



# PROCIV AUGUSTUS VIBO VALENTIA

*Protezione civile e sanità*



## Centro di Formazione **AUGUSTUS**

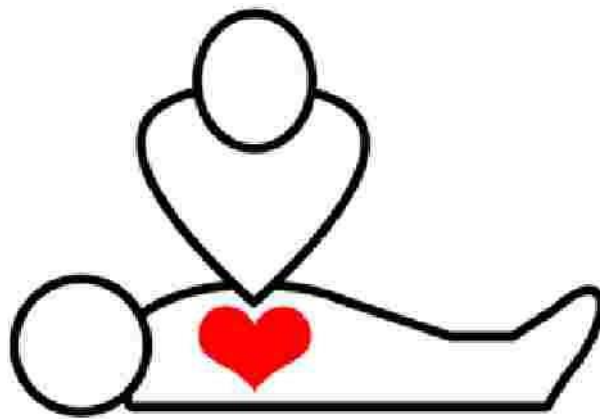
*Consulente Tecnico Scientifico Dott. Francesco Andreacchi*

*Direttore Sanitario Associativo Dott. Raffaele Runco*



# MANUALE

*BLSD - PBLSD*



Per Esecutori **LAICI**

# INDICE

<b>Capitolo 1</b> - Cos'è un arresto cardio-respiratorio	Pag. 1
<b>Capitolo 2</b> - La catena della sopravvivenza	Pag. 3
<b>Capitolo 3</b> - Le procedure	Pag. 4
§ 3.1 - Vittima adulta	Pag. 5
§ 3.2 - Vittima pediatrica	Pag. 11
§ 3.3 - Vittima lattante	Pag. 12
<b>Capitolo 4</b> - Disostruzione delle vie aeree	Pag. 14
§ 4.1 - Manovra di Heimlich	Pag. 15
§ 4.2 - Vittima pediatrica	Pag. 16
§ 4.3 - Vittima lattante	Pag. 16
<b>Capitolo 5</b> - Posizione laterale di sicurezza (PLS)	Pag. 18
<b>Capitolo 6</b> - Defibrillazione	Pag. 20
<b>Capitolo 7</b> - Cenni legislativi	Pag. 26
§ 7.1 - Responsabilità del soccorritore volontario	Pag. 26
§ 7.1.1 - Obbligo di denuncia	Pag. 27
§ 7.1.2 - Obbligo di discrezionalità	Pag. 27
§ 7.1.3 - Obbligo di intervento	Pag. 27
§ 7.1.4 - Lo stato di necessità	Pag. 27
§ 7.2 - Lo zaino da soccorso	Pag. 28
§ 7.3 - La scheda di soccorso	Pag. 29

## **Capitolo 1** - Cos'è un arresto cardio-respiratorio

**Si definisce arresto cardiaco o cardio-respiratorio, la cessazione brusca e inattesa dell'attività circolatoria e respiratoria.**

Ogni anno, in Italia, muoiono circa 60.000 persone per arresto cardiaco improvviso. Il 70-80% avviene in ambiente extra-ospedaliero e di questi, il 40% con testimoni che potrebbero iniziare tempestivamente le manovre di rianimazione cardio-polmonare, riducendo sensibilmente la mortalità dell'evento.

Ciò avviene solo nel 15% dei casi (Irc, 2015).



(Figura 1)

Da qui si comprende la necessità di diffondere al maggior numero possibile di persone le tecniche di Rianimazione Cardio Polmonare (RCP).

È possibile intervenire con successo per impedire la morte della vittima, ma per ottenere un esito positivo è necessario attuare prima possibile (e comunque entro i primi 5 minuti dall'insorgenza dell'evento) le manovre rianimatorie. Queste sono definite, secondo l'AHA "American Heart Association", come BLS e non BLS, poiché le azioni necessarie per praticare le manovre di rianimazione cardio-polmonare, prevedono, secondo le nuove linee guida e con l'avvento dei defibrillatori semiautomatici, la defibrillazione (D). Si farà riferimento perciò, in questo trattato al BLS comprendente intrinsecamente la fase di defibrillazione (D).

**BLS (Basic Life Support)** significa supporto di base delle funzioni vitali secondo procedure standard previste da linee guida internazionali. Il BLS si rende necessario per il soccorso di persone colpite da grave compromissione di una o più delle tre funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo).

L'obiettivo principale del BLS è quello di prevenire danni al cervello dovuti a mancanza d'ossigeno.

La cessazione dell'attività respiratoria e di quella cardiaca, indipendentemente dalle cause che le determinano, comportano la mancanza d'apporto d'ossigeno al cervello, con la comparsa di danni irreversibili in pochissimi minuti (5- 10 minuti).

I danni irreversibili al cervello possono essere evitati se rapidamente si realizza un soccorso efficace. Il numero di persone che sopravvive ad un arresto cardiorespiratorio senza danni permanenti dipende dalla rapidità con cui si realizza la cosiddetta "catena della sopravvivenza", costituita da 4 anelli concatenati.

## Capitolo 2 - La catena della sopravvivenza



(Figura 2)

La catena della sopravvivenza, stabilisce le fasi fondamentali del soccorso per le vittime di arresto cardiaco.

Gli anelli della catena sono:

1. Riconoscimento precoce e allertamento dei soccorsi (Numero Unico per l'Emergenza Regionale NUE 112);
2. Inizio delle manovre di rianimazione (BLS);
3. Defibrillazione precoce;
4. Trattamento medico avanzato (ACLS – Advanced Cardiac Life Support);
5. Trattamento post arresto.

Tutti gli anelli sono importanti e vanno eseguiti nell'ordine prestabilito.

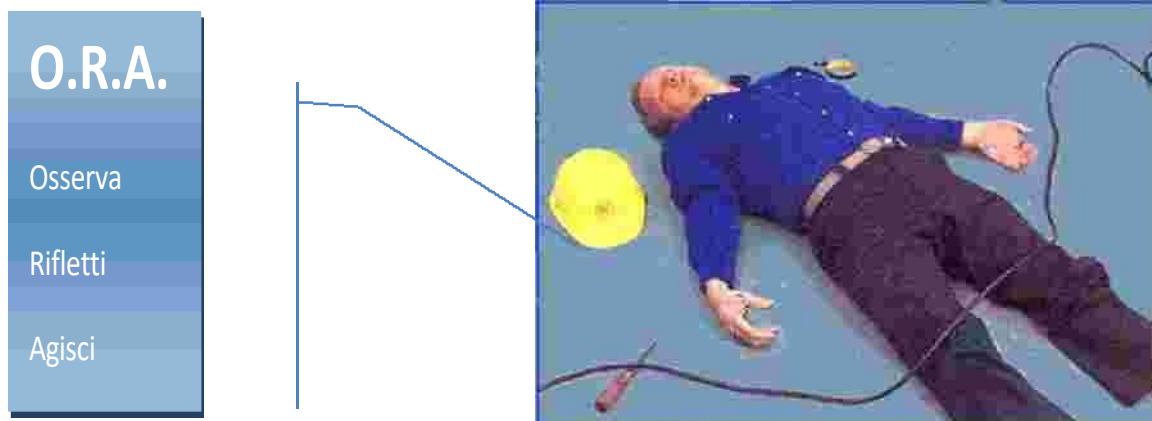
I primi tre anelli della catena prevedono manovre e procedure che possono essere efficacemente eseguite in tempi rapidissimi da persone addestrate, non necessariamente Medici o Infermieri.

Dalla messa in atto della catena dipende la sopravvivenza della vittima.

## Capitolo 3 - Le procedure

Il BLS-D si effettua su di una vittima:

- **Priva di coscienza;**
- **Che non respira.**



(Figura 3)

Prima di precipitarsi sulla vittima ed iniziare la sequenza BLS è necessario accertarsi che non esistano rischi ambientali sia per i soccorritori sia per la vittima.

