

PREMESSA

Il 2/03/1999 é stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana la legge del 26/02/1999 n. 42.

Tale legge costituisce uno dei più importanti eventi storici della professione infermieristica italiana.

Con la stessa viene infatti abrogato il mansionario degli infermieri D.P.R. 14/03/1974 n. 225.

Nel comma 1 art.1 viene descritta la professione infermieristica non più come "professione sanitaria ausiliaria" ma come "professione sanitaria".

Già con questa variazione nella dicitura si denota grandemente il carattere di autonomia e responsabilità della professione infermieristica, rafforzata dal comma 2 art.1 dove viene espressamente abrogato il D.P.R. 14/03/1974 n. 225.

Ciò ha sganciato l'infermiere da ogni restrizione per far sì che esso sia regolamentato esclusivamente dal PROFILO PROFESSIONALE (D.M. 739/74), dal nuovo CODICE DEONTOLOGICO, dalla formazione e preparazione di base che ogni infermiere deve possedere in quanto tale, in aggiunta all'esperienza professionale maturata.

L'infermiere, con questa legge, ha visto ampliato il suo campo di azione, pur non avendo l'obbligatorietà nell'esecuzione delle manovre come lo era in precedenza con il mansionario.

Egli infatti può decidere, in base alle sue conoscenze e alla consapevolezza di sé e del suo saper fare, se effettuare un atto assistenziale o meno.

Proprio per questo motivo l'infermiere deve agire con la massima cautela e precisione utilizzando ogni mezzo a sua disposizione, al fine di effettuare degli interventi mirati, efficaci ed efficienti.

Questa ponderatezza nell'agire, ottenibile semplicemente attraverso una buona pianificazione del lavoro, a mio avviso dà una maggiore qualità all'assistenza, ed espone a rischio di errori il meno possibile l'operatore stesso.

E' quindi un vantaggio sia per chi la erogherà sia per chi ne usufruirà.

L'obiettivo di questo mio trattato è proprio quello di rendere evidenti sia i vantaggi, sia gli svantaggi di una assistenza pianificata sulle reali necessità dell'utente attraverso una accurata rilevazione dei dati.

Per cercare di inficiare il meno possibile le conclusioni di questo lavoro mi limiterò , dopo aver fatto un breve excursus sulla rilevazione dati, alla descrizione di alcuni eventi che hanno prodotto degli interventi assistenziali.

Questi casi riportati in questa tesi sono stati reclutati da una realtà particolare, Servizio di Emergenza Sanitaria 118 di Roma, che ho scelto per

l'interesse che ha suscitato in me durante il tirocinio effettuato presso questo servizio; inoltre è una realtà dove l'infermiere si trova spesso davanti a situazioni di emergenza durante le quali, godendo di una maggiore autonomia decisionale rispetto ad un infermiere operante in un reparto di degenza, deve agire con più attenzione pianificando in pochi minuti i provvedimenti che dovrà mettere in atto.

INTRODUZIONE

DIAGNOSI INFERMIERISTICA E PROBLEMA COLLABORATIVO

Nel marzo 1990, nel corso della IX conferenza, la NANDA (North American Nurses Diagnosis Association) ha così definito la diagnosi infermieristica: "la diagnosi infermieristica è un giudizio clinico sulle reazioni ai problemi di salute presenti o potenziali, ai processi di vita di una persona, di una famiglia, di una collettività.

Le diagnosi infermieristiche servono come base per la scelta degli interventi assistenziali che mirano a raggiungere risultati di cui l'infermiere è responsabile.

Gli infermieri effettuano una diagnosi ogni qualvolta esaminano le manifestazioni del paziente e le mettono in relazione tra loro, arrivando a delle conclusioni sul suo stato di salute o sulle sue reazioni.

E' importante però capire che la diagnosi infermieristica è diversa dalla diagnosi medica per diversi motivi:

- L'attenzione della diagnosi infermieristica è posta sulle reazioni delle persone ai problemi reali o potenziali di salute;

La diagnosi medica è orientata alla patologia o alle reazioni fisiopatologiche degli organi e degli apparati.

- Per l'identificazione e il trattamento dei problemi di una diagnosi infermieristica l'infermiere è autonomo.

Un altro punto importante è il riferimento alla reazione dell'individuo ai problemi reali o potenziali, dove per reazione si intendono tutte le risposte sia fisiche che psichiche che nascono dall'impatto tra un problema di salute e il benessere perseguito (es: cambiamento dell'immagine di sé collegata alle condizioni di salute come può essere l'asportazione di una mammella).

Per la definizione della Diagnosi Infermieristica risulta molto utile il metodo P.E.S.:

- P= PROBLEMA
- E=EZIOLOGIA O FATTORI CONTRIBUENTI
- S= SEGNI E SINTOMI

Con questo metodo si può enunciare il problema legato alla causa, giustificando tale affermazione con la descrizione di segni e sintomi.

Formulare una D.I. in questo modo permette:

- precisione nella formulazione e quindi nell'identificazione dei problemi;
- precisione nella scelta degli obiettivi in quanto mirano alla risoluzione del problema attraverso la scomparsa di segni e sintomi;
- scelta precisa degli interventi che mirano alla scomparsa dei problemi attraverso la rimozione delle cause;
- valutazione precisa, poiché basata su obiettivi precisi;

Ma l'infermiere, nel corso della sua attività può trovarsi anche di fronte a situazioni di tipo diverso, come la presenza di problemi per la soluzione dei quali è necessaria una collaborazione con altre figure professionali.

Si trova cioè di fronte ad un **PROBLEMA COLLABORATIVO**.

Il problema collaborativo è un "(...) problema reale o potenziale di salute, corrispondente ad una risposta fisiopatologica dell'organismo, di cui gli infermieri hanno la completa responsabilità di riconoscere, segnalare e trattare in collaborazione con altre figure professionali (medico, fisioterapista, psicologo, ecc.)

La formulazione del problema collaborativo richiede un metodo diverso dalla P.E.S.:

- Utilizza terminologia medica;
- Enuncia solo il problema senza identificarne le cause, poiché l'identificazione eziologica di questo tipo di problema non è di competenza infermieristica;
- Enuncia il problema come problema collaborativo reale o potenziale.

Inoltre bisogna aggiungere che spesso il problema collaborativo coincide con un segno o sintomo di una diagnosi medica.

Da quanto detto si può dedurre che la raccolta dei dati o delle informazioni é la ricerca degli elementi che possono aiutare a identificare i problemi del paziente, allo scopo di pianificare le cure in modo globale e finalizzato. L'insieme dei dati iniziali diventa perciò il punto di partenza per valutare lo stato di salute del paziente e per identificare i suoi problemi di salute reali o potenziali.

Proprio per questo motivo ritengo sia molto importante effettuare una buona rilevazione dati poichè é la base di partenza per la pianificazione assistenziale.

Ad una errata o incompleta rilevazione, corrisponde l'impossibilità di centrare a pieno il problema e quindi risolverlo.

