



N&A

mensile[®]
italiano
del
soccorso
en end ei

Fondato nel 1991 da Giorgio Patrizio Nannini



• **VIVA! 2015
LA SETTIMANA PER
LA RIANIMAZIONE
CARDIOPOLMONARE**

• **PIEVE DI CADORE
NUOVO ELICOTTERO
E PROGETTO DI BASE
HEMS**

• **NOTIZIE IN BREVE:
L'ENTE PUBBLICO DA
IL BUON ESEMPIO**

• **APERTAMENTE:
MARI E MONTI**

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abb. Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB Prato - Rivista Tecnico Scientifica, riservata al personale dei servizi di soccorso sanitario



CONOSCIAMO L'USO DEI GUANTI?

**LA DIDATTICA E LA FORMAZIONE PER
GLI OPERATORI DEL SOCCORSO**

**CHECKLIST PER LA RIANIMAZIONE
DI VITTIME DI VALANGA**

Pagina editrice

Anno 24° - Settembre 2015 - Vol. 270

N&A mensile[®] italiano del soccorso en end ei

EDITORE

DIREZIONE
REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE
TELEFONO
FAX
e-mail

PRESIDENTE ONORARIO
DIRETTORE RESPONSABILE

CODIRETTORI

RAPPORTI CON ENTI E ASSOCIAZIONI
MEDICO
RAPPORTI CON LE COMPONENTI INFERMIERISTICHE

COMPONENTE TECNICA
CORRISPONDENTE ESTERO

PSICOLOGA

AVOCATO

SEGRETARIA DI REDAZIONE
RESPONSABILE COMMERCIALE

IMPAGINAZIONE

STAMPA

AUTORIZZAZIONE

SPEDIZIONE

ISCRIZIONE ROC 13156

PUBBLICAZIONE ASSOCIATA A:
UNIONE STAMPA PERIODICA ITALIANA

ANNO DI PUBBLICAZIONE

Pagina editrice

Via G. Mazzini 19
51016 Montecatini Terme (Pistoia)
0572.770605
0572.901805
info@paginagroup.it

Luigia Colombo

Simona Peselli

Roberto Branzanti

Mario Rugna

Stefano De Vecchis

Leonardo Ferrazzi

Thijs Gras

Giorgia Cannizzaro

Claudia Conforti

Barbara Alberti

Lorenzo Spinelli

Lorenzo Spinelli

La Grafica Pisana - Bientina (Pisa)

del Tribunale di Pistoia
Iscr. N.12 del 27 dicembre 1991

Poste Italiane S.p.a.
Spedizione in Abbonamento
Postale D.L. 353/2003
(conv. in L.27/02/2004 n°46) art.1,
comma 1, DCB Prato.

Pubblicazione a carattere tecnico scientifico per gli operatori dei servizi
di soccorso sanitario.



VENTIQUATTRESIMO VOL. 270 – 2015

Abbonamento annuale anno 2015: per l'Italia: cartaceo euro 42, digitale euro 30; per l'Europa: euro 72; per Paesi extra-Europei: euro 92.

Vendita: Vendita per abbonamento ad Enti e personale dei servizi di soccorso.

Gli abbonamenti possono partire da qualunque mese e durano per 12 numeri; devono essere sottoscritti direttamente dagli interessati.

Una copia: e 0,06 (valido solo ai fini fiscali).

Sospensione delle pubblicazioni: l'Editore può sospendere la pubblicazione della rivista senza alcun preavviso; in tal caso i contratti pubblicitari e gli abbonamenti avranno definitivo termine con l'ultimo numero pubblicato, senza possibilità di rivalsa alcuna da parte dei contraenti. Pubblicità. Gli spazi pubblicitari a pagamento di questo mensile sono ceduti "a nudo"; l'informazione in essi contenuta è a cura ed è sotto la piena ed esclusiva responsabilità dell'Inserzionista. Pagina S.r.l. declina ogni responsabilità per testi e/o immagini contenuti negli spazi pubblicitari. È a cura e sotto la responsabilità dell'Inserzionista provvedere alle eventuali autorizzazioni del Prefetto, del Sindaco, del Ministero della Sanità o di altre Autorità, in merito alla pubblicità a mezzo della stampa di prodotti medico-sanitari. Articoli e fotografie: testi e fotografie inoltrati alla Redazione non vengono restituiti.

Gli autori che inviano articoli alla Redazione rinunciano alla pubblicazione degli stessi presso altre riviste. Responsabilità: la Casa Editrice declina ogni responsabilità per possibili errori od omissioni nonché per eventuali danni risultanti dall'uso dell'informazione contenuta nella rivista. Le opinioni espresse dagli Autori non impegnano la Direzione del mensile.

Privacy: Tutela delle persone degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (legge 31.12.1996 n. 675 e successive integrazioni). I dati forniti dai sottoscrittori degli abbonamenti ed i dati degli Enti/Associazioni di soccorso vengono utilizzati esclusivamente per l'invio della presente pubblicazione e non vengono ceduti a terzi per alcun motivo.

Sommario

settembre 2015

06

SICUREZZA
Conosciamo l'uso
dei guanti?



14

ORGANIZZAZIONE DEL
SOCCORSO
Checklist per la Rianimazione
di Vittime di Valanga



22

EVENTI
VIVA! 2015
La settimana per
la rianimazione
cardiopulmonare



28

APERTAMENTE
Mari e Monti



02

STRATEGIE DEL
SOCCORSO
La Didattica e la
Formazione per gli
Operatori del Soccorso



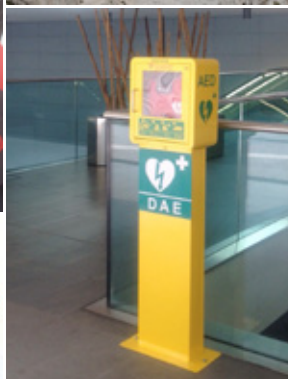
10

ELISOCCORSO
Pieve di Cadore
nuovo elicottero e
progetto di base
HEMS



20

REDAZIONALE
Defibrillatori in
Metropolitana



26

NOTIZIE IN BREVE
L'ente Pubblico da il
buon esempio



Volume n°270

SOMMARIO



La Didattica e la Formazione per gli Operatori del Soccorso

“Lo scopo del maestro non è quello di riempire un sacco ma di accendere una scintilla”

Plutarco

L’istruzione, che una volta era intesa solamente in senso scolastico, veniva quasi esclusivamente praticata in ambienti specificatamente dedicati: scuole, università ecc.. è adesso ap-

plicata in tutti gli ambienti lavorativi; non sono esclusi da questa nuova tendenza verso la formazione, gli operatori del soccorso dei Vigili del Fuoco che si stanno da qualche tempo confrontando con un processo di ri-professionalizzazione e di aggiornamento generale ma anche nell’apprendimento di particolari e specifiche procedure

d’intervento. Quando viene trattato il tema della formazione, si affrontano, troppo spesso, solamente problematiche inerenti allo specifico pacchetto formativo omettendo di considerare altri aspetti ugualmente importanti uno fra tutti, i discenti, proprio così: l’oggetto della formazione viene spesso non considerato a sufficienza e le sue

potenzialità non sono assolutamente sfruttate.

Quando si progettano pacchetti didattici da applicare in corsi teorico pratici, occorre essere pertinenti all’argomento che ci si propone di trattare, chiari nell’esporre le modalità, si deve rapportarsi costantemente alla realtà, a ciò che è tangibile, evitando di perdersi in

Augusto Alessio Fonti

ragionamenti astratti di difficile comprensione e dobbiamo soprattutto rendere verificabile il messaggio che intendiamo comunicare agli altri. Questi quattro concetti definiscono meglio di ogni altra cosa, a quali parametri devono rispondere i materiali didattici prodotti.