Dobbiamo quindi osservare attentamente se l'ambiente presenta pericoli, es. ambiente saturo di gas, rischio d'incendio, rischi derivanti da corrente elettrica, pericoli di crollo, rischi derivanti da traffico, presenza di acqua o liquidi etc.

Durante la fase d'avvicinamento alla vittima va osservata e rilevata qualsiasi situazione che possa mettere a rischio i soccorritori, i quali devono per prima cosa garantire la propria incolumità.

In caso di rischio rilevato, i soccorritori non devono avvicinarsi alla vittima ma chiamare immediatamente la Centrale Operativa 112 che attiverà il soccorso tecnico adeguato.

Anche successivamente, durante tutte le fasi del soccorso, va prestata attenzione ai potenziali rischi ambientali.

### § 3.1 - Vittima adulta

La sequenza BLS-D per una persona adulta è la seguente:

#### 1. Avvicinamento al luogo dell'evento

Innanzitutto bisogna mantenere la calma, poi dobbiamo:

- **Osservare**: valutiamo la scena e cerchiamo di capire il più possibile sull'accaduto;
- **Riflettere**: ci sono pericoli per noi o per la vittima?

SI
1. Mettere al sicuro se stessi
2. Avvisare la Centrale operativa (CO) per l'invio dei soccorsi specialistici
3. Se possibile, senza mettere in pericolo noi stessi, mettere al sicuro la vittima

NO
1. Chiedere ai presenti se tra di loro ci sono medici o infermieri
2. Qualificarsi come Esecutore BLS-D
3. Iniziare la sequenza BLS con la prima valutazione

Le procedure del BLS prevedono 3 passi fondamentali:

- **A** (dall'inglese **Airway**) = apertura delle vie aeree
- **B** (dall'inglese **Breathing**) = respiro
- **C** (dall'inglese **Circulation**) = circolo

**ATTENZIONE !!!!**

Le manovre del BLS sono invasive e non prive di rischi per cui, prima di iniziare tali manovre, si deve procedere ad un'attenta valutazione.

## 2. Valutazione stato di coscienza

- Avvicinati alla vittima, inginocchiandoti al suo fianco;
- Chiamala ad alta voce;
- Scuotila delicatamente dalle spalle.
- Poni la vittima su un piano rigido (es. per terra), in posizione supina (pancia in su), con capo, tronco ed arti allineati, scoprire il torace.



(Figura 4)

Dobbiamo accertarci che la bocca sia libera da qualunque corpo estraneo. Si controlla la cavità orale attuando la manovra di **“Iper-estensione”** della testa e si osserva se sono presenti corpi estranei, riportando anche la lingua nella sua posizione corretta: si pone una mano sulla fronte e due dita (indice e medio) dell'altra mano sotto il mento in corrispondenza della parte ossea, si determina lo spostamento all'indietro della testa ed il sollevamento del mento con ripristino della pervietà delle prime vie aeree.



(Figura 5)

## ATTENZIONE !!!!

NON IPERESTENDERE IL CAPO SE SI SOSPETTA UN TRAUMA

### 3. Chiama i soccorsi (112)

Possibilmente senza lasciare la vittima da sola, la CO vi chiederà informazioni sulla modalità di respiro della vittima e vi seguirà nell'affrontare la situazione.

### 4. Valutazione attività respiratoria

Si avvicina la guancia alla bocca della vittima mantenendo la pervietà delle vie aeree con la manovra d'iperestensione e si procede alla valutazione della presenza o assenza dell'attività respiratoria e dei segni di circolo (movimenti, respirazione, tosse).

La dizione **GAS** è utilizzata per ricordare i tre elementi essenziali per la valutazione dell'attività respiratoria:

- Guardo l'espansione del torace;
- Ascolto la presenza di rumori respiratori
- Sento se fuoriesce aria dalle vie aeree.



(Figura 6)

La ricomparsa disegni di circolo può anche manifestarsi con la comparsa di colpi di tosse, indice del fatto che sono presenti i riflessi neurologici primari. Infine, la comparsa di movimenti spontanei del corpo rappresenta un altro chiaro segno del ripristino di una valida circolazione spontanea.

Mnemonicamente, questi tre segni possono essere riassunti dall'acronimo **MOTORE**

**Mo** = Movimento

**To** = Tosse

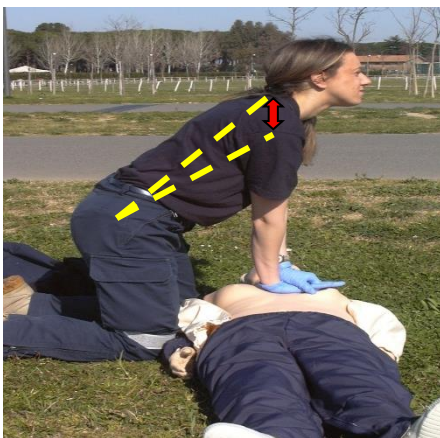
**Re** = Respiro

La fase di valutazione deve durare 10 secondi.

- Se l'attività respiratoria è presente occorre continuare a mantenere la testa iperestesa per evitare che la lingua vada a chiudere le vie aeree e porre la vittima in posizione laterale di sicurezza;
- Se invece, l'attività respiratoria ed i segni di circolo (segni di vita) sono assenti, devono immediatamente iniziare le manovre di rianimazione cardiopolmonare (**RCP**)

## 5. Iniziare la RCP

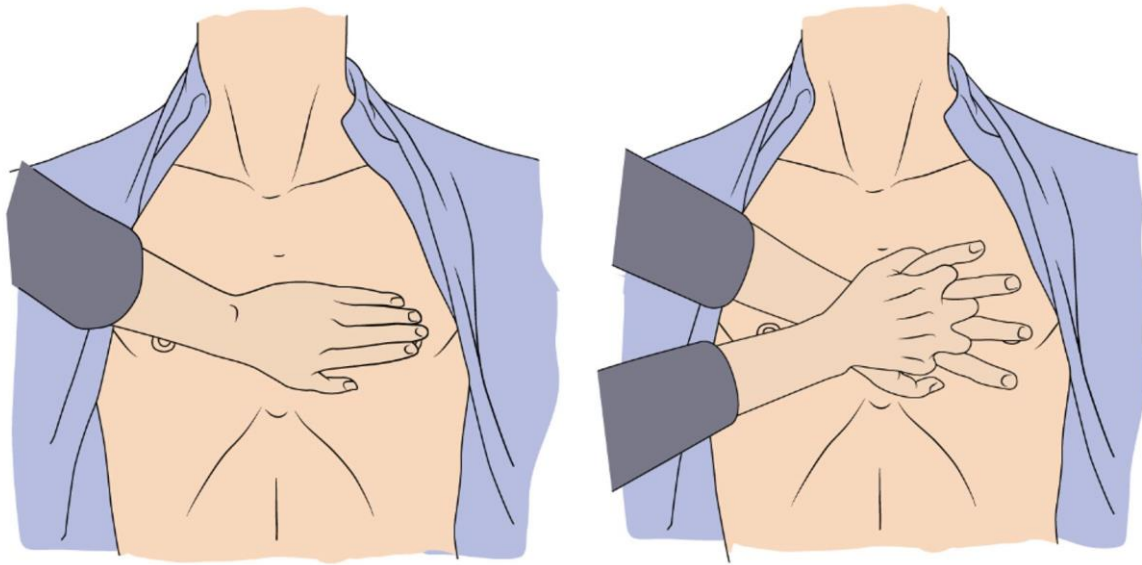
Le compressioni toraciche provocano un abbassamento dello sterno schiacciando il cuore contro la colonna vertebrale. Questo effetto di "spremitura" associata ad un aumento della pressione all'interno del torace, permette al sangue contenuto nelle cavità cardiache e nei grossi vasi di essere spinto in circolo e di portare ossigeno al cervello.



