziente molto critico** –

Utilizzo dei sistemi ottico e acustici di allarme (nel rispetto del Codice della Strada)

GIALLO è classificato come servizio di urgenza veloce e che richiede tempi di intervento brevi e per patologie acute in atto, senza però presentare le caratteristiche di immediata emergenza. - **paziente critico** -

Non si utilizzano i sistemi ottico e acustici di allarme e si rispettano le regole del Codice della Strada.

VERDE è classificato come che non presenti le caratteristiche di urgenza ed emergenza

- **paziente poco critico** –

Non si utilizzano i sistemi ottico e acustici di allarme e si rispettano le regole del Codice della Strada.

BIANCO è classificato come intervento differibile che non necessita tempi brevi di esecuzione, esempio trasporti prenotati per consulenze diagnostiche o per dimissioni ospedaliere.

PER RIENTRO DEL MEZZO DI SOCCORSO

0 trasporto non necessario (trattamento non necessario – trattamento sul posto – persona rifiuta il trasporto)

1 Feriti/pazienti con funzioni vitali stabili, con patologie non gravi – ospedalizzazione in tempi brevi - non si utilizzano i sistemi ottico e acustici di allarme e si rispettano le regole del Codice della Strada.

2 Feriti/pazienti con funzioni vitali stabili, ma con potenzialità di peggioramento - ospedalizzazione in tempi brevi - non si utilizzano i sistemi ottico e acustici di allarme e si rispettano le regole del Codice della Strada.

3 Feriti/pazienti con grave compromissione delle funzioni vitali – ospedalizzazione in tempi rapidi - utilizzo dei sistemi ottico e acustici di allarme.

4 Persona deceduta

LA CATENA DEL SOCCORSO

In presenza di un evento che coinvolge l'incolumità di una persona, la buona riuscita del soccorso alla stessa è legata a una serie di fattori e variabili, che a seconda del loro verificarsi, incidono in modo anche infausto sulla probabilità di sopravvivenza dell'infortunato.

IL CONCETTO DI "CATENA" SOTTOLINEA L'IMPORTANZA DI OGNI ANELLO E DELLA LORO UNIONE AFFINCHÉ L'INTERVENTO DI SOCCORSO SIA EFFICACE.

"Catena della sopravvivenza":



AP

BLS

DP

ALS

AP = ACCESSO PRECOCE

BLS = BASIC LIFE SUPPORT – supporto di base delle funzioni vitali

DP = DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

ALS = ADVANCED LIFE SUPPORT – soccorso avanzato

1° ANELLO - AP ACCESSO PRECOCE

Il primo anello della catena è il più importante, quello in cui viene rilevata la presenza di necessità di un intervento sanitario e vengono di conseguenza chiamati i soccorsi.

Ogni cittadino fa parte del primo anello della catena del soccorso, infatti la legge stessa punisce chi, in presenza di un incidente, non si ferma e allerta i soccorsi (omissione di soccorso).

In Italia la poco radicata cultura del soccorso non sempre permette un'attivazione corretta del sistema di emergenza 118. Tante persone ancora non conoscono il numero giusto da chiamare, per cui la richiesta di soccorso sanitario può essere fatta erroneamente ad altri enti, così come tante richieste non sanitarie vengono fatte agli operatori del 118.

Nell'anello dell'accesso precoce se prendiamo in considerazione una retta temporale, possiamo distinguere i seguenti passaggi:

- ✓ **Tempo di Latenza:** è identificato nel tempo in cui una persona si accorge dell'evento e attiva il sistema di emergenza 118.

Con il progredire della tecnologia, questo intervallo di tempo è fortunatamente sempre più breve. Infatti chi di noi non ha in tasca un telefono cellulare? Il problema principale rimane sul come utilizzarlo in caso di attivazione del mezzo di soccorso. Il passante può essere veloce nel comporre il numero unico di emergenza 118, ma il più delle volte si trova impacciato o poco collaborante quando l'operatore dall'altro capo della linea gli rivolge determinate domande. La frase ricorrente che l'infermiere si sente dire è: "ci vuole un'ambulanza, c'è un incidente, fate presto, fate presto!!".