Il tecnico che si occupa di questa fase progettuale dovrebbe per un momento dimenticare le specifiche abilità pratiche che desidera far acquisire ai futuri discenti e immaginare uno schema astratto universalmente applicabile. Possono aiutare nell'intento alcune semplici considerazioni di seguito esposte.

A chi viene somministrata la formazione

Il primo aspetto che consideriamo, riguarda la conoscenza delle persone alle quali si vuole parlare e passare determinati concetti che meglio possono essere definiti messaggi, cioè informazioni.

Uno degli errori più frequenti dei docenti è quello di preparare una lezione senza tener presente di:

- livello culturale di chi ascolta;
- preparazione specifica sull'argomento;

- familiarità con termini tecnici;
- esperienze precedenti su tematiche o situazioni oggetto della lezione;
- condizione emotiva dei discenti.

Acquisire informazioni precise sulla "platea" consente di realizzare un intervento formativo preciso, adeguando il linguaggio, non dando per scontato acronimi o termini tecnici specifici, valorizzando le esperienze dei discenti, sfruttando eventuali racconti spontaneamente resi dai discenti per puntualizzare e rafforzare i concetti più importanti.

Perché si effettua la formazione

Nel secondo punto da chiarire rientrano specificatamente le motivazioni per le quali effettuiamo la lezione. Ciò ci permette di evitare:

- di perdere di vista l'obiettivo finale, confondere le idee,

non seguire la traccia preimpostata ma parlare "a braccio" diminuendo notevolmente l'efficacia;

- di sottolineare alcuni aspetti particolari che possono diventare il cardine e motivare più di altri il così detto "patto didattico" cioè quella sorta di contratto tra docente e discenti per effetto del quale gli uni accettano di parlare e gli altri si predispongono nell'accogliere i messaggi.

Su che cosa verte la lezione

Terzo punto da considerare è il reale argomento da trattare.

Il docente superficiale parte con una trattazione molto fedele all'argomento di cui si è proposto di parlare ma, in itinere, è tentato di deviare in favore di alcuni concetti che possono essergli più congeniali, sui quali si è maggior-

mente informato, piuttosto che trattarne altri di più difficile spiegazione e che porgono più possibilità di discussione per i discenti e quindi maggiori possibilità di mostrarsi impreparato. Ecco il così detto "innamoramento" del docente, quella sensazione che l'esposizione di un concetto, appena conclusa, sia in realtà la migliore esposizione che mai potesse fare.

Il docente vittima "dell'innamoramento", invece di rispettare i tempi programmati, torna ancora sul concetto, ci ricama, aggiunge, cerca di semplificare ma, in realtà, percorrere una strada alternativa, più appagante per se stesso ma allo stesso tempo contorta per coloro che ascoltano e vorrebbero capire.

Se è vero che la distanza minore tra punti è una retta, la migliore esposizione di un concetto è certamente quella più diretta e succinta.

Lasciare la strada giusta, ma difficile, per una più comoda ma che porta altrove, potrebbe rivelarsi un fallimento: ci si trova in un posto sbagliato e non sappiamo neppure dove siamo, quindi è ancora più difficoltoso apporre dei correttivi efficaci per riportarci sull'obiettivo prefissato.

Quanto tempo dura

Quarta considerazione: il tempo che abbiamo a disposizione per trattare quel determinato argomento.

Manca ancora mezz'ora alla fine della lezione, il dubbio è: sarà meglio annoiare continuando a trattare un concetto già ampiamente assimilato oppure trattare argomenti non compresi nel programma?

Nella griglia organizzativa della lezione, ogni messaggio deve collocato in un determinato intervallo temporale. Lo studio che dobbiamo condurre a priori, e che nella fase sperimentale deve prevedere verifica, controllo e revisione critica, serve proprio per prevedere un tempo adeguato ad ogni messaggio. La ridondanza può in alcuni casi sortire l'effetto contrario, ingarbugliare le idee e ottenere un esito negativo.

Le prime volte che il docente affronta un argomento va incontro a due possibili errori "a 180°": tempo insufficiente oppure tempo ridondante. In relazione a questo rischi occorre, specialmente le prime volte testare la lezione orologio alla mano.

È infatti noioso dover interrompere la lezione prima dell'orario previsto oppure contratta-



re alcuni argomenti già magari elencati nell'introduzione.

Riassumendo, possiamo dire che solo un'attenta e precisa programmazione può mettere al riparo da errori didattici e che, comunque, è la sperimentazione dell'intero pacchetto che dà la garanzia finale di qualità.

Ma quali sono i motivi per i quali il soggetto discente adulto accetta il patto didattico?

Possiamo essere certi solo di alcuni fattori che facilitano fortemente l'apprendimento nell'adulto: la mente dell'uomo è ancora in parte ignota.

Mentre nel bambino e nell'adolescente il gioco rappresenta il vero motore dell'imparare, con il passare dell'età l'uomo è sempre di più motivato da interessi personali. Anche se in tutti noi è geneticamente presente una curiosità primordiale, la tendenza a scoprire ciò che è novità, l'attrazione per ciò che non si riesce a comprendere, la partenza per l'ignoto, prevalgono, molto spesso altri stimoli quali, ad esempio, l'eventuale vantaggio che si potrà trarre dall'aumentato sapere nella propria professione, in rapporto con altre persone che invece ignorano ecc...

Opportunismo ed egoismo non sono assolutamente caratteristiche fondamentali del discente tipo ma sono comunque presenti anche se magari in maniera, ridotta e inconscia.

La disponibilità a cambiare il proprio modo di operare, agire, comportarsi, aumenta con-



siderevolmente la motivazione del discente adulto che spesso è caratterizzato da notevole senso di autocritica ed è pervaso dalla volontà di misurarsi, vedere se è in grado di superare un processo formativo molte volte ritualizzando il tutto nell'esame di verifica finale.

Affiora sovente un'ombra di masochismo, nel sottoporsi volontariamente ad un' "angheria" evocando dal profondo della psiche momenti storici della propria esistenza come l'esame di maturità.

L'uomo d'altronde ha in sé questo istinto ancora bestiale del mostrarsi e dello sfidare i pari suoi. Questo comportamento è assai più evidente se si osserva il rapporto che i discenti hanno con chi si trova nella posizione che convenzionalmente è definita a loro simmetricamente opposta: il docente.

Vista dall'interno, con gli occhi di chi ne fa parte, la platea è una "massa informe" ove l'individuo perde la sua

connotazione tipica. L'animale sociale uomo è anche individualista e tende comunque ad esporsi per farsi notare. Il momento più opportuno durante una lezione è quello che viene usualmente e giustamente destinato ad eventuali domande. Perché si chiede se ci sono domande?

E soprattutto: perché si fanno le domande?

La risposta che può sembrare anche evidente con le domande si stabilisce una connessione quasi "fisica", senz'altro diretta, tra il docente e i discenti; per il docente è un momento di verifica del suo operato in quanto di fronte ad un'assemblea muta ci chiediamo se è tutto chiaro o se non siamo nemmeno riusciti a dare gli elementi minimi indispensabili per la formulazione di un quesito.

Direi che per il docente le domande sono l'opportunità di protrarre la lezione in maniera interattiva giocando sui ruoli e verificando non

tanto l'esito dell'intervento formativo quanto la predisposizione dei discenti e il loro grado di coinvolgimento cioè il saggio della solidità del patto didattico.