(Figura 7)

Per eseguire correttamente il massaggio cardiaco, il soccorritore si deve posizionare al fianco della vittima con le braccia rigide e con le spalle perpendicolari al torace della vittima stessa. Il fulcro del movimento del soccorritore è il bacino.

Si posiziona la parte prossimale del palmo della mano (parte più vicina al polso) al centro del torace, sulla metà inferiore dello sterno, si sovrappone la seconda mano sulla prima e s'inizia il massaggio cardiaco.



(Figura 8)

**L'RCP** si effettua facendo **30 compressioni** toraciche seguite da **2 insufflazioni** per 6 volte (1 ciclo) e va ripetuto fino a quando non arriva un Defibrillatore o un'ambulanza. Il numero di compressioni toraciche da eseguire deve essere circa 120 ogni minuto (30 compressioni in 16'').

Ad ogni compressione si deve abbassare lo sterno di circa 5-6 cm ed è necessario che ogni compressione sia seguita dal completo rilasciamento dello sterno, senza togliere le mani dal torace della vittima.

Il rapporto tra compressioni e insufflazioni è di 30:2, cioè dopo 30 compressioni vanno effettuate 2 insufflazioni efficaci, della durata di circa 1 secondo ciascuno.

Le insufflazioni non sono obbligatorie se non si hanno i dispositivi di protezione adeguati, tra questi abbiamo:

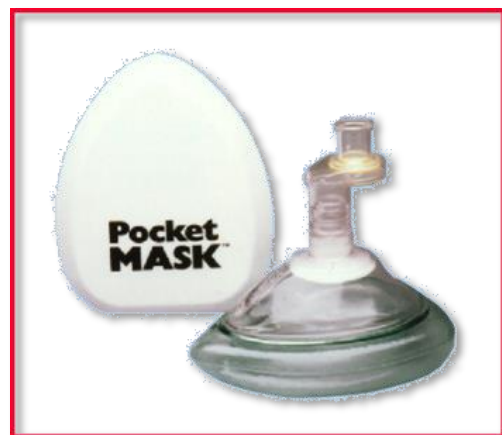
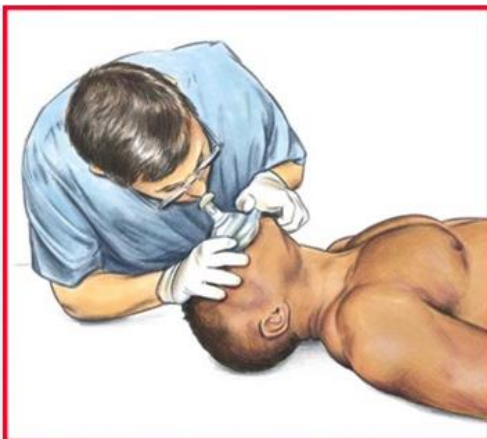
- **Pallone Ambu**: chiamato anche pallone auto-espansibile, dotato di una maschera facciale sagomata ed adattabile al viso della vittima. Con questo strumento si raggiunge una concentrazione di ossigeno puro del 21%. Il pallone Ambu è predisposto per l'utilizzo con la bombola di ossigeno, che fa salire la percentuale di ossigeno fino al 60% e se, insieme alla bombola si può utilizzare anche il reservoir (una sacca che si attacca direttamente al pallone) che fa arrivare la concentrazione di ossigeno puro fino al 90%;



(Figura 9)

Il soccorritore si pone alla testa della vittima e mantiene la maschera utilizzando il pollice e l'indice della mano sinistra. Le altre dita della stessa mano agganciano e sollevano la mandibola del paziente. La mano destra comprime il pallone in modo da insufflare aria in quantità tale da ottenere il sollevamento del torace.

- **Pocket mask:** la maschera tascabile che è composta da materiale trasparente, con un bordo pneumatico che facilita l'aderenza al viso della vittima.



(Figura 10)

Posizionandosi lateralmente (un soccorritore) o alla testa del paziente (due soccorritori), si appoggia la maschera cercando di farla aderire perfettamente al viso della vittima. Quindi l'insufflazione si realizza senza contatto diretto fra la bocca del soccorritore che si pone su un apposito boccaglio e la bocca del paziente.

- **Bocca a bocca:** mantenendo la testa in iperestensione l'indice ed il pollice della mano posizionata sulla fronte provvedono a chiudere le narici della persona incosciente che non respira.

Il soccorritore, posto di lato alla vittima dopo aver eseguito una profonda inspirazione, appoggia la propria bocca su quella della vittima, espira lentamente, controllando che il torace della vittima si sollevi. L'insufflazione deve essere eseguita per due volte consecutive con la stessa modalità, avendo cura fra la prima e la seconda insufflazione di staccare ed allontanare la propria bocca da quella della vittima e di controllare che il torace torni nella posizione di riposo.

## **ATTENZIONE !!!!**

Non è obbligatorio utilizzare questa tecnica se il Soccorritore non se la sente e si procede solo con il Massaggio Cardiaco.

### **§ 3.2 - Vittima pediatrica**

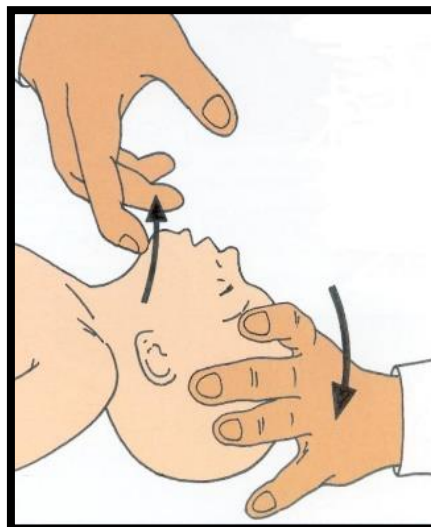
Nella vittima pediatrica le manovre da utilizzare sono poco differenti da quelle per vittime adulte.

Prima di tutto è necessario dare una definizione di "vittima pediatrica":

- Età compresa tra 1 e 8 anni;
- Peso non superiore ai 25kg
- Altezza massima di 125cm.

Anche per la vittima pediatrica è necessario effettuare l'A-B-C:

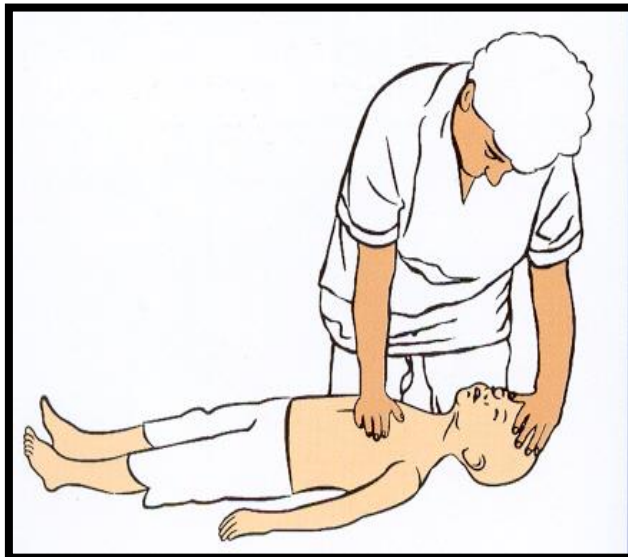
- **A (Airway)**: A differenza dell'adulto, il capo non va iper-esteso ma **Esteso**, quindi si fa una leggera estensione del capo, ponendo una mano sulla fronte e due dita sotto al mento, controllando che non ci siano corpi estranei visibili.