Altresì importante é l'analisi e interpretazione delle informazioni raccolte; in questa operazione l'infermiere sarà aiutato da:

- Bagaglio culturale derivante dalla preparazione di base, preparazione post-base;
- valori propri;
- esperienza professionale.

CAPITOLO 1

I DATI

CHE COSA SONO I DATI

I dati possono essere definiti come elementi o informazioni che assumono le caratteristiche del contesto in cui vengono valutati, ed in base allo scopo per cui vengono rilevati.

In ambito sanitario lo scopo che ci interessa raggiungere é quello di effettuare una buona assistenza, sia infermieristica che medica.

In virtù di questo, i dati riguarderanno i diversi aspetti che possono influenzare lo stato di salute della persona di cui ci si prende cura.

All'interno di questo gruppo di informazioni, per altro assai ampio, possiamo trovare dati di diverso genere, dalle abitudini sociali del soggetto alle sue caratteristiche fisiche.

Così per dare un ordine logico e sequenziale ai dati che possono essere raccolti su di una persona, si possono classificare come segue:

- **ANAGRAFICI:** in questo gruppo rientrano tutte quelle informazioni sulla persona in grado di identificarla a livello sociale;
fanno parte di questo gruppo il nome, il cognome, l'indirizzo domiciliare, la residenza, età, sesso, numeri telefonici, ecc.
- **FISIOLOGICI:** in questo gruppo rientrano tutte quelle informazioni preposte della descrizione di organi e apparati, dello stato fisico della persona, della sua storia (anamnesi patologica remota), delle sue condizioni attuali, delle intolleranze ad allergeni di qualsiasi tipologia, di abuso di sostanze (alcool, tabagismo, psicofarmaci, ecc.), del ritmo sonno veglia, dello stato nutritivo, dell'eliminazione, l'igiene, attività fisica, ecc.
- **PSICOLOGICI:** qui vengono riuniti tutti i dati circa lo stato psichico del soggetto, lo stato d'animo (come per esempio le ansie), le preoccupazioni, la capacità di relazionarsi con l'ambiente che lo circonda, ecc.
- **SOCIALI:** infine, tra questi dati, troviamo tutto ciò che riguarda la vita sociale della persona, come la lingua parlata, la religione, la professione o altro stato sociale, la scolarità, ecc.

In realtà questa classificazione non é definitiva e può essere riorganizzata in qualsiasi modo proprio per l'infinità di dati che si possono raccogliere su di una persona, ed in base all'uso che si intende farne.

I DATI

A COSA SERVONO

Le informazioni che si raccolgono ci permettono di definire una determinata situazione, descrivendone i dettagli; ciò ci permette un'analisi completa e profonda della situazione stessa.

Per questo motivo é importante stabilire a priori qual'é la situazione che intendiamo studiare; infatti solo dopo aver definito il contesto, possiamo raccogliere i dati ad esso inerenti.

Chiaramente completamente inutile sapere che macchina ha il paziente, il suo colore ed il chilometraggio se la situazione che ci interessa é di ordine assistenziale-sanitaria; ovvero potrebbe interessarci se invece volessimo fare un confronto tra la nostra automobile e quella del paziente.

E' importante precisare questo concetto poichè le informazioni che si possono raccogliere su di una persona sono infinite; si rende quindi necessaria una selezione dei dati per poter effettuare una raccolta mirata.

I dati possono servire per indagini epidemiologiche, per definire gli estremi di ordine legislativo di un fatto, per soddisfare delle curiosità personali, per avere un quadro clinico di una persona, ecc.

Insomma anche definire la situazione che vogliamo studiare per effettuare una raccolta mirata dei dati, non é poi così semplice.

Da qui si evince la grande capacità che deve avere l'operatore per definire, entro un quadro ristretto, la situazione da considerare, e la capacità di selezionare e operare così una rilevazione dati mirata: filtrare cioè tutte quelle informazioni di scarso o di nullo interesse circa il contesto scelto. Questa capacità può essere affinata da conoscenze teoriche e da esperienze pratiche nell'esercizio di tale attività.

Per esempio: in un reparto di degenza avviene un nuovo ricovero; il personale del reparto dovrà occuparsi di accogliere il nuovo arrivato, ed instaurare una relazione con lui affinché si possa costruire un rapporto di collaborazione.

In questo contesto, un allievo infermiere al I anno di tirocinio avrà bisogno di molto tempo per capire l'obiettivo ed il contesto in cui deve muoversi (lo stato d'animo in cui si trova il nuovo paziente, la sua personalità, e le sue reazioni ai diversi eventi che possono accadere) pur avendo maturato un minimo di conoscenze teoriche arricchite di esperienze di vita vissuta fuori e

dentro l'ambiente ospedaliero; questo perché l'allievo trova difficoltà a raccogliere le informazioni giuste e ad elaborarle per dare una giusta risposta alle esigenze, espresse in maniera diretta oppure no dalla persona, poiché non ha ancora completato il suo percorso formativo.

Un infermiere é (o dovrebbe essere) facilitato in questo compito dalla sua esperienza, che lo aiuta nel definire la situazione e l'obiettivo (creare un rapporto collaborativo di empatia e non di simpatia o coinvolgimento emotivo totale), ed in base a questo raccoglie le informazioni "giuste" e le elabora per ottenere, come output, lo scopo prefissato nel migliore dei modi ed in minor tempo possibile.

Quindi possiamo enunciare che i dati sono strettamente correlati all'obiettivo, e consequenzialmente, gli stessi alla situazione.

In sostanza i dati possono servire per un'infinità di scopi.

Nel nostro caso le informazioni che raccogliamo hanno lo scopo di permetterci di erogare un'assistenza mirata basata sul "problem solving"; ne consegue che la raccolta dei dati é la ricerca degli elementi che possono aiutare a identificare i problemi del paziente, allo scopo di pianificare le cure in modo globale e finalizzato.

I DATI

LE FONTI DEI DATI

Essendo i dati, seppur raggruppati in famiglie, di tipologia molteplice, é ovvio pensare che anche le fonti eroganti informazioni siano altrettanto numerose.

Noi infatti, attraverso le tecniche più svariate, possiamo raccogliere dati dall'osservazione di oggetti, da una conversazione con una persona, dalla lettura di documenti, dalla consultazione di foto, dall'ascolto di una registrazione, e così via.

Qualsiasi cosa, persona, suono, immagine, può divenire fonte di informazioni.

Per quanto riguarda l'universalità dell'assistenza sanitaria, possiamo raccogliere le fonti più comuni in due grandi gruppi:

- **PERSONE:** La persona che rappresenta una erogazione più completa di dati é il paziente stesso; in modo verbale può fornire tutte le informazioni richieste, attraverso l'osservazione dei suoi atteggiamenti possiamo raccogliere informazioni sul suo stato d'animo, materialmente si possono

effettuare delle rilevazioni fisiche (pressione arteriosa, temperatura corporea, glicemia, ecc.).