Perché i discenti fanno domande? In verità, il discente, molto spesso, fa domande anche e soprattutto quando conosce già la risposta o la intuisce. Egli approfitta del momento più opportuno, tutti lo stanno ascoltando ma soprattutto colui che fino a quel momento ha rivendicato il ruolo di maestro, professore, "carnefice", colui che "ha avuto l'arroganza" di voler raccontare qualcosa di nuovo, e quindi ha dato prioritariamente di ignorante a tutti.

Cosa si può desiderare di più se non il momento della rivincita? Il discente cerca di portare nel proprio campo di competenza chi fino a quel momento ha condotto il gioco.

Il docente preparato conosce queste dinamiche e quindi apporta immediatamente i dovuti cor-

rettivi all'azione:

loda il discente, comunque e sempre, per aver fatto la domanda.

Sfrutta la domanda per riagganciare il discorso iniziale e approfondisce, se necessario un concetto effettivamente rimasto non capito e rafforza il proprio ruolo rafforzando in realtà il patto didattico e quindi aumentando le possibilità di raggiungere l'obiettivo; evita di banalizzare anche le domande più ovvie e cerca di capire, anche dal comportamento di coloro che tacciono se esistono nella "massa" gruppi omogenei o che comunque riconoscono un leader comune.

L'individuare, prima possibile, eventuali elementi leader permette al docente di instaurare un rapporto preferenziale, ma mai compiacente, con determinati elementi che sono considerati dagli altri in maniera particolare e fungono da "capo branco". Ottenere il consenso di tali elementi leader può essere determinante per vincere la riluttanza ad apprendere degli altri.

Attenzione particolare deve essere posta con coloro che hanno un carattere particolarmente espansivo o che comunque tendono ad esporsi, magari solo per farsi conoscere, per la voglia o l'entusiasmo che gli animano, con domande apparenti e una spropositata e a volte non appropriata aneddotica.

Il docente deve evitare di "farsi portare a passeggio" dal discente e con educazione, rispetto ma fermezza deve stoppare eventuali situazioni a rischi di degenerazione.

Del resto il rispetto dei

tempi è sempre una buonissima giustificazione da addurre generalmente accettata e condivisa dalla platea che attende con impazienza la pausa.

Le pause

Dello schema standard riguardante la curva dell'attenzione gli addetti ai lavori ne sono oramai da tempo esaurientemente informati: 30 minuti di tempo per esprimere un concetto o una serie di concetti. Introduzione, corpo della trattazione, conclusione: il tutto deve esaurirsi in un tempo limite, 30 minuti circa, al termine del quale l'attenzione di chi ascolta diminuisce in maniera vertiginosa.

Ecco quindi l'importanza di programmare le pause. Due sono i tipi di pausa che è possibile inserire nella scaletta della lezione: la prima sarebbe più opportuno chiamarla sospensione. Durante la sospensione i discenti rimangono seduti, il docente chiede se ci sono brevi domande mirate a comprendere qualche concetto che impedisce ai discenti di continuare a seguire il discorso.

È il momento opportuno per allentare drasticamente l'eventuale tensione che si è venuta a creare, il docente assume una posizione del corpo "aperta", pronta a ricevere segnali dalla platea, si avvicina a coloro che stanno ascoltando e magari scambia qualche veloce battuta, mai banale, (evitare commenti meteorologici), volta a distrarre le menti dei discenti che tra brevissimo, nuovamente, dovranno concentrarsi sugli argomenti per ricevere



ancora messaggi.

La pausa propriamente detta è invece una interruzione vera e propria che non ha lo scopo soltanto di rilassare la mente ma anche il corpo dei discenti (e del docente).

Durante la pausa, che non è mai inferiore ai 30 minuti, i discenti si alzano e, se ciò non implica lunghi spostamenti, si dirigono presso un punto di ristoro per un caffè o altre necessità. Si spostano fisicamente dal luogo della lezione e passeggiano.

Ciò fisiologicamente concorre moltissimo ad azzerare quella tensione anche fisica, muscolare generata dalla posizione. Durante le pause il docente deve ricordare che è comunque osservato da tutti gli altri e quindi non può permettersi atteggiamenti o lanciarsi in commenti che potrebbero diminuire l'efficienza della propria azione formativa. È molto facile che durante la pausa il docente sia avvicinato da alcuni discenti che gli

sottopongono quesiti: è corretto rispondere brevemente e allo stesso tempo chiedere di ripresentare la domanda al momento del rientro in aula.

Tale tecnica ha il duplice scopo di non stabilire un particolare rapporto preferenziale con uno dei discenti, fatto che potrebbe generare dinamiche di gruppo negative, e allo stesso tempo sfruttare la domanda di una persona per chiarire un concetto per tutti, anche per coloro che non hanno coscienza di non aver capito.

Il docente sfrutta la pausa per approfondire le proprie osservazioni sulla platea osservando sempre i comportamenti, in questo momento di libertà senz'altro più spontanei e realmente rivelatori dello stato d'animo.

Ecco alcuni comportamenti da evitare durante le pause:

- gruppi di docenti o istruttori separati dal gruppo dei discenti:

possono rilevare insicurezza, bisogno di scambiarsi informazioni riservate e/o giudizi ancora precoci; il breafing si effettua nell'apposito spazio al termine del singolo momento formativo e non a metà mattina quando c'è la possibilità che qualcuno esterno possa sentire. I gruppi possono generare inutili e non proficue barriere psicologiche tra due ruoli che devono necessariamente entrare bene in sintonia per portare a termine in maniera efficace il progetto formativo;

- docente al centro e un gruppo di discenti intorno (il cerchio evoca comportamenti atavici e tribali quando intorno al fuoco si tramandavano a voce le esperienze); il docente si trova nella posizione del "narratore", rischia di raccontare i tipici "episodi di vita vissuta" ed è portato a affermare il

proprio ruolo e funzione solo attraverso la propria esperienza rischiando di esagerare e confondere "ciò che si può raccontare" con ciò cui è chiamato ad insegnare. In molti casi sono i discenti a indurre in tentazione il docente che deve prontamente reagire rifiutando questo ruolo ed evitando anche altri eventuali comportamenti adulatori. L'affermazione del docente dovrà avvenire, in maniera completa, solamente al termine del percorso formativo in virtù della qualità del proprio operato.

È del resto perfettamente giustificato che il gruppo degli istruttori trovi dei momenti, che per i percorsi didattici più lunghi si possono configurare nelle pause pranzo e nelle cene serali, in cui la loro esclusiva presenza permetta un tranquillo scambio di idee e opinioni anche su argomenti specifici del corso.

L'efficacia nell'insegnare non dipende soltanto dalla preparazione tecnica del docente; essa è il frutto di una complessa interazione tra competenza, disponibilità, spirito di osservazione, capacità comunicativa.

Del resto che cosa è l'insegnare se non trasmettere l'esperienza, meglio se questo risulta efficace, rispondente alle necessità e... gradevole ai discenti! ▲

Ing. Pil. Augusto
Alessio Fonti
Direttore Vicedirigente
del CNVVF



Conosciamo l'uso dei guanti?