(Figura 11)

- **B (Breathing):** Si esegue la manovra GAS per 10 secondi:
  - Se il **respiro è presente:** si mette in Posizione Laterale di Sicurezza **(PLS)**;
  - Se il **respiro è assente:** si eseguono 5 ventilazioni (chiamate ventilazioni di soccorso).
  
- **C (Circulation):** Si esegue la manovra MO.TO.RE. per 10 secondi:
  - Se ci sono segni: si esegue 1 ventilazione ogni 3 secondi;
  - Se non ci sono segni: si iniziano le manovre di RCP.

Le manovre di RCP si eseguono tenendo la testa estesa con una mano sulla fronte e con l'altra mano, posta al centro del torace. Anche per il bambino il rapporto compressioni-insufflazioni è di 30:2.



(Figura 12)

### § 3.3 - Vittima lattante

Nel lattante ci sono alcune differenze circa le manovre da utilizzare.

Prima di tutto è necessario dare una definizione di "lattante":

- Età inferiore a 1 anno;
- Peso non superiore ai 10kg
- Altezza massima di 75cm.

Anche per la vittima pediatrica è necessario effettuare l'A-B-C:

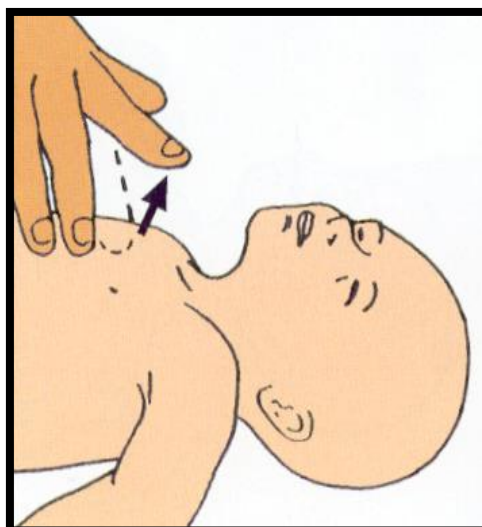
- **A (Airway):** Il capo, essendo più pesante del resto del corpo, va tenuto in **posizione neutra**, quindi ponendo una mano sulla fronte e aprendo la bocca con le dita posizionate sotto al mento, si controlla che non ci siano corpi estranei visibili.



(Figura 13)

- **B (Breathing):** Si esegue la manovra GAS per 10 secondi:
  - Se il **respiro è presente**: si mette in Posizione Laterale di Sicurezza (**PLS**);
  - Se il **respiro è assente**: si eseguono 5 ventilazioni (chiamate ventilazioni di soccorso).
- **C (Circulation):** Si esegue la manovra MO.TO.RE. per 10 secondi:
  - Se ci sono segni: si esegue 1 ventilazione ogni 3 secondi;
  - Se non ci sono segni: si iniziano le manovre di RCP.

Le manovre di RCP si eseguono tenendo la testa in posizione neutra con una mano sulla fronte e con 2 dita, poste al centro del torace in posizione verticale. Anche per il lattante il rapporto compressioni-insufflazioni è di 30:2.



(Figura 14)

## Capitolo 4 - Disostruzione delle vie aeree

Ostruzione delle vie aeree sta a indicare la presenza di un corpo estraneo che ostruisce il passaggio dell'aria e quindi impedisce alla vittima di respirare.



(Figura 15)

Il segno universale per riconoscere la difficoltà respiratoria della vittima sono le 2 mani attorno al collo (Figura 15).

L'**ostruzione** può essere **parziale** e si presenta con dispnea, tosse e possibili sibili inspiratori; oppure **totale** che si presenta con:

- impossibilità a parlare, respirare, tossire
- segnale universale di soffocamento (mani alla gola)
- rapida cianosi
- possibile perdita di coscienza

Se l'ostruzione è parziale e il soggetto è cosciente, va incoraggiato a tossire senza fare altro;

Se l'ostruzione è totale la vittima diventa debole, smette di tossire o respirare:

1. dai fino a 5 colpi dorsali fra le scapole,



(Figura 16)

2. Se i colpi non hanno effetto manovra di Heimlich (compressioni addominali) in piedi.

Continua alternando 5 colpi dorsali e 5 compressioni addominali.



(Figura 17)

#### § 4.1 - Manovra di Heimlich

- Portarsi alle spalle della vittima;
- Porre una mano a pugno all'altezza della regione situata tra lo sterno e l'ombelico;
- Porre su questa l'altra mano afferrando il polso ed effettuare spinte energetiche consecutive verso l'interno.



(Figura 18)

Se il soggetto perde coscienza:

1. Accompagna a terra l'infortunato;
2. Allerta Sistema di Emergenza;
3. Esegui 30 compressioni toraciche esterne;
4. Controlla il cavo orale;
5. Tenta 2 insufflazioni;
6. Anche se non efficaci continua con BLS 30/2, controlla il cavo orale tra compressioni e ventilazioni.

## § 4.2 - Vittima pediatrica

Nel bambino con ostruzione delle vie aeree, si utilizza la stessa sequenza dell'adulto, con la differenza che è il soccorritore a doversi adattare all'altezza del bambino, quindi:

- Per dare i 5 colpi interscapolari il soccorritore si posiziona in ginocchio dietro al bambino;
- Allo stesso modo si esegue la manovra di Heimlich



5 colpi interscapolari



Manovra di Heimlich

(Figura 19)

## § 4.3 - Vittima lattante

Il lattante invece viene adagiato sul braccio del soccorritore, con la gamba incastrata tra il braccio e il corpo del soccorritore stesso, in modo da garantire maggiore sicurezza, con il viso rivolto verso il pavimento e una leggera inclinazione del braccio verso il basso eseguendo così i 5 colpi interscapolari.



(Figura 20)

Successivamente viene girato e spostato sull'altro braccio, con un movimento unico e continuo, incastrando nuovamente la gamba tra il braccio e il corpo del soccorritore e posizionato con il volto verso l'alto, sempre con il braccio del soccorritore che tende verso il pavimento, si eseguono 5 compressioni sullo sterno del lattante, con 2 dita poste in posizione verticale rispetto alla vittima.



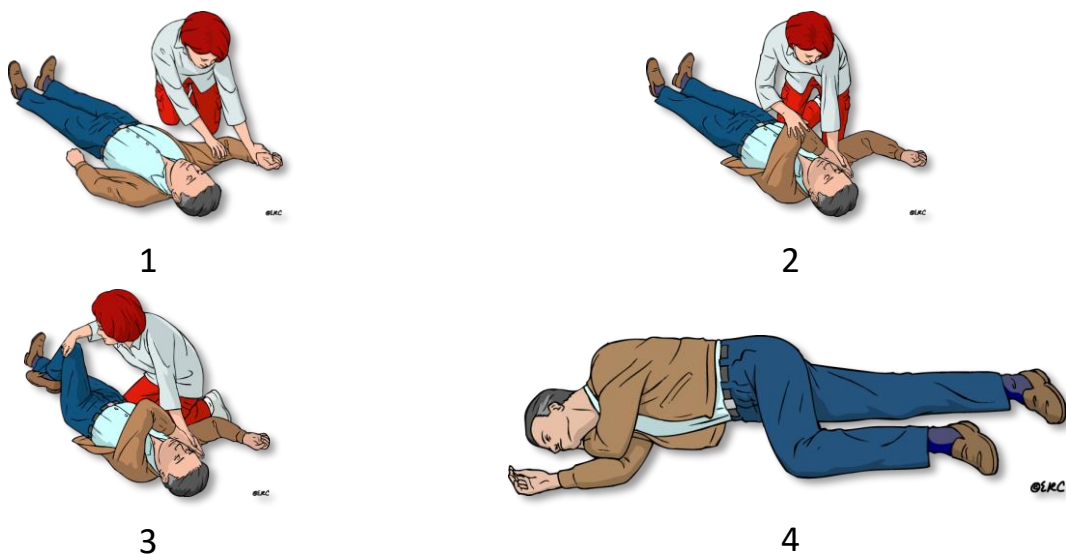
(Figura 21)

## Capitolo 5 - Posizione laterale di sicurezza (PLS)

La Posizione Laterale di Sicurezza si utilizza se la vittima NON è cosciente ma respira normalmente.