Si può ricorrere anche ad altri soggetti qualora il paziente non sia in grado di fornire le informazioni richieste; per uno stato di incoscienza in cui si trova, se è confuso, se è un bambino, o più semplicemente se esulano dal suo sapere.

Questi individui che rappresentano per noi delle fonti secondarie, possono essere identificati in parenti, amici, passanti, altri operatori sanitari, ecc.

- **DOCUMENTI:** l'importanza di consultare una documentazione scritta sul paziente è imprescindibile, poiché ci permette una raccolta dati retrospettiva in grado di farci avere un quadro clinico-assistenziale senz'altro più completo, per poter formulare una diagnosi infermieristica (o problema collaborativo) più precisa e minuziosa.

Inoltre la fonte scritta permette la trasmissione delle informazioni tra più figure sanitarie favorendo in questo modo un piano terapeutico continuativo.

Esiste anche un'altra fonte di dati molto importante: *la situazione*, cioè lo scenario in cui si trova il paziente; un naufrago che passa 24 ore immerso nell'oceano ci fa pensare che si trovi in uno stato di ipotermia pur senza andare a rilevare la temperatura corporea.

I DATI

COME VANNO RACCOLTI

Sulla base di quanto detto precedentemente, la rilevazione dati é un momento di fondamentale importanza che non va trascurato o ridotto.

La raccolta dati può essere integrata, quando il caso lo richiede, con ulteriori informazioni o aggiornamenti durante tutto il periodo in cui ci si prende cura del paziente.

Questo processo quindi non conosce momenti di apertura o chiusura, essendo svolto di continuo fino al momento in cui il paziente non é più in carico.

All'infermiere viene richiesta capacità di osservazione, ragionamento impostato su basi scientifiche e capacità di cogliere gli aspetti meno evidenti, tralasciando nel contempo le informazioni che porterebbero fuori strada o che non hanno alcuna rilevanza ai fini assistenziali.

Proprio per la loro diversa tipologia, l'infermiere può usufruire di più strumenti di raccolta.

Le tecniche maggiormente usate per queste operazioni sono le seguenti:

- **ANALISI DEI DOCUMENTI:** tale tecnica non comporta necessariamente un contatto diretto tra chi raccoglie i dati e le persone che li forniscono.

I documenti (scritti, sonori, audiovisivi, iconici, ecc.), le statistiche, le notizie di studi già effettuati e scritti, offrono spesso stimoli e materiali preziosi per un'analisi secondaria.

Per esempio, la consultazione di cartelle infermieristiche precedenti di una persona consente la raccolta di informazioni retrospettive in grado di descrivere una situazione antecedente.

In questo modo è possibile tracciare una sorta di percorso dello stato di salute del paziente confrontando i dati del momento con quelli precedenti, e verificare l'efficacia dei trattamenti in corso.

(M. Duverger, *I Metodi*, cit., cap.1, "l'osservazione documentaria");

- **OSSERVAZIONE:** esiste una distinzione tra un tipo di osservazione per così dire "naturale", cioè non vincolata da rigore scientifico (abbandonata al caso ed al gusto di chi osserva), e l'osservazione "scientifica", intenzionalmente voluta da chi osserva.

L'osservazione è scientifica quando:

- é subordinata ad uno scopo esplicito e preciso di ricerca;
- é sistematicamente pianificata invece di aver luogo casualmente;
- é sistematicamente registrata e messa in relazione con proposizioni più generali invece di venire presentata semplicemente come un insieme di dati curiosi ed interessanti;
- é soggetta alle verifiche ed ai controlli, con riguardo alla validità, attendibilità e precisione che sono consueti della ricerca scientifica. Perchè sia efficace, l'infermiere deve avere conoscenze in ambito fisiologico, psicologico e sociologico per mezzo delle quali sarà possibile l'identificazione e la descrizione delle deviazioni rispetto alla "norma".

MC CAIN, infermiera statunitense, nel 1965, indicò 12 settori nei quali devono essere identificate e valutate le difficoltà dell'individuo: stato sociale, stato mentale, stato emotivo, temperatura corporea, respirazione, circolazione, alimentazione, riproduzione, riposo, comportamento, stato della pelle e dei tegumenti, abilità motoria.

Si andranno perciò ad osservare:

- 1- l'aspetto generale
- 2- il respiro (modalità, tosse, espettorato)
- 3- l'apparato cardiocircolatorio (presenza di edemi, ritenzione di liquidi)
- 4- l'apparato gastroenterico
- 5- l'apparato urinario

- 6- la pelle (pallore, cianosi, idratazione)
- 7- la vista
- 8- l'udito
- 9- lo stato di coscienza
- 10- l'attività motoria
- 11- il linguaggio non verbale (mimica, postura)
- 12- il linguaggio verbale

In sostanza di ogni apparato si cercherà di rilevare la presenza di segni e sintomi che possono descrivere una situazione deviante, in maniera tale da localizzare più velocemente il problema esistente che crea il bisogno. E' importante anche rilevare cose diverse da segni e sintomi come ad esempio le protesi.

- TEST: simili alle tecniche dell'esperimento e della simulazione, essi stimolano la memoria, le conoscenze, le abilità, gli atteggiamenti, i comportamenti delle persone che vi si sottopongono, fornendo informazioni circa le loro opinioni, le loro capacità e la loro personalità. Esistono test di intelligenza, di attitudine, di coscienza, di personalità, obiettivi e proiettivi.

- **STRUMENTI:** se ne possono utilizzare di diverso tipo: sfigmomanometro, termometro, bilancia, metro, rilevatori elettronici per la glicemia, ecc.; questi ci permettono di rilevare dei dati oggettivi con estrema precisione.

Sono a disposizione del professionista anche altri strumenti come gli audiovisivi (fotografici, supporti audio o video) dai quali si possono trarre dei dati su di essi precedentemente campionati.

Per supporto fotografico possono essere intesi gli esami radiografici generici (Rx), ecografie, ecc.

Tra quelli audio possiamo trovare test audiometrici, monitoraggio cardiaco fetale, flussimetria doppler, ecc.

Tra quelli visivi troviamo interventi chirurgici in endoscopia, eco-doppler, ecc.

- **L'INTERVISTA:** é la tecnica usata più frequentemente, dove le domande dell'intervistatore sono delle sonde precise su questioni specifiche e circoscritte.

Tali domande possono essere scritte o verbalmente discorsive.

L'intervista può essere strutturata con un questionario o con una scaletta, e può essere proposta a singoli o a gruppi di persone.

Inoltre é possibile somministrarla una o più volte.

Con l'intervista si apre un colloquio con il paziente di reciproca utilità; l'infermiere raccoglie le informazioni e allo stesso tempo ne dà al paziente. L'intervista si distingue dalla semplice conversazione; è condotta dall'infermiere, che raccoglie solo le informazioni utili, ponendo all'interlocutore domande mirate.