In principio era la beata ignoranza... Tutti i soccorsi erano svolti a mani nude; se ci si sporcava le mani si doveva attendere l'arrivo in pronto soccorso per potersene lavare. Nel frattempo, almeno l'autista, se le era pulite alla meno peggio con mezzi di fortuna: non perché fosse particolarmente attento a "certi" dettagli ma solo perché veniva ridotta la presa sul volante! Vedere le foto degli interventi effettuati negli anni '70, primi '80, fa rabbrivire, almeno per quello che riguarda la protezione del personale. Quasi

nessuno era seriamente preoccupato della cosa e l'impiego di guanti monouso sembrava una precauzione eccessiva al di fuori della sala operatoria. Le operazioni di sanificazione erano quanto meno approssimative, con l'uso di materiali non idonei e con procedure inesistenti.

Nei primi anni '80 si presenta all'attenzione dei soccorritori, e non solo, una malattia virale di origine sconosciuta, che si trasmette per contatto di fluidi corporei, sangue in primo luogo, per la quale non esiste cura e che presenta esiti infausti in alta percentuale di malati. Se negli Stati Uniti, paese in cui vi sono state le prime avvi-

saglie di tale patologia, la diffusione era maggiore tra gli omosessuali, in Italia si trovava una maggiore diffusione tra i tossicodipendenti.

Le possibilità di soccorrere tossicodipendenti erano elevate e, con questo spauracchio in vista, si incominciò a ragionare su quale protezione utilizzare.

Nell'epoca in cui il monouso praticamente non esisteva (se non per siringhe e pochi altri accessori) i guanti monouso furono, giustamente, la prima opzione per fronteggiare il problema. In assenza di indicazioni precise (non dimentichiamo che internet non esisteva e la condivisione delle

Leonardo Ferrazzi

informazioni era spesso difficile) si videro le soluzioni più disparate: dai guanti in lattice ai guanti in polietilene. Di certo erano accessori poco amati perché riducevano in qualche modo la manualità degli operatori; il costo era proporzionalmente elevato e quindi il loro impiego veniva attentamente valutato.

Poco alla volta al lattice si affiancò il vinile, più economico ma non sempre altrettanto flessibile nell'impiego. Rimaneva comunque un mercato non normato da standard di riferimento e quindi si potevano

trovare prodotti assolutamente non all'altezza delle necessità. I primi guanti in nitrile, soprattutto rivolti all'impiego dentistico, si videro in circolazione nei primi anni '90 a prezzi esorbitanti.

Grandi vantaggi del nitrile erano un buon confort, una bassa adesione dei cerotti, la rapida propagazione di microlesioni che divenivano immediatamente visibili.

Più recenti sono i guanti in polimeri che abbinano alcuni vantaggi del nitrile con una riduzione di costi. Tanto i guanti in nitrile che in polimero sono disponibili in diversi colori che potrebbero indicarne un uso specifico in base a specifici protocolli d'impiego. Il lattice viene sempre meno impiegato a causa del grande sviluppo delle allergie da lattice che negli ultimi anni si è verificato.

I riferimenti normativi

In quest'ultimo ventennio (o poco più) vengono emessi due importanti riferimenti normativi: la direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici e il D. Lgs. 626/94 sulla sicurezza dei lavoratori. Collegate alle disposizioni citate si trovano numerose norme armonizzate che coprono anche le caratteristiche prestazionali dei guanti monouso (che sino ad allora non avevano riferimenti). In un primo tempo, per problemi di integrazione delle norme, era quasi impossibile avere un guanto che potesse essere contemporaneamente classificato come DPI (Dispositivo di Protezione Individuale, secondo il D.Lgs. 626/94 aggiornato col D.Lgs. 81/08) e dispositivo medico (quindi essere idoneo al contatto con pazienti, secondo la direttiva 93/42/CEE, aggiornata dalla direttiva 2007/47/CE).

Non mi dilungherò nell'esame delle norme di riferimento (per i guanti come DPI è la EN 420) ma ricordo solo che è opportuno che sulla confezione dei guanti monouso per impiego sanitario, di qualsiasi materiale siano, compaiano i pittogrammi di DPI per la protezione da materiale biologico e la marcatura CE.

(immagine 1)

L'esempio mostrato si riferisce ad un guanto che è DPI di I categoria E dispositivo medico di III categoria.

Proprio perché è Dispositivo Medico di III categoria alla marcatura CE segue il numero dell'ente notificato che ha eseguito le procedure di verifica di conformità (è stato riportato un numero di assoluta fantasia).

L'impiego

Sembra banale ma è utile ricordare che un corretto impiego dei guanti permette di trarre il massimo beneficio della loro protezione.

I guanti devono essere utilizzati quando è necessario: il buonsenso deve guidare l'operatore nelle diverse casistiche. Non ha molto senso utilizzare i guanti per accompagnare un paziente autosufficiente ad una visita oculistica... Inoltre può essere imbarazzante per il paziente!

La principale indicazione circa il loro impiego deriva dalle indicazioni del CDC di Atlanta che ha elaborato le linee guida per le "Precauzioni Standard".¹⁻² In breve è SEMPRE necessario utilizzare i guanti (ma al bisogno anche altri strumenti di protezione) in presenza di materiale biologico (sangue, urina, feci, vomito, ecc.). Un ulteriore documento del CDC³ ne delinea meglio l'impiego e mette a fuoco alcuni usi non corretti nonché le corrette procedure di rimozione.



Dispositivo Medico in Classe I ai sensi
D. Lgs. 37/2010 in attuazione Direttiva 2007/47/CE

12345 - D.P.I. di III Cat. ai sensi del D.Lgs. 475/92
in attuazione della Direttiva 89/686/CEE

Immagine 1

Riferimenti normativi per i guanti

Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

I guanti sono classificati come Dispositivi di Protezione Individuale. In relazione al tipo di protezione richiesta dal loro impiego, vengono definite differenti categorie di rischio. Tali categorie sono disciplinate, in particolare, dalle seguenti norme armonizzate:

- EN 420 Requisiti generali per i guanti di protezione
- EN 388 Protezione da rischi di natura meccanica
- EN 374 Protezione da sostanze chimiche e microorganismi

EN 420: 2003: Protezione da rischi minori

La norma disciplina i requisiti generali dei guanti di protezione, in particolare con riferimento alla forma e misure (design e fabbricazione), innocuità, destrezza, efficienza, marcatura (del prodotto e/o della confezione) e informazione all'utilizzatore. I principali criteri di valutazione, al di fuori di prodotti progettati per specifiche applicazioni, hanno lo scopo di definire il guanto in quanto dispositivo di protezione e in quanto prodotto idoneo ad utilizzi semplici, in situazioni di rischio minimo.

EN 374: 2003: Protezione da sostanze chimiche e microorganismi

La norma armonizzata EN 374 disciplina il grado di protezione del guanto (verso l'utilizzatore) dalle sostanze chimiche e/o microorganismi. Si articola attraverso la definizione di penetrazione, intesa quale passaggio di una sostanza chimica o di un microorganismo attraverso la porosità dei materiali, e la permeazione, intesa quale tempo impiegato dal liquido pericoloso per venire a contatto con la pelle. La norma è suddivisa in 3 parti distinte che si riferiscono ai diversi requisiti:

- EN 374-1:2003 definizioni generali e livelli di prestazione.
- EN 374-2:2003 resistenza alla penetrazione (dal 1 a 3).
- EN 374-3:2003 resistenza alla permeazione (da 1 a 6).

EN 374-2- Penetrazione e livello di AQL (Livello di Qualità Attesa)

Un guanto sottoposto a prove di tenuta all'aria e all'acqua, non deve presentare perdite e deve essere testato e controllato in conformità a campione con il Livello medio di qualità (AQL).