Con il progredire dello stato di incoscienza, vengono a mancare i riflessi di difesa, come tosse o deglutizione. Inoltre, il contenuto dello stomaco può risalire l'esofago e finire nella trachea, soffocando il soggetto. Nella posizione laterale di sicurezza, le vie respiratorie rimangono invece libere. La bocca diventa il punto più basso del corpo, permettendo a vomito o sangue di defluire verso l'esterno.

- Passaggio 1: inginocchiatevi a fianco dell'infortunato. Allungate il braccio più vicino a voi ad angolo retto con il palmo della mano rivolto verso l'alto;
- Passaggio 2: afferrate l'altro braccio in corrispondenza del polso, portandolo sul lato opposto e incastrate la mano sotto al collo;
- Passaggio 3: distendete le gambe dell'infortunato in modo che siano una affianco all'altra;
- Passaggio 4: posizionate la gamba più lontana ad angolo retto ed incastrate il piede sotto al ginocchio dell'altra gamba;
- Passaggio 5: ruotate il soggetto sul fianco afferrandolo alla cintura scapolare e al bacino. La parete addominale è rivolta a terra;
- Passaggio 6: iper-estendete la testa della vittima.



(Figura 22)

### **Caso particolare: donne incinte**

Si può ricorrere alla posizione laterale di sicurezza anche per le donne in gravidanza. Assicuratevi tuttavia di posizionare l'infortunata sul lato sinistro. Infatti, sdraiando le gestanti sul fianco destro si corre il rischio di comprimere la vena cava, interrompendo il flusso sanguigno venoso verso il cuore e causando così disturbi cardiovascolari.

### **Caso particolare: neonati e bambini piccoli**

A volte nel caso di neonati e bambini piccoli le proporzioni anatomiche del tronco, delle gambe e delle braccia non sono sufficienti per mantenere stabile il corpo sul fianco. In questo caso ricorrete alla posizione prona. Stendete il neonato o il bambino piccolo con la pancia rivolta verso il basso su un fondo caldo, ad esempio una coperta. Voltate la testa del bambino di lato e spingendola leggermente verso la nuca. Aprite la bocca così che la saliva o il vomito possano fuoriuscire.

## Capitolo 6 - Defibrillazione

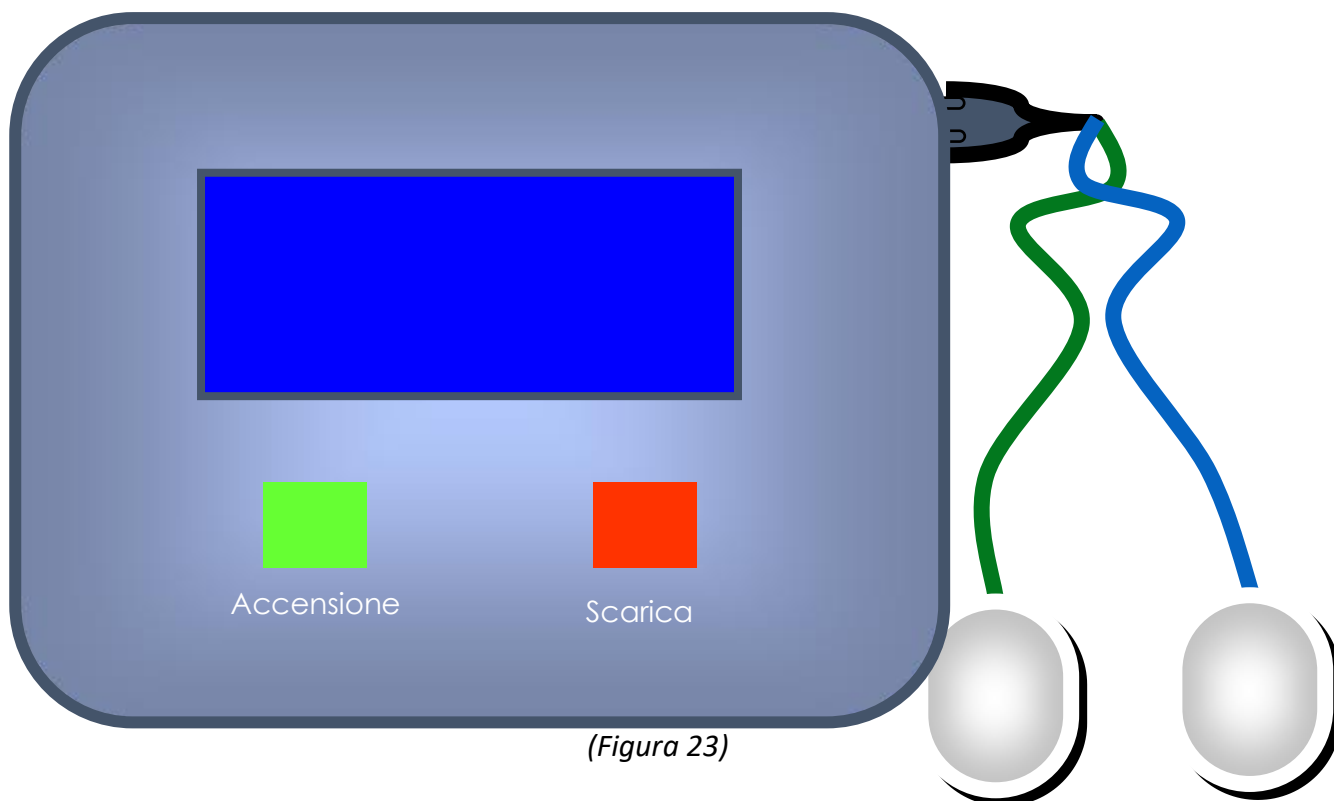
La defibrillazione è l'applicazione di una corrente elettrica tramite piastre poste sul torace, allo scopo di recuperare il ritmo cardiaco nel caso si verifichi un arresto cardiocircolatorio. Si utilizza un apparecchio, il defibrillatore, che:

- analizza il ritmo cardiaco;
- identifica i ritmi correggibili con la scarica elettrica, secondo modalità predefinite eroga, previa pressione di apposito pulsante, la scarica elettrica.

Il successo del trattamento è strettamente legato alla precocità con cui la scarica viene erogata.

Il Defibrillatore semi - Automatico Esterno (D.A.E.) è un apparecchio salvavita ad alta tecnologia che esegue automaticamente la diagnosi senza alcuna responsabilità diagnostica del soccorritore.

L'apparecchio è preciso, sicuro, facile da utilizzare ed efficace. Può essere utilizzato da tutti dopo un'adeguata formazione.



Si utilizza il DAE solo dopo un'attenta valutazione delle funzioni vitali della persona da soccorrere, quando si realizza:

- Assenza di coscienza
- Assenza di respiro e segni di circolo A questo punto:
  1. Si posiziona il DAE in prossimità della testa del paziente;
  2. Si attiva l'apparecchio che guiderà vocalmente il soccorritore in tutte le operazioni;
  3. Si applicano le piastre adesive sul torace; per il loro corretto posizionamento si potrà fare riferimento al disegno presente sulle piastre;

### **ATTENZIONE !!!!**

NON UTILIZZARE IL DAE su pelle umida o bagnata, rasare in presenza di folta peluria, togliere eventuali cerotti terapeutici, mai posizionare le piastre su pacemaker.