E' chiaro che per effettuare una buona rilevazione dati con questo metodo, specie se si tratta di un'intervista verbale, occorre rispettare tutte le regole di base della comunicazione, prestando attenzione all'ambiente in cui ci si trova, cercando di ridurre tutte le distrazioni, adottando un tipo di linguaggio semplice e comprensibile, rispettando il tempo di risposta senza mettere fretta all'altro interlocutore.

Il paziente deve quindi sentirsi a proprio agio e non deve avere l'impressione di fare parte di una pratica burocratica.

E' altresì importante prestare attenzione alle risposte che potrebbero essere date in maniera non verbale.

(M. Duvarger, I Metodi, cit., pp. 265 ss.)

- SCALE: usate quando agli intervistati non viene chiesto di fornire dati suscettibili di quantificazione precisa (età, numero dei componenti familiari, giorni di degenza, ecc.), bensì quelle opinioni suscettibili di sfumature (livello di soddisfazione di una prestazione infermieristica ricevuta).

Si fa ricorso in questo caso alla tecnica delle scale, le quali possono essere nominali, ordinali, di intervalli e di rapporti.

(M.Duverger, I Metodi, cit., cap. "La misurazione delle opinioni e degli atteggiamenti").

CAPITOLO 2

LA RILEVAZIONE DEI DATI NEL S.E.S. 118 DI ROMA

RACCOLTA INDIRETTA (C.O.) - ROMA

Quando un qualsiasi cittadino, che per qualunque motivo si trovi ad essere presente sul territorio laziale, necessita di soccorso sanitario in regime di emergenza-urgenza, effettua la chiamata d'intervento tramite il numero telefonico gratuito regionale "118".

Nel caso che la chiamata sia effettuata dal distretto di Roma e provincia, la stessa affluisce presso la Centrale Operativa (C.O.) di Roma sita all'interno dell'ospedale S. Camillo de Lellis.

Le linee telefoniche a disposizione dell'utenza sono nel numero di 27 in modo che, teoricamente, possano affluire 27 telefonate di richieste di soccorso contemporaneamente.

Tutto ciò solamente in teoria, poichè gli operatori di centrale preposti alla ricezione delle chiamate sono mediamente nel numero di 5 per turno; quindi nella pratica le restanti linee servono solamente per non far trovare all'utente

la linea "occupata" e farlo restare in coda d'attesa, aspettando la disponibilità di un operatore libero se tutti occupati.

Nel momento in cui l'operatore disponibile risponde alla chiamata arrivata, la gestisce nel seguente modo (triage):

- **FASE DI RISPOSTA:** l'operatore risponde alla chiamata identificandosi verbalmente come servizio di emergenza con la seguente frase: "pronto, 118 ambulanze Roma..."

E' molto importante identificarsi, poichè l'interlocutore può capire effettivamente a chi sta comunicando la sua richiesta.

Altresì fondamentale sottolineare la competenza territoriale del servizio centrale di ascolto, per evitare equivoci, considerando che molte chiamate affluiscono dalla provincia di Roma.

Si ribadisce inoltre il tipo di servizio offerto (ambulanze) in quanto il 118 é di giovane istituzione, e non tutti i cittadini sono a conoscenza di quali servizi possa offrire.

A questo proposito é infatti nato un progetto di informativa e di educazione al cittadino attraverso la distribuzione di opuscoli (ancora in fase sperimentale).

- **FASE DI ASCOLTO E GESTIONE:** é più una fase interpretativa, dove l'operatore ascolta telefonicamente il cittadino che narra la situazione che secondo lui necessita di intervento inderogabile.

Dopo aver fatto ciò, l'operatore gestisce la telefonata pilotando il cittadino con domande specifiche che indicano risposte specifiche, consequenziali, le quali vengono scrupolosamente annotate su una apposita scheda cartacea di rilevazione dati, per poi essere trasferite su una scheda informatizzata.

Si inizia con una parte comune, che consiste in:

- a) luogo preciso dell'evento: città o località, via o piazza, n° civico o Km, scala, interno, piano, cognome sul citofono, varie.
 - b) numero telefonico attivo: di rete fissa o mobile, del richiedente, di un vicino, di un altro ente, o di chiunque possa fornire altre informazioni in merito.
 - c) situazione e numero di persone da soccorrere.
 - d) condizioni apparenti della vittima (coscienza e respiro).
 - e) consigli e rassicurazioni.
- **TERMINE DELLA TELEFONATA:** vedi punto "e"; viene effettuata la conferma da parte dell'operatore circa l'invio del mezzo e l'eventuale tempo di attesa dell'utente.

E' bene sottolineare come un TRIAGE effettuato con metodo scientifico e preciso sia di vitale importanza per il buon esito dell'intervento.

Rilevante é la consequenzialità delle domande poste all'utente, in modo da sapere in primis il luogo dell'evento e poi tutto il resto, così che, in caso di interruzione delle comunicazioni, l'operatore ha dati sufficienti per inviare il mezzo di soccorso con una indicazione generica di "malore".

Se invece il colloquio prosegue, l'operatore può valutare opinatamente l'intervento più adeguato alla situazione, assegnando un codice colore di priorità in base alle risposte avute dall'utente; comincia qui la fase preparatoria del "triage extraospedaliero", che verrà completata dal mezzo inviato sul luogo dell'intervento.

Il triage extraospedaliero, per definizione é la quantificazione dello stato di gravità di una o più persone coinvolte in una situazione critica, assegnando alla stessa un codice colore che subordinerà il tipo d'intervento da attuare.

I codici colore sono in numero di 4, in ordine crescente alla gravità, e sono: bianco, verde, giallo, rosso.

Si definiscono codice

- **BIANCO:** tutte quegli interventi che non necessitano di un trasporto

o trattamento ospedaliero (chiamata falsa, errata valutazione, rifiuto trasporto, vagabondaggio, lite senza feriti, morte evidente per avanzato stato di putrefazione o decapitazione o maciullamento)

- **VERDE:** pazienti la cui patologia é di limitata importanza, che potrebbero essere anche trattati sul posto, o che comunque in ospedale sarebbero trattati in regime ambulatoriale (alterazioni del comportamento, ipoglicemie, palpitazioni, crisi d'ansia, dolori all'apparato neuromuscolare, dolori cranio-encefalici, disturbi del comportamento come arteriosclerosi cerebrale, febbre < 39°, traumi minori ferite lacerate contuse, ecc.)
- **GIALLO:** tutti i pazienti che, pur non trovandosi in immediato pericolo di vita hanno tuttavia sintomi e patologie evidenti, che siano gravi o facciano sospettare la possibilità di un rapido aggravamento, sia riguardo alla vita ed alla funzionalità di un organo o distretto (dolore addomino-pelvico trafittivo o non trafittivo, dispnee, emorragie senza shock, crisi vertiginose, deficit neurologico acuto, perdite di coscienza brevi o risolte, alterazioni del comportamento, dolore trafittivo agli arti, febbre > 39°, traumi come contusioni craniche senza perdita di coscienza, frattura della pelvi, fratture e

lussazioni degli arti senza shock, ustioni tra il 20% ed il 30% della superficie corporea, ecc.)