- Livello 3 < 0,65
- Livello 2 < 1,5
- Livello 1 < 4,0

È possibile apporre il pittogramma "Microorganismi" quando il guanto risulta conforme almeno alle specifiche di prestazione di livello 2 (AQL < 1,5) della prova di penetrazione. Il livello AQL (definito dalla norma ISO 2859) è un numero indicativo del livello e non rappresenta le percentuali di rigetto; su un lotto di 10000 pezzi ne vengono prelevati 200 come campione da sottoporre a prova e non più di 7 vengono scartati per non superamento del test.

EN 374-3- Permeazione:

La resistenza ai prodotti chimici viene indicata da due pittogrammi:

- "Bassa resistenza a prodotti chimici o Impermeabilità" che viene

applicato nel caso il guanto ottenga un tempo di permeazione inferiore ai 30 min su tre delle sostanze chimiche della lista definita dalla norma (12 sostanze), ma che è risultato conforme alla prova di Penetrazione.

- "Resistenza a prodotti chimici" che viene applicato nel caso il guanto ottenga un tempo di permeazione superiore ai 30 min ad almeno tre delle sostanze chimiche della lista definita dalla norma e che è risultato conforme alla prova di Penetrazione. Il pittogramma "Resistenza ai prodotti chimici" deve essere seguito da un codice di almeno tre caratteri. I caratteri, espressi con una lettera, che si riferiscono ai codici delle sostanze chimiche testate ed approvate per un tempo superiore ai 30 min.

Direttiva 93/42/CEE – DISPOSITIVI MEDICI

La direttiva 93/42/CEE inerente i dispositivi medici si prefigge lo scopo di disciplinare la produzione e l'immissione sul mercato dei dispositivi medici. Il guanto monouso può avere funzioni di dispositivo medico in funzione del suo utilizzo a contatto con il corpo umano e/o per scopi diagnostici o terapeutici. Il guanto monouso non sterile (per il tipo di utilizzi cui è preposto) è classificato come dispositivo medico di classe I.

Per tutti i dispositivi medici quali i guanti la norma armonizzata di riferimento è la EN 455 che individua ed impone livelli di prestazione minima per quanto concerne le caratteristiche dimensionali e qualitative (spessori, assenza di difetti, resistenza del materiale) del prodotto e che impone debba essere garantito un AQL < 1,5. È altresì essenziale che il prodotto abbia acquisito e riporti la marcatura CE e che esso sia iscritto presso il registro dei dispositivi presso il Ministero della Salute.

Cosa richiedere

Alla luce di quanto esposto è opportuno che i guanti in uso siano classificati come **DPI e Dispositivi medici**; se il prodotto garantisce anche una resistenza ai prodotti chimici (uso di disinfettanti) può essere un fattore preferenziale.

Devono allora essere presenti sulla confezione:

- Marcatura CE;
- Pittogramma "Microorganismi";
- Indicazione livello prestazionale del DPI (III Categoria e numero che attesta l'ente notificato che ha rilasciato l'attestazione di conformità);
- Indicazione Dispositivo medico di I Categoria e numero di registrazione al Ministero della Salute
- Lotto di produzione;
- Data di produzione;
- Data di scadenza.

EN 374-3:2003



*Pittogramma
"Bassa resistenza
a prodotti chimici –
Impermeabilità"*

EN 374-3:2003



*Pittogramma
"Resistenza a
prodotti chimici"
(non sono riportati
i caratteri di
riferimento)*

EN 374-2:2003



*Pittogramma
"Microorganismi"
con indicazione della
norma di riferimento*

Uso non corretto

L'uso dei guanti è diventato tanto comune che se ne è spesso svalutata la peculiarità d'impiego. Prendiamo il caso di un servizio in ambulanza: indossati i guanti, si tratta il paziente secondo le dovute procedure e, con gli stessi guanti, si carica la barella, si chiudono le porte, si "smanetta" con le diverse attrezzature sanitarie di bordo ed il pannello di comando servizi, si usa la penna per scrivere il rapporto di intervento, si aprono le porte... e poi ci si toglie i guanti in ospedale (nella speranza che l'autista li abbia rimossi per guidare!). Così facendo abbiamo contaminato tutto ciò che abbiamo toccato ("touch contamination" secondo il rif. 3); il problema è che le parti toccate non vengono sistematicamente de-contaminate a termine servizio! Pensate solo alla penna o alle maniglie delle portiere... Con questa consuetudine proteggiamo sì le mani ma "sporchiamo" tutto il resto. Quando, da volontario anziano, mi occupavo di inquadrare i nuovi volontari dicevo loro: "pensate di avere le mani sporche di vernice, ovunque toccate lasciate un'impronta che DEVE essere ripulita". Può sembrare una affermazione semplicistica ma penso renda bene il concetto. Per ovviare a tale problema è necessario cambiarsi/rimuovere i guanti ad ogni passaggio paziente/oggetti ovvero procedere successivamente alla dovuta sanificazione. Poiché in alcuni momenti potrebbe rilevarsi complicato rimettersi i guanti "al volo" potrebbe essere utile (a meno che non si debbano svolgere mansioni che richiedono una elevata sensibilità) indossare DUE paia di guanti; in questo modo quello interno rimane pulito. Questa procedura diviene essenziale qualora sia necessario occuparsi di più pazienti a tempo (eventi con più feriti) e permette di raggiungere un ragionevole livello di protezione per sé stessi e per i pazienti.



Alla rimozione dei guanti deve sempre seguire un accurato lavaggio delle mani e dei polsi secondo le procedure standard⁴, evitando anche in questo caso di contaminare le superfici (rubinetto) per poi toccarle con le mani pulite. Un minimo di attenzione nell'applicare la giusta procedura può risolvere il problema e, se appresa e fatta propria, diventa poi il normale modo di operare.

Ultime sfide

L'uso della classica documentazione di servizio cartacea presenta le criticità in precedenza delineate ma, forse per la bassa tecnologia ad essa correlata, non è quasi mai stata oggetto di grande attenzione. Negli ultimissimi anni si sono sempre di più diffusi dispositivi touch screen portatili (smartphone o tablet) da utilizzarsi in servizio al posto della classica documentazione cartacea. Ci sono indubbi vantaggi in termini di rapidità di

condivisione delle informazioni e leggibilità delle stesse ma si evidenziano chiaramente i **problemi di contaminazione da contatto** prima descritti. Per questi dispositivi le procedure di sanificazione presentano evidenti criticità e si rende perciò necessario un approccio molto rigoroso, considerato che alcuni agenti patogeni possono avere una persistenza per tempi molto lunghi.

Posso solo auspicare che vi sia una **rapida** presa di coscienza del problema e che vengano quanto prima individuate le corrette procedure condivise di gestione della sanificazione di tali dispositivi.

Riferimenti Bibliografici

1. "Compendio delle principali misure per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all'assistenza", Azienda sanitaria e sociale regionale, Regione Emilia Romagna, a cura di Carla Zotti e Maria Luisa

Moro, gennaio 2010;

2. "2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings" Jane D. Siegel, MD; Emily Rhinehart, RN MPH CIC; Marguerite Jackson, PhD; Linda Charello, RN MS; the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, CDC Atlanta
3. CDC Training Document: "Guidance for the Selection and Use of Personal Protective Equipment in Healthcare Settings", CDC Atlanta
4. "Guideline for Hand Hygiene in Health-Care Settings" Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force, CDC Atlanta

Leonardo Ferrazzi
Co-direttore N&A



Pieve di Cadore nuovo elicottero e progetto di base HEMS

Via libera dalla Regione al modello di eliambulanza per l'alta quota. Piace a tutti il progetto della pista di Pieve di Cadore

Troppa grazia..., commenta Francesco Dal Mas sul Corriere delle Alpi nell'articolo del 21 maggio, alla doppia notizia: che Pieve di Cadore avrà un nuovo elicottero, capace di volare anche a 3 mila metri senza le difficoltà del mezzo attuale, e che sta com-

piendo il suo iter procedurale il progetto di massima per la realizzazione di una base Hems, attrezzata anche per il volo notturno.