- ✓ **Tempo di Allertamento:** è il tempo necessario a reperire tutte le informazioni necessarie per attivare il mezzo adeguato al soccorso.

Se il passante fosse adeguatamente istruito, il tempo di allertamento si ridurrebbe di molto e l'invio del mezzo sarebbe sicuramente più mirato da parte dell'operatore. Il problema è la difficile interazione tra l'utente e l'operatore del 118, che in tanti casi si trova suo malgrado in condizioni di non poter reperire informazioni utili.

- ✓ **Tempo di Attivazione:** è il tempo necessario per l'invio del mezzo idoneo al soccorso nei tempi e nella qualifica adeguata.





AUTOPROTEZIONE - SICUREZZA

**APPROCCIO ALL'INFORTUNATO
E MISURE IMMEDIATE DI SOCCORSO**

ATTIVAZIONE 1.1.8.

ATTESA DEI SOCCORSI QUALIFICATI

AUTOPROTEZIONE

La cosa fondamentale da fare in qualsiasi tipo di evento, traumatico o non, è di considerare l'**AUTOPROTEZIONE**.

Nella prima fase del soccorso, il paziente deve essere avvicinato in modo corretto, meglio se da operatori specializzati.

L'autoprotezione è l'insieme di azioni atte a ridurre al minimo i rischi di infortunio dei soccorritori, qualunque essi siano, sulla scena di un evento.

La salvaguardia della propria incolumità viene prima di ogni altra cosa. *Se i soccorritori si infortunano sul luogo di un intervento, altri mezzi dovranno essere inviati in soccorso....*

E' opportuno proteggersi dai rischi ambientali che possono essere stati creati dall'evento o che erano già presenti.

L'auto in fiamme non è certo un ambiente sicuro per soccorrere un infortunato!!!

I soccorritori lavorano in situazioni che spesso possono essere pericolose. Un fattore che può influire negativamente sul soccorso è l'urgenza del caso da trattare, che spesso porta ad un calo della soglia di attenzione verso la situazione ambientale e di conseguenza espone i soccorritori ai pericoli circostanti. Il coinvolgimento emotivo verso l'infortunato può portare il soccorritore a trascurare quelle norme di comportamento essenziali per salvaguardare la propria incolumità.

OPERARE SEMPRE IN SICUREZZA

Verso noi stessi

Verso i nostri colleghi

Verso il ferito/paziente

Quindi prima di prendere qualsiasi iniziativa è opportuno:

OSSERVARE – RIFLETTERE – AGIRE

- **Osservare** l'ambiente nel quale si svolge il soccorso;
- **Riflettere** sugli eventuali pericoli che possono mettere a rischio l'incolumità;
- **Agire**.

**SE NON TI SENTI SICURO E SE NON SEI SICURO AL 100%
CHE LA SCENA DELL'EVENTO SIA IN SICUREZZA
FA INTERVENIRE GLI ENTI PREPOSTI (VV.F – POLIZIA – CARABINIERI ecc.)**



APPROCCIO ALL'INFORTUNATO

- ◆ Quando e solo QUANDO la scena è in sicurezza avvicinarsi all'infortunato;
- ◆ Compatibilmente con un eventuale rischio di contaminazione biologica, chiamare e scuotere leggermente la persona (se è un traumatizzato cercare di immobilizzare manualmente il rachide cervicale);
- ◆ A-B-C Andare in ordine a rilevare...
 - Stato di coscienza – AZIONE “A”
 - Presenza del respiro – AZIONE “B”
 - Presenza di polso (circolo) – AZIONE “C”



➤ **Valutazione dello stato di coscienza**

➤ **“Chiama il 118”**

Misure immediate di soccorso:

- ◆ Garantire la pervietà delle vie aeree
- ◆ Rianimazione cardio-polmonare
- ◆ Arrestare un'eventuale emorragia

ATTIVAZIONE DEL 1.1.8

PRIMA DI CHIAMARE:

- CONTROLLA SE CI SONO ALTRI PERICOLI ?
 - FUOCO ?
 - SOSTANZE PERICOLOSE ?
 - CAVI ELETTRICI ?
 - CENTRALINE GAS ?
- CONTROLLA DOVE TI TROVI, INFORMATI SE NON CONOSCI LA LOCALITA' ESATTA
- DA CHE TELEFONO CHIAMMI - SE IL TELEFONO NON È IL TUO, INFORMATI SU QUAL' È IL NUMERO

COSA DIRE:

- L'OPERATORE È BENE ISTRUITO E COMPETENTE (INFERMIERE PROFESSIONALE) E PORRÀ ALCUNE DOMANDE SECONDO UNO SCHEMA:
 - CHI SIETE
 - DA DOVE CHIAMATE E IL NUMERO TELEFONICO
 - LOCALITÀ DELL'EVENTO, VIA E NUMERO CIVICO
 - EVENTUALI RIFERIMENTI (CHIESA, MUNICIPIO, CAMPI SPORTIVI, FABBRICHE, BAR....)
 - TIPO DI EVENTO: MALORE O INCIDENTE?

COSA DIRE IN CASO DI INCIDENTE:

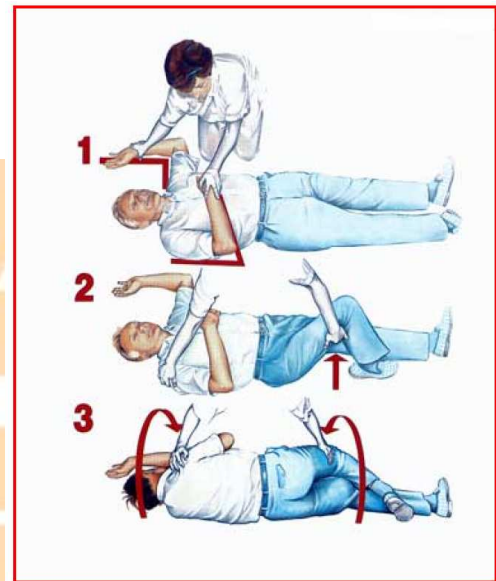
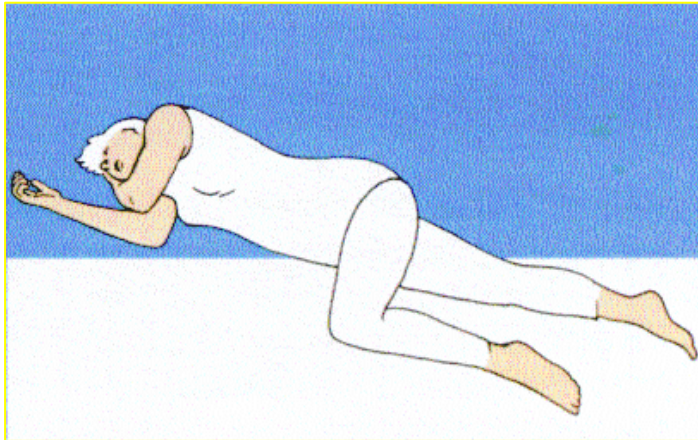
- NON CHIAMARE SOLO PERCHÉ HAI VISTO UN INCIDENTE
- VERIFICA IL TIPO DI INCIDENTE (STRADALE, SUL LAVORO, DOMESTICO) E MEZZI O ATTREZZATURE COINVOLTI
- DINAMICA DELL'INCIDENTE (ESEMPIO: SCHIACCIAMENTO, CADUTA DALL'ALTO, SEPPELLIMENTO.....)
- PERICOLO DI INCENDIO O PRESENZA DI SOSTANZE TOSSICHE, ESPLOSIVE
- CONDIZIONI DEI FERITI - SONO INCASTRATI?.....
- QUANTI SONO
- COSCIENTI / NON COSCIENTI
- SI MUOVONO?
- RESPIRANO BENE / MALE
- HANNO FERITE O EMORRAGIE EVIDENTI
- DOVE SI TROVANO

COSA DIRE IN CASO DI MALORE:

- Età del paziente
- E' successo improvvisamente?
- Soffre di qualche malattia nota?
- E' cosciente / incosciente (risponde se lo chiamate?)
- Respira o non respira?