- **ROSSO:** tutti i pazienti che hanno necessità di essere trattati al più presto possibile perchè sono, o possono rapidamente precipitare in immediato pericolo di vita (arresto delle funzioni vitali, gravi problemi respiratori, shock, mancanza dello stato di coscienza o perdita prolungata di esso, dolore toracico, dolore addominale trafittivo, intossicazione acuta, emergenze ostetriche e neonatali, crisi psichiatriche come delle psicosi maniacali o tentativi di suicidio, traumatizzati gravi con lesioni o compressioni tracheali, fratture maggiori del massiccio facciale che determinano ostruzioni delle vie respiratorie o inalazione del sangue, gravi contusioni toraciche con numerose costole fratturate, volet costale, ecc.)
Fatto tutto ciò, l'operatore termina il TRIAGE e chiude la telefonata.
Conseguenzialmente immette i dati raccolti sul supporto cartaceo nel supporto informatico (computer) per poterli trasmettere , tramite rete interna, ai computer gestiti da altri operatori preposti ad una nuova valutazione dell'intervento ed all'invio del mezzo di soccorso più idoneo e più vicino all'evento.
scheda cartacea viene tenuta in copia per ovviare ad eventuali problemi tecnici dei computers.

LA RILEVAZIONE DEI DATI NEL S.E.S. 118 ROMA

TRASMISSIONE DATI C.O.- POSTAZIONI

A questo punto l'intervento si sposta, ed ha come scenario altri operatori, preposti nello specifico all'invio dei mezzi.

A tal fine hanno a disposizione vari strumenti per assolvere al compito:

- **COMPUTER:** L'intervento (precedentemente inserito da altro operatore) compare sul suo terminale per permettergli di gestire il soccorso. Su altro monitor viene localizzato il luogo dell'evento su una cartografia elettronica, assieme alla zona , l'eventuale chilometraggio, gli ospedali più vicini, le postazioni ambulanze interessate, ed in ultimo, tutti i mezzi disponibili in quell'area con la relativa modalità di chiamata (numero di selettiva radio, numero telefonico, ecc.).

Il computer visualizza i mezzi disponibili dopo aver controllato gli altri mezzi eventualmente già occupati per altri interventi.

- **TELEFONO:** la C.O. e le postazioni periferiche dispongono di linee telefoniche preferenziali dedicate, con numeri brevi, in modo da poter

comunicare senza usare le linee urbane più soggette ai problemi del traffico delle comunicazioni.

- **CANALE RADIO VHF:** la C.O., le postazioni, e quasi tutte le ambulanze dispongono di un apparato rice trasmettitore in modo da poter comunicare vicendevolmente in tempo reale le informazioni verbali necessarie.

La C.O. detiene il controllo e la gestione delle comunicazioni radio; il mezzo interessato viene contattato tramite "chiamata selettiva" prioritaria per quel mezzo, che dispone di un codice numerico di identificazione.

- **TELEFONO CELLULARE:** le postazioni periferiche dislocate in provincia di Roma non possono avvalersi dell'apparato ricetrasmittitore per problemi di copertura del ponte radio concesso al 118.

Per ovviare a questo inconveniente si utilizza la telefonia mobile, con traffico in uscita limitato, per tamponare il problema della copertura territoriale delle comunicazioni con i mezzi di soccorso.

- **COMUNICAZIONE ELETTRONICA:** ancora in via di implementazione, prevede l'invio dell'intera scheda di soccorso

informatizzata dalla C.O. direttamente alla postazione periferica interessata, ove é presente un PC predisposto alla ricezione.

L'arrivo del soccorso alla postazione interessata viene annunciato da un segnale sonoro d'allertamento, che richiede la presenza di un operatore al terminale per completare le procedure.

All'operatore di postazione verrà evidenziato il soccorso sul monitor; successivamente il sopraindicato dovrà confermare l'accettazione dell'intervento.

In caso di accettazione il soccorso verrà avidenziato a tutto schermo e potrà essere eventualmente stampato su carta.

Dopo che il mezzo ha terminato l'intervento materialmente, al rientro in postazione l'operatore di postazione termina di compilare la scheda informatizzata con i dati mancanti (orari di intervento, dati anagrafici del paziente, dati sanitari generici e specifici, parametri, sospetti diagnostici, codice di trasporto, ecc.).

Tutte le comunicazioni tra C.O. ed ambulanza inviata sul luogo dell'intervento vengono effettuate tramite apparati ricetrasmittitori o telefonia mobile.

E' bene sottolineare che ogni tipo di comunicazione verbale in entrata o in uscita alla C.O. viene registrata su nastro magnetico per ottemperare agli obblighi legali.

Invece le schede di soccorso informatizzate vengono archiviate su dischi magnetici con 3 livelli di Back-up in sede, ed un'ulteriore copia inviata alla Regione Lazio tramite network informatico (rete commutata X25).

LA RILEVAZIONE DEI DATI NEL S.E.S. 118 DI ROMA

RILEVAZIONE DIRETTA SUL TERRITORIO

La maggior parte degli interventi effettuati sul territorio sono codificati con dei protocolli specifici; alcuni riconosciuti a livello regionale, altri a livello nazionale, altri ancora a livello internazionale.

Questi protocolli riguardano sia in modo specifico l'espletamento di tecniche particolari, sia la somministrazione di farmaci da parte dell'infermiere in situazioni ben determinate.

Alcuni esempi di protocolli che tutti i soccorritori del S.E.S. 118 di Roma devono conoscere sono:

- TRIAGE EXTRAOSPEDALIERO.
- BASIC LIFE SUPPORT (BLS): Protocollo universalmente riconosciuto.

Si applica in tutti quei casi in cui si ha un blocco della respirazione e/o un arresto di circolo e prevede una rianimazione cardio-polmonare.

Il supporto delle funzioni vitali di base prevede una sequenza logica di azioni, che inizia con una valutazione dello stato di coscienza, seguita dall'esecuzione di una o più manovre appropriate; quindi è necessario il riconoscimento precoce dei sintomi per il trattamento di base.

- PRE HOSPITAL TRAUMA LIFE SUPPORT (PHTLS): é anch'esso un protocollo universalmente riconosciuto, prevede un corretto approccio pre-opedaliero al traumatizzato.

Si articola in 6 punti fondamentali:

- il dispatch di Centrale Operativa (triage);
- il colpo d'occhio e lo scenario sul luogo dell'intervento;
- la sicurezza dell'equipe di soccorso;
- un' esame primario effettuato sul paziente per stabilizzare le condizioni critiche (ABCD);
- un esame secondario ("TESTA-PIEDI") per permettere una centralizzazione corretta,
- il trasporto effettuato con gli ausili più idonei.