Il progetto della nuova base

Il direttore dell'Usl 1, Pietro Paolo Faronato, appena ricevuti gli elaborati sulla scrivania aveva convocato a Pieve i sindaci ed i consiglieri regionali per presentare in anteprima il progetto della nuova base.

Numerose le novità:

- la pista in costruzione consentirà decollo ed atterraggio dell'elicottero anche di notte;
- il paziente in arrivo non avrà bisogno di essere trasportato in ambulanza al pronto soccorso ma verrà portato direttamente nella struttura usufruendo di un tunnel coperto;
- la pista potrà ospitare contemporaneamente due velivoli, perché l'hangar

del parcheggio è allo stesso piano della base.

Sotto la pista saranno ricavati 90 posti macchina, risolvendo un problema cronico del parcheggio nei pressi dell'ospedale di Pieve. Altra novità: sopra l'hangar verranno costruiti i locali per il soggiorno del personale.

Il progetto è stato attualmente presentato in Commissione Regionale, ed attende il giudizio di fattibilità da parte di ENAC.

Roberto Branzanti

Airbus Helicopters H145, la nuova eliambulanza

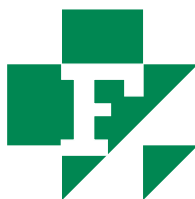
“L'esigenza si era più volte manifestata, in particolare per i soccorsi a quote elevate nel periodo estivo, con l'impossibilità di operare al meglio con l'equipaggio al completo e la necessaria attrezzatura», conferma, infatti, Matteo Toscani, che si è preso a cuore il rilancio dell'elisoc-

corso, insieme ai sindacati, da Antonia Ciotti ad Alessandra Buzzo, e ai loro colleghi. "La possibilità di avere un modello più potente ed efficiente di elicottero migliorerà significativamente il servizio nel recupero e trasporto di feriti in ambiente ostile". Più grande, più leggero, spazioso e potente del suo predecessore (sensibile l'incremento delle prestazioni soprattutto in quota) ed è in regola con le nuove norme Easa (Agenzia europea per la sicurezza aerea) relative agli aeromobili Hems (Helicopter emergency medical service). Ovviamente è anche più caro in termini di costi di esercizio, con il conto annuale che aumenterà di circa 330 mila euro.

L'eccellenza, del resto, si paga. Rispetto all'inaugurazione del 10 agosto, il nuovo elicottero in dotazione al Suem 118 ha cominciato a solcare i cieli bellunesi dal 10 agosto, data dell'inaugurazione.

Un investimento tecnologico

L'EC145T2, o seguendo la nuova dicitura tecnica l'H145, è l'ultimo prodotto dalla franco-tedesca Airbus Helicopters. È in dotazione, da inizio primavera, anche alle basi dell'elisoccorso di Bolzano e Bressanone, Caltanissetta e Messina ed un sesto aeromobile in prova all'elisoccorso di Brescia. Il nuovo H145 (marche I-SUEM) è stato fornito alla Regione Veneto da Inaer Aviation Italiana



FAZZINI

Your Health is Our Aim

www.fazzinishop.it

Fazzini srl - S.S. Padana Superiore, 317-20090 - Vimodrone-Milano-ITALY
Tel 022651521- Fax 0227409242 - info@fazzini.it - www.fazzini.it

09.89098 / ZAINO MODULARE



Zaino modulare con 4 borsette interne amovibili colorate e strisce in velcro interne per fissare al meglio le borsette



ELISOCCORSO



è distribuito da AER-SUD Elicotteri. Un gioiello che ha di listino sfiora gli 8 milioni di euro, allestimento per il soccorso già incluso nel prezzo.

L'elicottero studiato per il soccorso in montagna

Il Dott. Giovanni Cipolotti: *illustra che questa macchina è stata studiata specificamente per il soccorso in montagna.*

A fronte di un ingombro esterno maggiore di circa 70 centimetri dell'elicottero precedentemente in servizio, presenta una dimensione interna di mc. 6.04 rispetto ai mc. 3.90 del precedente Falco.

Sul piano della sicurezza il rotore è completamente integrato nella trave di coda, con sensibile riduzione

dei rischi in fase di atterraggio in presenza di terreni scoscesi. La cabina è decisamente più spaziosa, in

caso di emergenza può ospitare anche una seconda barella, e il vericello è stato sensibilmente migliorato.

È lungo 90 metri contro i 75 del predecessore, opera a una velocità quasi doppia rispetto al passato, sia in recupero sia in estensione, e può imbarcare sia lateralmente (caratteristica fondamentale per un aeromobile concepito per i recuperi in montagna) sia posteriormente, grazie al portellone posteriore.

Un elicottero più sicuro perché in grado di operare senza particolari limitazioni nei soccorsi in alta quota e nel periodo estivo, quando il caldo e la rarefazione dell'aria possono condizionare l'operatività dell'elicottero.

All'inaugurazione del



nuovo mezzo tenutasi lunedì 10 agosto sulla base Hems dell'ospedale del Cadore c'erano proprio tutti, dalle istituzioni capitanate dal governatore Luca Zaia ai vertici della sanità provinciale, senza dimenticare i tantissimi operatori del territorio impegnati in prima linea per la tutela delle persone che hanno scelto la difficoltosa vita in altura.

A presentare il nuovo velivolo è stato il Direttore Generale della Usl 1 Belluno Pietro Paolo Faronato che nel suo breve intervento ha voluto, in un momento di particolare commozione, ricordare le quattro vittime di Falco nel 2009 a Rio Gere: «Mi piace pensare agli amici Fabrizio, Marco, Dario e Stefano seduti qui insieme a noi».

Lo stesso Faronato ha poi rivolto un pensiero anche allo storico fondatore e primario del servizio Suem 118, Angelo Costola deceduto pochi mesi fa "il cui impegno rimane una pietra miliare della sanità di montagna". La presentazione tecnica del mezzo è toc-

cata al responsabile del Suem 118 Giovanni Cipolotti, che ha rimarcato alcuni dati legati alla sicurezza del nuovo mezzo in dotazione, soprattutto per le persone impegnate a bordo: "L'H145 vanta un'apertura delle porte molto superiore al precedente mezzo, questo ci permetterà di far entrare nell'abitacolo le persone soccorse direttamente a bordo della barella.

L'accesso facilitato rappresenta un elemento molto importante nei momenti chiave di un intervento".

Cipolotti ha poi rimarcato l'importanza del gioco di squadra e dei progetti che vedono tecnici e medici impegnati l'uno di fianco all'altro per il bene della comunità.

Ringraziamenti

Giovanni Cipolotti, Direttore 118 ed Elisoccorso di Pieve di Cadore. La Redazione del Corriere delle Alpi – Belluno con i giornalisti Francesco Dal Mas, Marco Ceci e Gianluca De Rosa

Roberto Branzanti
Co-direttore N&A



New Falco 202 EVO
Ventilatore Polmonare
a Turbina

*Tutta la tecnologia di Siare
in un unico ventilatore*

New Sirio S2/T Spiro



*Ventilazione semplice,
tecnologia avanzata*

siare
ENGINEERING
INTERNATIONAL GROUP s.r.l.