(Figura 24)

Applicati gli elettrodi sul torace del paziente, oltre che seguire i comandi vocali dell'apparecchio, **OCCORRE GARANTIRE LA SICUREZZA DEL SOCCORRITORE E DEI PRESENTI** evitando di toccare o far toccare la vittima durante la scarica. È necessario inoltre che vengano evitati contatti con la vittima anche durante la fase d'analisi per non compromettere la capacità diagnostica del DAE stesso.

Il DAE, quando ha riconosciuto un ritmo defibrillabile, segnala (con allarme acustico e/o visivo) la necessità di erogare lo shock. È a questo punto che il

soccorritore, dopo aver controllato nuovamente e verificato che c'è sicurezza, preme il pulsante erogando così la scarica elettrica.



(Figura 25)

Prima di erogare la scarica, per garantire la totale sicurezza degli operatori e di eventuali “spettatori”, si dice ad alta voce la formula:

**IO sono VIA**  
**TU sei VIA**  
**TUTTI sono VIA**

(Figura 26)

Solo quando si è assolutamente certi che nessuno stia toccando la vittima si procede alla scarica.

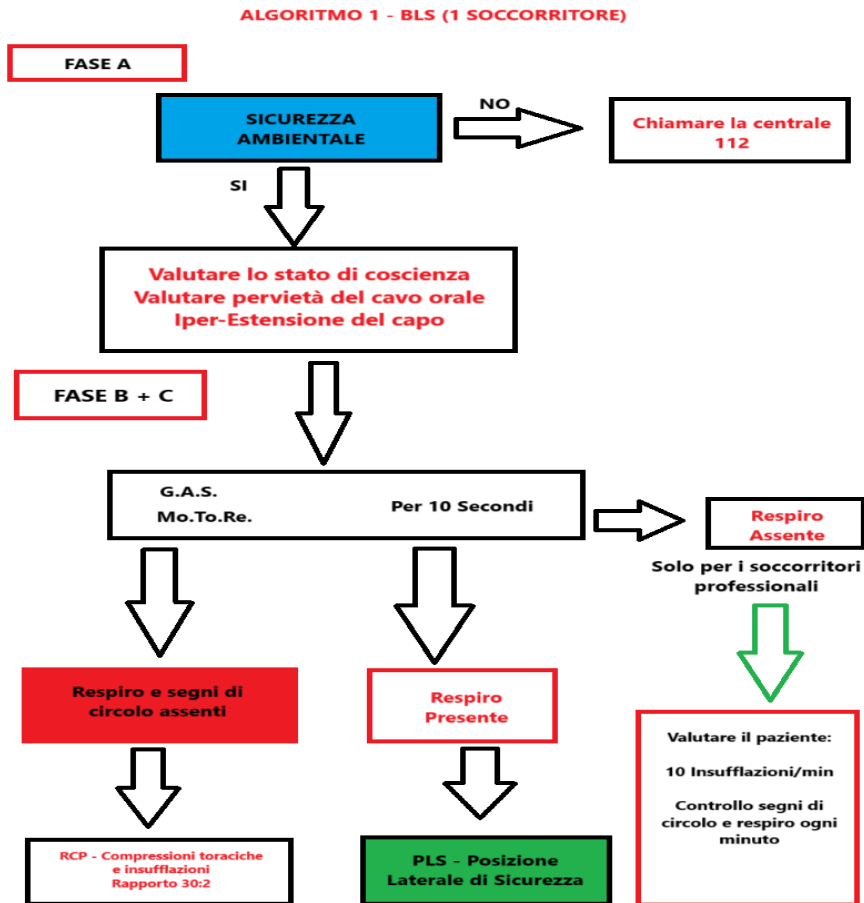
**ATTENZIONE !!!!**

In caso la vittima sia collocata in un luogo bagnato (pozzanghere, spiaggia e cc...) è importante spostarlo in un luogo asciutto al fine di garantire la massima sicurezza per gli operatori durante l'uso de I DAE

# Algoritmo di trattamento

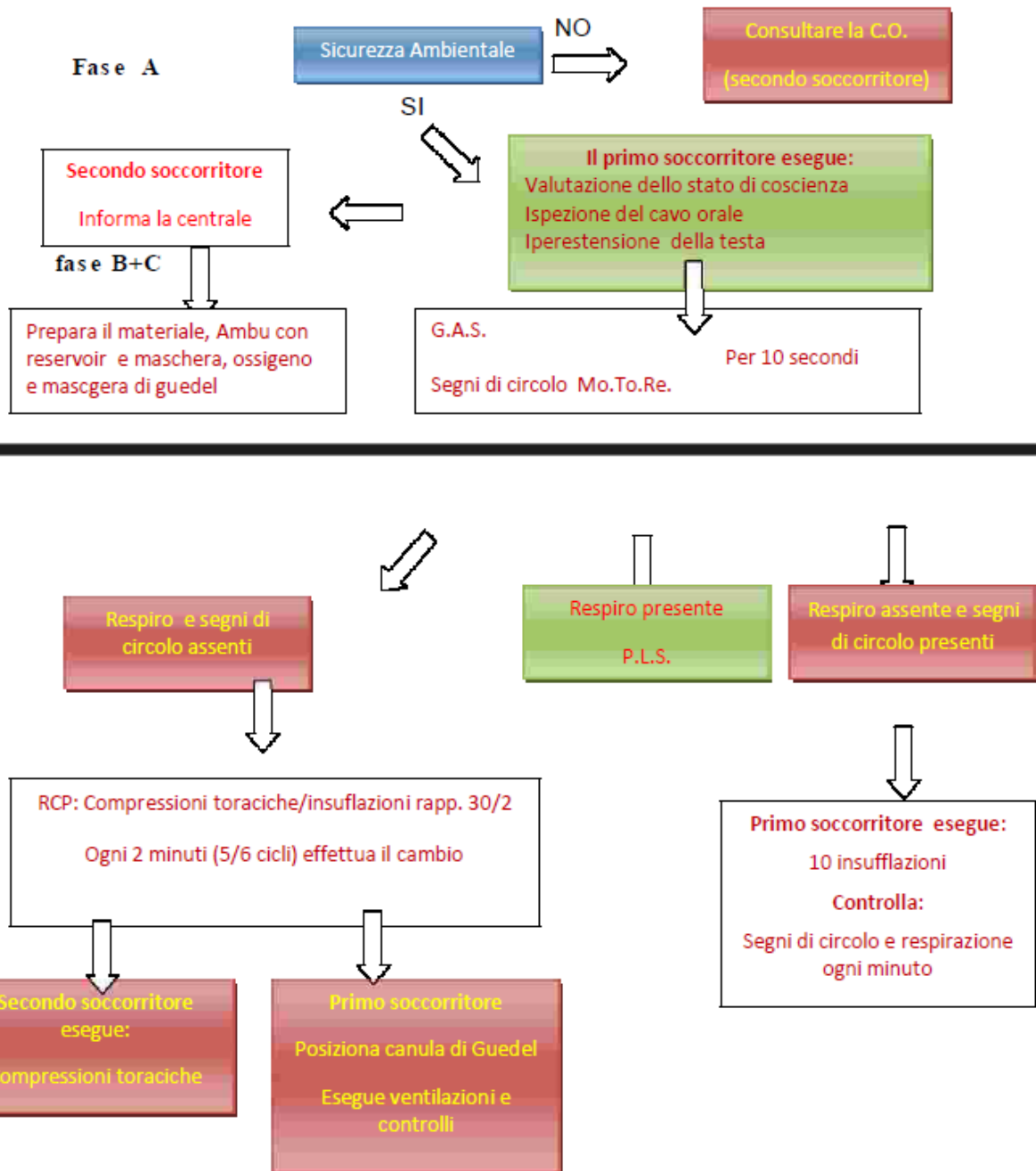
PAZIENTE	SOCCORRITORE	
<b>A Non cosciente</b>	<b>Chiama e scuote</b>	
	<b>Chiede Aiuto</b>	
	<b>Aprire le vie aeree</b>	
<b>B Non respira</b>	<b>Valuta GAS e Polso</b>	
<b>C Non ha circolo</b>	<b>Conferma 118</b>	
<b>D</b>	<b>RCP (2 min)</b>	
	<b>CBA</b>	
	<b>RCP ad oltranza</b>	