-PROTOCOLLO PER OVERDOSE: ultimo protocollo in ordine cronologico ad essere stato approvato e quindi reso attivo per gli operatori del S.E.S 118 di Roma.

Con questo protocollo si può effettuare "l'atto medico delegato" inerente la somministrazione di un farmaco antagonista degli oppioidi, il Naloxone Cloridrato (nome commerciale NARCAN).

Si rende quindi necessaria una valutazione della situazione raccogliendo tutte quelle informazioni che identificano segni e sintomi di una intossicazione da oppioidi.

inserto 3

E' chiaro che tali procedure possono essere attuate solo dopo il riconoscimento delle situazioni di emergenza previste dal protocollo stesso per le quali é stato ideato.

Quindi si rende indispensabile una rilevazione dati molto accurata da parte dell'intero equipaggio dell'ambulanza, direttamente sul posto, tenendo conto in minima parte dei dati trasmessi dalla C.O.

Questi infatti, pur risultando molto utili per fornire un'indicazione al soccorritore dell'accaduto per cui é stato attivato il servizio, spesso non corrispondono alla realtà; nella maggior parte dei casi, il cittadino che chiama il "118" si trova in uno stato di ansia tale da rendere ardua ed imprecisa la comunicazione esatta delle informazioni richieste dall'operatore telefonico della C.O.

Così ci si può trovare in situazioni in cui il cittadino aggiunge elementi irreali per rendere il quadro più grave nella speranza di accelerare l'arrivo dei soccorsi, o al contrario si possono avere delle omissioni di informazioni di

vitale importanza, o ancora il quadro descritto durante la richiesta di soccorso può essersi modificato in maniera sostanziale.

Una volta giunto sul luogo dell'intervento, l'infermiere dell'ambulanza, deve effettuare una R.D. più completa possibile per poter:

- Effettuare un triage extraospedaliero, strumento di lavoro nel campo dell'emergenza, attraverso il quale si utilizzano al meglio le risorse disponibili (risorse umane, materiali, protocolli, ecc.).

Come già descritto, tale metodo prevede la classificazione dei pazienti secondo dei livelli di priorità, attraverso l'assegnazione di codici colori (bianco, verde, giallo, rosso) laddove sono presenti delle monoemergenze (1 vittima), microemergenze (fino a 10 vittime), macroemergenze (da 10 a 100 vittime), maxiemergenze (calamità dove sono coinvolte anche delle infrastrutture).

- Effettuare la scelta del protocollo da attuare, laddove è possibile, o comunque mettere in atto degli interventi assistenziali sulla base di processi scientifici:
 - identificazione del problema attraverso il riconoscimento e descrizione di segni e sintomi;
 - correlazione del problema con una o più cause;

- rimozione del problema attraverso atti assistenziali che mirano alla rimozione della causa;
- verifica dell'esito attraverso la scomparsa o meno della sintomatologia clinica.

I dati rilevati sul luogo dell'intervento vengono poi registrati su degli appositi moduli cartacei; in questo modo ne é resa possibile la presa visione e conoscenza in via postuma anche da altri operatori sanitari per poter effettuare dei confronti tra i dati successivamente rilevati e quelli relativi al momento del soccorso.

Con questa filosofia si intende dare una trasmissione di dati dai soccorritori agli operatori del pronto soccorso, in maniera tale da garantire una continuità terapeutica.

Sono state elaborate, per questo scopo, diverse schede di rilevazione nel corso degli anni, dove si dava preferenza diversa all'inserimento di alcuni dati piuttosto che ad altri. **inserto schede soccorso 118**

Queste schede hanno comunque tutte una struttura comune:

- **PARTE ANAGRAFICA:** é una sezione particolare la cui compilazione ha inizio prima della partenza del mezzo di soccorso, e termina con il rientro del mezzo stesso alla postazione.

In questa parte troviamo i *dati circa il luogo* dell'emergenza-urgenza (indirizzo completo, scala, interno, piano, nome sul citofono, identificazione stradale con il chilometraggio, con segni di riferimento, ecc.), *dati anagrafici* relativi al paziente (nome, cognome, sesso, età, data e luogo di nascita), *i dati del richiedente* (identificazione del richiedente come luogo pubblico o con nominativo completo), *dati sull'evento* per cui è stato attivato il servizio di emergenza (cosa è successo, condizioni del paziente, numero delle persone da soccorrere, codice di priorità della chiamata), *dati amministrativi* (codice della postazione attivata, codice dell'ambulanza da inviare, data, numero di identificazione della scheda con il soccorso, orari della chiamata, della partenza, dell'arrivo sul posto, della partenza dal posto, dell'arrivo alla struttura ospedaliera, fine servizio).

- **PARTE OPERATIVA:** è il corpo della scheda; qui troviamo la registrazione di tutte le informazioni di tipo assistenziale-sanitario inerenti il soccorso (parametri vitali, sintomatologia clinica, anamnesi patologica remota, allergie, valutazione dello stato di coscienza con il Glasgow Coma Scale o GSC (metodo di valutazione della coscienza che prende in considerazione tre parametri, l'apertura degli occhi, la risposta verbale e la risposta motoria; attraverso l'assegnazione di punteggi numerici si arriva a

classificare lo stato di coscienza), interventi assistenziali attuati, presidi utilizzati, nuovo codice di priorità assegnato al soccorso).

E' importante che questa fase abbia seguito anche durante il trasporto del soggetto presso la struttura più idonea; la rilevazione continua dei parametri presi in considerazione, ci permette di effettuare una valutazione continua delle sue condizioni cosicché, in caso di aggravamento, c'è prontezza d'intervento; in questo modo si permette al paziente di mantenere le condizioni di stabilità fino all'arrivo al pronto soccorso.

- **PARTE GENERICA:** in questa sezione troviamo tutto ciò che riguarda segnalazioni extra dell'intervento, come le persone o gli enti presenti sul posto (113,112, vigili del fuoco, medico), esito del soccorso (annullato, rifiuto trasporto, deceduto, nessuno sul posto), riferimento ad allegati (certificato della constatazione di morte, richiesta di T.S.O., ecc.).

Il compito dell'infermiere circa la rilevazione corretta e completa dei dati (e la loro giusta interpretazione), é fondamentale in questo contesto poiché significar la salvaguardia della vita del paziente, o evita che questo riporti delle gravi lesioni permanenti a seguito di un intervento mal gestito.