Checklist per la Rianimazione di Vittime di Valanga

Mario Milani

In un evento valanghivo, sia immediatamente che successivamente, vi sono momenti concitati e di confusione che rendono difficile una valutazione dell'evento e di cosa fare sull'immediato: coinvolgimento emotivo, reale difficoltà a interpretare la situazione, la situazione ambientale stessa fanno sì che i minuti passino senza una reazione coordinata e efficace e solamente l'addestramento all'uso di ARTVA pala e sonda, permettendo un

modo di operare quasi "in automatico" possono ovviare a questa situazione. Sia si tratti poi di autosoccorso che di soccorso organizzato, le informazioni specifiche fondamentali per le decisioni mediche possono essere ottenute **solo durante** il disseppellimento e la prima valutazione di una vittima di valanga.

Comunemente queste informazioni sono raccolte da soccorritori non addestrati dal punto di vista sanitario, senza un'educazione sanitaria ma queste informazioni hanno conseguenze dirette sul trattamento preospedaliero e intrao-

spedaliero dei pazienti.

È di estrema importanza, quindi, documentare questi parametri in una forma condivisa, standardizzata e comunicarli correttamente lungo tutte le fasi dell'operazione di soccorso e la successiva gestione intraospedaliera.

Un'analisi retrospettiva del trattamento delle vittime sepolte in valanga ha mostrato che non sempre il triage e l'algoritmo di gestione sono seguiti correttamente.

Un numero considerevole di pazienti in arresto cardiaco, senza segni evidenti di trauma fatale, con durata del sep-

pellimento >35 min e vie aeree pervie (o stato non conosciuto) non sono stati rianimati, no (RCP) o sono stati dichiarati morti sebbene le probabilità di sopravvivenza e la prognosi in questi pazienti ipotermici sia considerata favorevole. Contrariamente pazienti con i medesimi parametri ma con vie aeree ostruite sono stati avviati a ECLS (extracorporeal life support), sebbene in questi casi i pazienti siano già morti e non vengano indicati interventi rianimatori.

Concetti

Come detto, ci sono molti fattori che rendono gli incidenti da valanga particolarmente impegnativi per i soccorritori, es. condizioni ambientali avverse, il fattore tempo e la pressione nel prendere le decisioni mediche e accettare le loro conseguenze. È, infatti, ben noto che le capacità decisionali e di giudizio possono essere limitate in tali circostanze.

In aviazione è usuale per i piloti gestire le situazioni critiche seguendo le procedure di emergenza in forma di checklist. Ogni punto della checklist è letto a voce alta, eseguito e confermato prima di passare al punto successivo. L'algoritmo del 2012 della ICAR MEDCOM (International Commission of Alpine Rescue, Medical Commission) è stato adattato, creando una checklist.

Abbiamo consultato le raccomandazioni esistenti per sviluppare una checklist medica. Lo scopo di questo progetto è di incrementare la rianimazione dei pazienti con una reale possibilità di sopravvivenza, ovvero i pazienti ipotermici

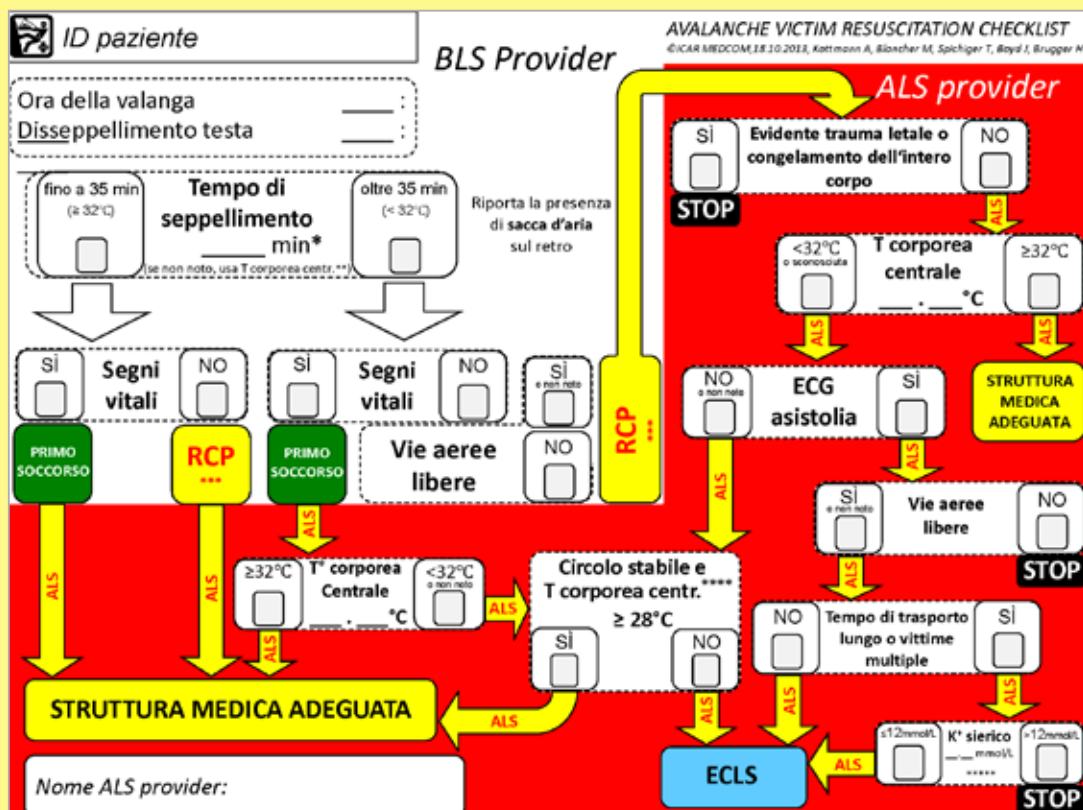
con pervietà delle vie aeree o stato non conosciuto.

Ugualmente vorremmo ottimizzare l'uso delle risorse e evitare la rianimazione dei pazienti senza possibilità di sopravvivenza. The **Avalanche Victim Resuscitation Checklist** è stata approvata il 18.10.2013 dalla ICAR MEDCOM.

La checklist dovrebbe rimanere con il paziente sino all'ingresso in ospedale e durante le fasi intraospedaliere per garantire la trasmissione delle informazioni.

La checklist, in materiale resistente all'acqua e agli strappi, può essere compilata utilizzando una penna, un pennarello a inchiostro permanente o una matita: **la scelta migliore rimane la matita** (umidità e basse temperature).