LA CHIAMATA

- Mantenere sempre la calma;
- Non riattaccare il telefono fino a che l'operatore non ha finito e ve lo dice;
- Seguire le indicazioni dell'operatore prima dell'arrivo del mezzo di soccorso;
- In certi casi l'operatore può dare consigli utili e istruzioni di primo soccorso.

ATTESA DEI SOCCORSI**POSIZIONE LATERALE DI SICUREZZA – PLS**

- ❑ **PAZIENTE INCOSCIENTE**
- ❑ **ATTIVITA' RESPIRATORIA PRESENTE**
- ❑ **NO IN CASO DI EVENTO TRAUMATICO**

E' una posizione di "ATTESA", fino all'arrivo dei soccorsi o all'allertamento degli stessi.

Se la persona respira ma rimane priva di coscienza, è possibile utilizzare questa tecnica, che permette di:

- mantenere la pervietà delle vie aeree evitando che la base della lingua vada ad ostruire la faringe
- in caso di vomito, esso può defluire all'esterno
- garantisce la la stabilità del corpo fino all'arrivo dei soccorsi.

La presenza di attività respiratoria deve essere regolarmente verificata.

NON VA MAI UTILIZZATA IN CASO DI EVENTO TRAUMATICO

IN ATTESA DEI SOCCORSI

Cosa fare....

- Se conosciute eseguire le manovre di primo soccorso (RCP, tamponamento emorragie, medicazione di ferite) anche quelle eventualmente consigliate dall'operatore del 118
- Protezione termica
- Sostegno psicologico
- Se l'infortunato è cosciente chiedere se è affetto da eventuali patologie pre-esistenti (es. diabete, cardiopatie,...) - Chiedere se fa uso di farmaci e quali
- Liberare le vie di accesso al luogo dell'incidente per favorire l'arrivo dei soccorsi, indicazioni ai mezzi di soccorso

ALL'ARRIVO DEI SOCCORSI

Cosa fare e dire....

- Riferire l'accaduto
- Riferire il numero e le condizioni degli infortunati
- Riferire le eventuali manovre di primo soccorso effettuate (RCP, tamponamento emorragie
- Riferire, se conosciuta, l'eventuale anamnesi (farmaci assunti, malattie sofferte, altri precedenti
- Aiutare il personale di soccorso se richiesto
- Non intralciare le operazioni di soccorso.

2° ANELLO - BLS Basic Life Support

È l'anello nel quale si iniziano le manovre di soccorso da parte di soccorritori occasionali o di personale giunto col mezzo di soccorso. In questa fase ci troviamo all'interno del tempo di trattamento nel quale l'èquipe di soccorso valuta le funzioni vitali dell'infortunato, allerta se necessario l'èquipe avanzata e nel contempo attua le manovre di rianimazione di base.

3° ANELLO - DP DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

È l'anello nel quale in presenza di un paziente in arresto cardiaco è opportuno l'intervento di un soccorritore che possa mettere in atto l'algoritmo di utilizzo del defibrillatore per verificare se vi è la presenza di un ritmo defibrillabile (85% dei casi) ed eventualmente erogare le scariche elettriche.

4° ANELLO - ALS Advanced Life Support

È l'anello in cui sul luogo dell'evento interviene il mezzo di soccorso avanzato che mette in atto le manovre atte a salvaguardare la vita del paziente.

Questi ultimi tre anelli verranno approfonditi nel proseguo del corso.

NUMERI UTILI

SOCCORSO PUBBLICO	
1 1 3	PUBBLICA SICUREZZA - POLIZIA
1 1 8	EMERGENZA SANITARIA
1 1 2	CARABINIERI
1 1 5	VIGILI DEL FUOCO
PUBBLICA UTILITÀ	
1 1 7	GUARDIA DI FINANZA
15 15	CORPO FORESTALE (INCENDI BOSCHIVI)
15 30	GUARDIA COSTIERA (EMERGENZA IN MARE)
196 96	TELEFONO AZZURRO