•SCHEDA TRAUMA•

DATI ANAGRAFICI

SESSO M F

ETA'

ESAME PRIMARIO

COSCIENTE INCOSCIENTE

ATTIVITA' RESPIRATORIA:

NO SI DISPNEA PERVIETA' VIE AEREE: SI NO
 TACHIPNEA
 BRADIPNEA F.R. _____
 NORMALE PaO2 _____

ATTIVITA' CIRCOLATORIA:

POLSO CAROTIDEO SI NO } F.C. _____
POLSO RADIALE SI NO } P.A. _____

EMORRAGIE (esterne o presunte)

CUTE: CIANOSI PALLORE

<u>ESAME NEUROLOGICO</u> (GCS):	Apertura Occhi	Risposta Verbale	Risposta Motoria
	4	5	6
	3	4	5
[totale] _____	2	3	4
	1	2	3
		1	2
			1

DINAMICA INCIDENTE

- STRADALE
 Impatto Frontale Impatto Laterale Impatto Posteriore Sbalzato Investito
- DEFENESTRATO
- ARMA DA FUOCO
- ARMA DA TAGLIO
- ALTRE _____

FATTORI AGGRAVANTI:

- Caduta da oltre 3 mt Eta' < 5 anni
 Estricazione complessa Pedone proiettato
 Proiezione all'esterno Ciclista/motociclista sbalzato
 Gravi danni ai veicoli Altri pz. deceduti

ESAME TESTA-PIEDI

TESTA:

VOLTO:

• LIQUORRAGIE:

- PUPILLE: MIOSI
- MIDRIASI
- ANISOCORIA
- NORMALI

COLLO:

- TURGORE GIUGULARI SI NC

TORACE:

• AUSCULTAZIONE RESPIRATORIA:

- MODALITA' RESPIRATORIA TACHIPNEA
- BRADIPNEA
- DISPNEA
- NORMALE

• ANOMALIE:









ADDOME:

- EVISCERAZIONE SI NO

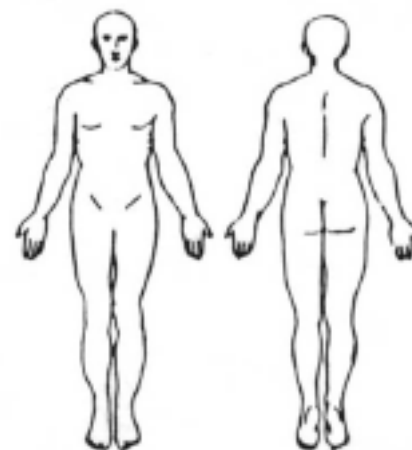
- GRAVIDANZA SI NO

BACINO:

ARTI:

-  Ferita (o escoriazione)
-  Frattura (o sospetta frattura)
-  Lussazione (o sospetta lussazione)
-  Trauma
-  Dolore
-  Lesione midollare (o sospetta lesione)
-  Amputazione
-  Deficit neurologico

SIMBOLOGIA



PARAMETRI

FREQUENZA RESPIRATORIA	.....	.....	.....	.....
FREQUENZA CARDIACA	.....	.....	.....	.....
PRESSIONE ARTERIOSA	.....	.....	.....	.....
PaO2	.....	.....	.....	.....

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

• PATOLOGIE: _____

• ALLERGIE: _____

NOTE, IPOTESI E PROVVEDIMENTI:

CAPITOLO 3

LA RICERCA

IL PROGETTO DI RICERCA

Questo capitolo sarà interamente dedicato alla piccola ricerca che ho condotto per dimostrare a livello non empirico quanto finora ho affermato. Il procedimento di indagine é stato quello di raccogliere direttamente "su campo" le informazioni che mi occorreavano, cioé casi di soccorsi effettuati su pazienti traumatizzati ; non ho potuto consultare i moduli gia compilati dagli operatori del Servizio di emergenza, inerenti precedenti soccorsi, poiché non c'è ancora la completa sensibilità necessaria da parte degli operatori del 118, a mio avviso, nella compilazione delle schede di soccorso. Ogni caso é stato da me registrato su dei supporti cartacei che ritraggono delle schede di soccorso specifiche per il traumatizzato, non in dotazione alla struttura; queste schede, concepite ex novo, ritraggono un sistema di raccolta dati basato su un protocollo che comunque ogni operatore conosce, in quanto appartenente al percorso formativo dei soccorritori.

Una volta campionato un numero sufficiente di casi, ho messo a confronto l'esito degli interventi effettuati con una R.D. completa e quelli con una R.D. incompleta.

Così ho strutturato la mia ricerca identificando i passi propri della ricerca scientifica:

- **IPOTESI:** Il processo di Rilevazione dei Dati é alla base di ogni intervento assistenziale. Senza questo primo "step" non si può passare a quello successivo che é quello di mettere in atto degli interventi mirati e utili per la rimozione del problema, poiché non é possibile l'identificazione del problema stesso.
- **CAMPIONE:** I casi da me considerati sono stati esclusivamente quelli inerenti degli interventi di soccorso per traumi di diversa natura;
- **RACCOLTA DATI:** nello specifico di ogni caso mi sono soffermata particolarmente della rilevazione dati e agli interventi attuati.
- **REGISTRAZIONE DATI:** ogni caso é stato registrato su un modulo cartaceo costruito appositamente ed esclusivamente per questo tipo di intervento.

- ELABORAZIONE DATI: la mia elaborazione dei dati campionati consiste semplicemente in un confronto diretto tra soccorsi effettuati seguendo una certa procedura e soccorsi effettuati seguendo una procedura diversa.

Chiaramente non é stato tutto semplice: ho incontrato talune difficoltà come ad esempio la "non collaborazione" degli equipaggi ai quali mi affiancavo; la difficoltà maggiore però é stata quella relativa al confronto finale per l'elaborazione dei dati:

il problema era trovare due casi talmente simili da sembrare uguali e poter così fare un confronto di azioni messe in atto secondo schemi diversi.

Questo era impossibile primo per la coincidenza estremamente rara di trovare dei casi così simili, secondo perché anche se fosse successo non avrei potuto agire o costringere l'equipe dell'ambulanza, ad agire secondo una R.D. scarsa sapendo che andava contro la salvaguardia della salute del paziente stesso.

Così ho pensato di fare un confronto tra un caso "vero" ed uno "virtuale", ossia confronto del caso X (vero) effettuato con una R.D. completa, e il caso XBIS (virtuale).

Il caso XBIS é identico a X, ma si differenzia dal secondo per l'incompletezza dei dati.

LE SCHEDE

Le schede di soccorso utilizzate per questo lavoro sono state ideate e costruite secondo una schema di rilevazione delle informazioni molto preciso e specifico: quello del PHTLS.

Iniziamo con il definire il paziente traumatizzato: si tratta di un individuo generalmente sano che viene colto da un insulto esterno, più o meno violento, che modifica lo stato di salute esponendo l'individuo colpito ad un imminente rischio di vita oppure ad un pregiudizio della qualità di vita futura per compromissione di un singolo organo o parte del corpo.

Tutti gli individui colpiti da eventi traumatici, se ricevono le prime cure entro la prima ora dall'evento, hanno una maggiore speranza di sopravvivenza (GOLDEN HOUR).

Per questo motivo é stato inserito nel percorso formativo dei soccorritori un protocollo che aiutasse ad effettuare un approccio precoce e corretto a questo tipo di pazienti.