(Figura 27)



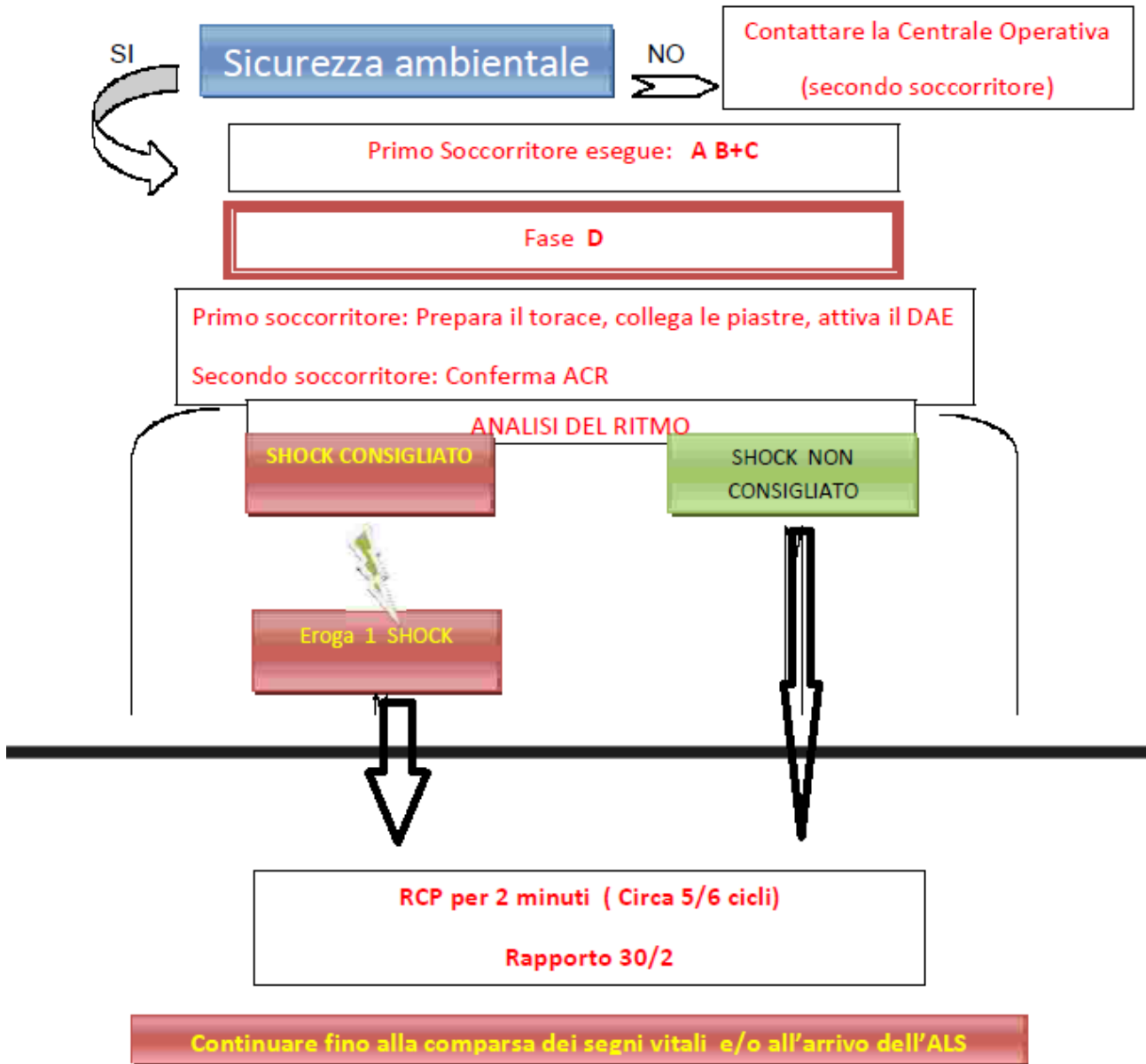
(Figura 28)

## ALGORITMO 2 – BLS (2 soccorritori – soccorso organizzato)



(Figura 29)

### ALGORITMO 3 – BLS D



(Figura 30)

## Capitolo 7 - Cenni legislativi

Con il termine Primo Soccorso si intendono le manovre di assistenza di base (es. chiamata al 112, massaggio cardiaco, respirazione bocca a bocca etc.) finalizzate al miglioramento delle condizioni cliniche della persona colta da malore e alla prevenzione delle complicanze; non vengono utilizzati farmaci o dispositivi medici.

Il soccorso è un obbligo morale, medico-legale e deontologico prima ancora che un obbligo di legge. Secondo l'Art. 593 del Codice Penale commette tale reato "Chiunque trovando [ ... ] un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne avviso alla autorità." Le sanzioni penali (1.72/2003) sono rappresentate dalla reclusione fino a 1 anno o multa fino a 2500 euro. Se dall'omissione del soccorso ne deriva una lesione personale la pena è aumentata.

L'unica eccezione all'obbligo del soccorso è costituita dalle cause di forza maggiore, cioè avvenimenti esterni naturali, inevitabili ed irresistibili, quali grave malattia del soccorritore, ostacoli fisici al raggiungimento della persona da soccorrere, soccorso in condizioni di reale e consistente pericolo (incendi, esalazione di gas tossici, presenza di cavi di corrente elettrica scoperti, ecc.).

Se sussistono tali circostanze, il soccorritore volontario non sanitario può astenersi dal prestare il soccorso se la situazione può mettere a repentaglio la propria vita o sicurezza.

Un caso particolare, riguardo il soccorso di una vittima di arresto cardiaco è rappresentato dalla respirazione bocca a bocca. Tenendo conto della naturale riluttanza delle persone ad effettuare la ventilazione bocca a bocca su sconosciuti e il conseguente rischio di astensione da ogni attività rianimatoria, le linee-guida non enfatizzano l'insegnamento di tale pratica ai laici, ritenendo che l'effettuazione del solo massaggio cardiaco assicuri una migliore prognosi alla vittima rispetto al non fare nulla.

### § 7.1 - Responsabilità del soccorritore volontario

Fatte salve le situazioni in cui la constatazione del decesso è ovvia (ad esempio decapitazione o segni di putrefazione), il **soccorritore volontario non medico**, dopo aver attivato il sistema dell'emergenza (112), se è in grado inizia le elementari manovre di primo soccorso e le continua fino all'esaurimento fisico o all'arrivo dei soccorsi sanitari. La constatazione del decesso e quindi la decisione di interrompere le manovre rianimatorie verrà presa dal personale medico intervenuto

sullo scenario. Infatti, da un punto di vista medico-legale il soccorritore volontario non medico non ha le competenze per constatare il decesso.

### **§ 7.1.1 - Obbligo di denuncia**

Svolgendo una pubblica attività, il volontario ha l'obbligo giuridico di denunciare qualunque fatto o situazione che abbia le caratteristiche del reato perseguibile direttamente dal giudice, senza bisogno della denuncia della parte lesa.