Questo protocollo é articolato in diversi step:

- **IL DISPATCH DI CENTRALE:** Le informazioni ricevute dalla C.O., permettono ancora prima di arrivare sul luogo dell'evento di sapere in modo

approssimativo la natura dell'evento stesso (incidente d'auto, folgorato, precipitato, ecc.);

- **IL COLPO D'OCCHIO:** Giunti sul luogo dell'evento con l'ambulanza é importante memorizzare, ed annotare in seguito, lo scenario individuato, perché potrebbe essere utile in primis alla sicurezza dell'equipe di soccorso (la sicurezza é di fondamentale importanza tanto da essere prioritaria rispetto al soccorso, "un soccorritore morto non soccorre più nessuno"), et in secundis alla "rilevazione di lesioni aspettate"; può essere da esempio il seguente scenario:

- impatto frontale con piantone dello sterzo ricurvo, impronta delle ginocchia contro il cruscotto, rottura ad occhio di bue del parabrezza.

tipi di lesioni aspettate sono lembo parietale toracico anteriore, frattura del rachide cervicale, pneumotorace, contusione miocardica, transezione dell'aorta, rottura di milza e fegato, frattura/lussazione posteriore dell'anca e/o del ginocchio;

- **ESAME PRIMARIO (ABCDE):** giunti al paziente, si dovrà prestare assistenza secondo questa modalità che prevede un susseguirsi di rilevazione di dati sulle condizioni generali di salute del paziente, da effettuarsi in parallelo con la parte operativa;

- A: AIRWAYS: controllo della pervietà delle vie aeree e rimozione di eventuali corpi estranei che ne possono ostruire il lume;
applicazione del collare cervicale;
- B: BREATHING: controllo dell'attività respiratoria e ripristino della stessa se occorre;
- C: CIRCULATION: ricerca di grosse emorragie; emostasi se occorre; ricerca del polso carotideo; ripristino dell'attività di pompa (MCE);
- D: NEUROLOGICAL DISEASE: controllo dei riflessi neurologici (GCS); evidenziazione di segni di lato;
- E: EXPOSURE: esposizione del corpo del paziente alla vista dell'operatore.

Ogni volta che si incontra un problema durante questa sequenza, va risolto e ricominciata la sequenza dei controlli, poiché nel frattempo uno dei parametri potrebbe essersi alterato.

Questo esame ha quindi lo scopo di stabilizzare le condizioni del soggetto che ha ricevuto il trauma.

- **ESAME SECONDARIO:** il controllo secondario sarà un accurato controllo del paziente, partendo dal capo sino ai piedi, o come dicono gli operatori del Nord America: "ONE FINGER IN EVERY HOLE".

La prima fase del controllo secondario prevede un colloquio con il paziente ed i presenti all'accaduto; dai presenti sarà importante annotare la dinamica dell'evento e le circostanze che l'hanno prodotto; e il paziente é in stato di incoscienza sarà opportuno rilevare le sue generalità dai presenti; invece dal colloquio soggettivo con il paziente dovremo evincere i dati che ci porteranno all'individuazione delle problematiche specifiche, pregresse patologie, affezioni morbose particolari (diabete, cardiopatie, allergie a farmaci e ad altre sostanze, malattie infettive, ecc.), sarà comunque una piccola anamnesi sia dell'accaduto sia del pregresso sanitario del paziente. Si passerà poi alla rilevazione dei parametri vitali che dovranno essere monitorati di continuo durante il trasporto, dopodiché verrà eseguito un esame diretto del paziente, tenendo conto anche del colloquio soggettivo; Si procederà come di seguito:

* **TESTA:** si procederà al controllo del capo verificando se vi siano avallamenti della teca cranica, soluzioni di continuo del cuoio capelluto, si verificherà la presenza di emorragie a livello del padiglione auricolare, si passerà poi a verificare il massiccio facciale notando ematomi o ferite, si farà

un controllo degli occhi, verificando la presenza di emorragie oculari ed il diametro pupillare.

Porre attenzione alle fratture del massiccio facciale le quali danno spesso sanguinamenti posteriori, letali nei pazienti incoscienti (soffocamento da grumi di sangue).

Si effettuerà un controllo della cavità orale e la presenza di eventuali sanguinamenti o l'avulsione di elementi dentari e di eventuali lesioni da morso alla lingua.

* COLLO: Controllare la presenza di ferite ed ematomi, eventuali stomie; a livello cervicale verificare eventuali anomalie dell'asse sagittale e di evidenti spostamenti vertebrali.

* TORACE: verificare eventuali ferite o emorragie, l'espansione del torace, la presenza di volet costali e di enfisemi sottocutanei, posture obbligate, dolorabilità alla palpazione.

* ADDOME: verificare la presenza di ferite, di ematomi, rigonfiamenti o dolorabilità alla palpazione.

* GENITALI: verificare l'integrità degli organi e l'eventuale presenza di priapismo (indice di lesione grave spinale).

* BACINO: verificare la presenza di fratture o lussazioni delle articolazioni.

* ARTI: verificare se presenti o meno fratture, emorragie, dolorabilità ai movimenti, parestesie e motricità alterata.

Durante il controllo secondario, ogni problema identificato, dovrà essere trattato per garantire la stabilità del paziente durante il trasporto, e dovranno inoltre essere monitorizzati i parametri vitali in maniera costante.

Ad ogni peggioramento si dovrà tornare al controllo primario, rilevare eventuali variazioni di stato ed attuare misure idonee al ripristino delle normali funzioni vitali.

Tramite questo esame sarà possibile inviare il traumatizzato presso la struttura più idonea.

- TRASPORTO: ultimo ma non meno importante sono le tecniche per il trasporto del traumatizzato con l'utilizzo degli ausili più corretti, importante per non peggiorare le eventuali lesioni che il trauma ha causato.

Le schede di cui mi sono avvalsa sono quindi costituite da due fogli, il primo é organizzato in tre sezioni che prevedono la rilevazione di dati anagrafici (età, sesso), la rilevazione dei dati sulla base dell'esame primario, infine una parte dedicata alla dinamica dell'accaduto e alla presenza di eventuali fattori aggravanti;

il secondo foglio prevede una grande parte dedicata all'esame secondario (esame testa-piedi, colloquio soggettivo), ed una parte dedicata alle conclusioni ed ai provvedimenti adottati in quella situazione.

DESCRIZIONE E VALUTAZIONE DI ALCUNI INTERVENTI DI SOCCORSO

I casi campionati durante un periodo di poco più di un mese presso le postazioni del S Eugenio e del S. Camillo de Lellis sono in numero di.....

Dopo una accurata selezione dei casi più interessanti ho deciso di riportare qui solo una piccola parte di questi; per chi fosse spinto dalla curiosità di vedere gli altri soccorsi reclutati per questo studio, può farlo consultando un allegato nel quale sono contenute esclusivamente le restanti schede di soccorso.

E' importante aggiungere che per taluni casi mi é stato possibile verificare l'esattezza o meno delle conclusioni riportate sulle schede dei soccorsi.

"PARTE NON DISPONIBILE"