### **§ 7.1.2 - Obbligo di discrezionalità**

Nonostante Commette il reato di cui all'art. 622 C.P. chiunque avendo notizia, in ragione del proprio stato o ufficio o della propria professione o arte, di un segreto lo rivela senza giusta causa è punito con la reclusione fino ad un anno

### **§ 7.1.3 - Obbligo di intervento**

L'obbligo di intervento del soccorritore volontario è diverso rispetto al semplice cittadino perché si pretende un soccorso "attivo". Tale soccorso deve essere specifico ed appropriato in relazione alle necessità della persona da seguire. Il soccorso non dovrà invadere le attribuzioni professionali riservate al personale medico.

### **§ 7.1.4 - Lo stato di necessità**

L'Art. 54 c.p. dice che "Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si attua a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo".

Ciò vuol dire che: se il soccorritore causa un danno, durante un soccorso, meno grave rispetto alla causa per cui è intervenuto (Es. rottura di una costola durante un massaggio cardiaco), non è punibile.

Al contrario è punibile se arreca danno all'altrui proprietà se questo danno non è necessario (Es. rottura del vetro della macchina per estrarre la vittima se la macchina è aperta)

## § 7.2 – Lo zaino da soccorso

LEGGENDA COLORI:	
<b>ROSSO</b>	<b>Accesso vascolare e infusioni</b>
<b>BLU</b>	<b>Ossigenazione e ventilazione (Vie Aeree)</b>
<b>VERDE</b>	<b>Medicazione</b>
<b>GIALLO</b>	<b>Diagnostica</b>

(Figura 31)

PRESIDI:	QUANTITA':	CHECK:		
Sfigmomanometro con fonendoscopio	1		<b>DIAGNOSTICA</b>	<b>ZAINO DA SOCCORSO</b>
Glucometro (completo di pungidito e reattivi)	1			
Saturimetro (pulsiossimetro) portatile	1			
Pila per occhi	1			
Termometro	1			
Maschere per l'ossigeno adulto	1		<b>VIE AEREE</b>	
Maschere per l'ossigeno bambino	1			
Occhielli nasali	1			
Sondini per aspirazione	2			
Pallone Ambu + maschera	A P	1 1		
Aghi cannula Azzurro/rosa	1/1		<b>ACCESSO VASCOLARE E INFUSIONI</b>	
Deflussori	1			
Laccio emostatico	1			
Rubinetto tre vie + valvola anti reflusso	2			
Siringhe 10 ml	2			
Teli sterili	2		<b>MEDICAZIONI</b>	
Forbice	1			
Cerotto a nastro (tagliato a strisce)	20			
Garze sterili	5			
Garze non sterili	¼ Kg			
Disinfettante	1			
Acqua ossigenata	1			
Bende autoadesive	5			
Bende elastiche	5			
Ghiaccio spray	2			
Ghiaccio istantaneo	5			
Immobilizzatore per arti (abbassalingua)	10			
Fisiologica 250 ml	1			
Scatola di cerotti misti	1			
Telo isotermico	2		<b>VARIE</b>	
Guanti monouso				

(Figura 32)

## § 7.3 - La scheda di soccorso



### COORDINAMENTO NAZIONALE AUGUSTUS

#### SCHEDA PAZIENTE



					N° Intervento		
Data e Ora Chiamata		Autista		Soccorritore 1		Soccorritore 2	
Ora Partenza		Ora Arrivo Target		Partenza Target		Arrivo in PS	
				Partenza dal PS		Rientro in Postazione	
Cognome e Nome del paziente						M	F
Data di nascita		Luogo di nascita		Residenza			
Luogo dell'intervento (o Ospedale di partenza)							
Scenario/Dinamica Ricontrata							
CASCO GIA' RIMOSSO		SI	NO	CASCO RIMOSSO		SI	NO
AIRBAG ESPLOSO		SI	NO	CINTURE ALLACCIATE		SI	NO
CODICE INVIO		B	V	G	R	Tipo di intervento: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secondario <input type="checkbox"/> Appoggio	
				Appoggio ottenuto		<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Mezzi richiesti: <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Automedica <input type="checkbox"/> Elisoccorso <input type="checkbox"/> MSB <input type="checkbox"/> VV.FF. <input type="checkbox"/> 113 <input type="checkbox"/> Protezione Civile <input type="checkbox"/> ANAS							
<b>PARAMETRI VITALI</b>							
<b>VIE AEREE</b>		<b>RESPIRO</b>		<b>FREQUENZA RESPIRO</b>		<b>CIRCOLO</b>	
<input type="checkbox"/> Pervie <input type="checkbox"/> Non Pervie		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> NO Espandibilità Torace <input type="checkbox"/> Sim. <input type="checkbox"/> Asim. Presenza crepiti: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		SATURIMETRIA [ ] [ ] [ ]		Polso radiale FR <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
COSCIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				POLSO CAROTIDEO FR <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI		FOCI EMORRAGICHE <input type="checkbox"/> Testa <input type="checkbox"/> Collo <input type="checkbox"/> Torace <input type="checkbox"/> Addome <input type="checkbox"/> Arti superiori <input type="checkbox"/> Arti inferiori	
SOSTEGNO FUNZIONI VITALI				FC: _____		P.A.: ____/____	
<input type="checkbox"/> Aspirazione <input type="checkbox"/> Guedel <input type="checkbox"/> Sublussazione della mandibola		<input type="checkbox"/> Ambu <input type="checkbox"/> Reservoir <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> Lt. _____		<input type="checkbox"/> Tamponamento emorragie esterne <input type="checkbox"/> DAE <input type="checkbox"/> MCE Ora Inizio: _____ Ora Fine: _____		<b>ALTRE MANOVRE</b> <input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Ked <input type="checkbox"/> Tavola spinale <input type="checkbox"/> Atraumatica <input type="checkbox"/> Materasso a depressione <input type="checkbox"/> Steccobenda <input type="checkbox"/> Coperta termica <input type="checkbox"/> Emostasi <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Ghiaccio	
ALLERTAMENTO CENTRALE OPERATIVA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
<b>EXPOSURE (ESAME ESTERNO)</b>							
<b>IDENTIFICAZIONE TRAUMI MAGGIORI</b>							
<input type="checkbox"/> Sospetto trauma toracico		<input type="checkbox"/> Sospetto trauma addominale		<input type="checkbox"/> Sospetto trauma spinale		<input type="checkbox"/> Sospetta frattura	
<input type="checkbox"/> Eiettato (auto) o sbalzamento (moto/bici)		<input type="checkbox"/> Caduta (> 5 mt)		<input type="checkbox"/> Estricazione complessa		<input type="checkbox"/> Riduzione abitato	
<input type="checkbox"/> Ferita penetrante		<input type="checkbox"/> Età (< 5 anni)		<input type="checkbox"/> Ustione (% sup. corp. _____)			
COD.	COSCIENZA	RESPIRO	CIRCOLO	TRAUMI			
1	A	SpO <sub>2</sub> > 90% FR > 15 < 28	SI Polso perif. SI Polso centrale	Nessuna T.M.			
2	V	SpO <sub>2</sub> < 90% FR < 10 > 29	NO Polso perif. SI Polso centrale	> 1 T. M.			
3	P	NO	NO Polso perif. NO Polso centrale	Amputazioni			
	U			Emorragie non comprimibili			
Ospedale di destinazione			Codice Rientro		Rifuto l'ospedalizzazione (Firma Paziente)		
			0	1	2	3	
Note:			Firma Autista Soccorritore MSA/B				
			Firma 1° Soccorritore MSA/B				
			Firma 2° Soccorritore MSA/B				

(Figura 33)