Cavità d'aria ☐ Sì, ___ x ___ x ___ (cm) ☐ No ☐ Dato non noto		CNSAS: Base: Telefono:
H La checklist deve accompagnare il paziente durante tutto il percorso terapeutico, sia pre- che intra-ospedaliero.		
CNSAS 118		Alla consegna del paziente al personale ospedaliero, fare una copia o fotografia digitale di questa checklist e conservarla assieme al rapporto di intervento.
Abbreviazioni: ID paziente = identità del paziente o n° identificativo RCP = rianimazione cardiopolmonare ALS = supporto vitale avanzato BLS = supporto vitale di base ECLS = supporto vitale extracorporeo CEC/ECMO (circolazione extracorporea/ ossigenazione extracorporea a membrana) T = temperatura		
* Tempo tra il seppellimento e l'accesso alla testa. **** Se la durata del seppellimento è ignota, la T°C core (temperatura centrale, esofagea o epitimpanica) può essere usata come criterio sostitutivo. *** RCP: può non essere iniziata se il rischio per i soccorritori è inaccettabile o si è in presenza di lesioni sicuramente letali incompatibili con la vita (decapitazione, maciullamento, corpo interamente congelato etc). **** Pazienti che presentano instabilità cardiaca o emodinamica (aritmie ventricolari, Part. <90mmHg) o una temperatura centrale <28°C dovrebbero essere trasportati in un ospedale con possibilità di ECLS. ***** Se la potassiemia (K ⁺) supera i 12 mmol/L ⁻¹ si consideri la sospensione dei tentativi di rianimazione (dopo avere escluso traumi da schiacciamento e l'uso di farmaci depolarizzanti); in un adulto con potassiemia di 8-12 mmol/L ⁻¹ e altri fattori che suggeriscano una bassa probabilità di sopravvivenza, si può considerare la cessazione dei tentativi di rianimazione.		
AVALANCHE VICTIM RESUSCITATION CHECKLIST © ICAR, MEDCOM, 18.10.2013, Kottmann A, Blomcher M, Spichiger T, Boyd J, Brugger H		



Una checklist è assegnata per ogni vittima di valanga appena la testa e la parte superiore del corpo sono disseppellite.

La checklist dovrebbe essere completata dai soccorritori step-by-step durante tutte le fasi dell'operazione di soccorso.

La sezione bianca può essere compilata dai soccorritori addestrati al BLS (Basic Life Support) es. soccorritori laici, unità cinofile, guide alpine, etc.

La sezione rossa può essere compilata dai soccorritori con competenze ALS (Advanced Life Support), es. medici, EMT, infermieri (in accordo con le leggi na-

Definizioni

BLS (Basic Life Support): supporto vitale di base - misure di base volte a salvare la vita che possono essere eseguite da personale laico con addestramento BLS e da soccorritori professionisti. Il BLS si attua con la RCP (rianimazione cardiopolmonare) che consiste nella apertura delle vie aeree e ventilazione e massaggio cardiaco esterno. Un BLS provider con addestramento aggiuntivo può usare anche un defibrillatore semi-automatico (DAE).

BLS Provider: persona con addestramento BLS.

ALS (Advanced Life Support): supporto vitale avanzato - misure in aggiunta al BLS che includono gestione avanzata delle vie aeree (es. intubazione) e somministrazione di farmaci. L'ALS è eseguita da sanitari con addestramento ALS (medici, infermieri o altro personale in accordo con le leggi regionali e/o nazionali).

ALS Provider: persona con addestramento ALS.

ID Paziente : identità del paziente o n° identificativo.

Tempo di seppellimento: tempo tra il seppellimento e il disseppellimento della testa.

Temperatura corporea centrale: temperatura esofagea o epitimpanica (la misurazione epitimpanica richiede (i) una sonda con termistore (non a infrarossi) e isolamento dell'orecchio dall'aria fredda ambientale e (ii) che il condotto uditivo esterno non sia ostruito).

Segni vitali: respirazione normale, tosse o movimenti (grandi o piccoli) del paziente; presenza di polso (solo per ALS provider).

Primo soccorso: misure di trattamento di base, es. stabilizzazione di testa-collo-colonna, posizione di sicurezza, controllo delle emorragie, immobilizzazione di una frattura, medicazione delle ferite con bendaggi, protezione dal freddo.

Pervietà delle vie aeree: qualsiasi via aerea che non sia completamente ostruita da neve compatta o detriti.

Cavità d'aria: uno spazio aereo di qualsiasi dimensione attorno alla bocca o al naso della vittima che potrebbe aver permesso alla vittima di respirare durante il seppellimento.

RCP: rianimazione cardiopolmonare che include compressioni toraciche e ventilazione.

Evidente trauma letale : i soli traumi che dovrebbero essere definiti come letali o incompatibili con la vita sono:

- decapitazione;
- transezione del tronco (Transezione completa del corpo inclusi gli organi interni e i grossi vasi sanguigni a ogni livello tra le spalle e le anche.

Fratture multiple e/o lesioni della faccia e del cranio **non** sono considerate incompatibili con la vita né controindicano la rianimazione.

Congelamento dell'intero corpo: tutto il corpo è congelato in toto o il torace è incomprimibile. Nota: un certo grado di rigidità, specialmente delle estremità, può essere un segno clinico di ipotermia di stadio IV.

Circolazione stabile: l'instabilità emodinamica è definita come aritmie ventricolari o pressione arteriosa sistolica <90mmHg.

Struttura medica adeguata: una struttura appropriata a trattare la più grave delle lesioni del paziente.

ECLS o Extracorporeal Life Support: supporto vitale extracorporeo termine generale che fa riferimento a diverse tecniche di circolazione extracorporea come il by-pass cardiopolmonare (CPB cardiopulmonary bypass) o ECMO (ossigenazione extracorporea a membrana).

zionali o regionali).

La checklist dovrebbe stare con il paziente come parte della documentazione del paziente. Si raccomanda di fare una copia di entrambe le facciate della scheda e tenerla con la copia della scheda missione dell'intervento. Questo permetterà all'ICAR MEDCOM di raccogliere e analizzare i dati in futuro.

Transizione da BLS provider a ALS provider

Il trattamento in questa fase dovrebbe essere conforme agli standard internazionali dell'Advanced Life Support (ALS) quali ACLS, ATLS, PHTLS.

Il trattamento corretto di una vittima da valanga richiede familiarità con le seguenti pubblicazioni:

- *Resuscitation of avalanche victims: Evidence-based guidelines of the international commission for mountain emergency medicine (ICAR MEDCOM) Intended for physicians and other advanced life support personnel*
- *Brugger et al, Resuscitation 2013;84(5):539-46*
- *Accidental hypothermia Brown et al, New Engl J Med 2012;367(20):1930-38*
- *Termination of Cardiopulmonary Resuscitation in Mountain Rescue Ellerton et al, High Altitude Medicine & Biology 2012;13(3):200-8.*

Ci sono varie ragioni perché un ALS provider possa non avere informazioni sufficienti per prendere decisioni importanti (es. terreno esposto, mancanza di strumenti di monitoraggio, ma anche confusione, concitazione). Se una informazione viene persa o manca, la checklist segue la via più favorevole per il paziente.

Esempio:

- se la T corporea centrale non è nota, il paziente è considerato ipotermico (<32°C);
- se non è disponibile un ECG, si presume che il paziente NON sia in asistolia.

Le misure di trattamento come la rianimazione dovrebbero essere mantenute in modo continuo, se possibile, mentre si valutano i passi successivi della checklist.

Esempi operativi:

- una valanga a lastroni è stata innescata e un gruppo di 5 sciatori è stato travolto (durante la salita);
 - dimensioni: max 1.5m (spessore), 50m (ampiezza), 200m (lunghezza);
- distacco tra le 12:35 e 12:45 secondo i testimoni.

Paziente n°1

Accesso alla testa alle ore 13:00.

- no lesioni traumatiche evidenti, colorito grigiastro del volto;
- no cavità d'aria;
- non reagisce agli stimoli (non apre gli occhi e non fa nessun suono o movimenti).

- A. neve in bocca (non compatibile);
- B. no movimenti visibili del torace;
- C. no polso palpabile (carotideo o radiale).

Azioni

1. **RCP:** ABC, compressioni esterne toraciche e ventilazioni (incl. ossigeno e defibrillazione);
2. **minimizzare la perdita di calore:** solo se questo non interferisce con la qualità della RCP;
3. **immobilizzazione spinale:** tutte le vittime di valanga possono avere un politrauma.



L'ipotermia non è la causa dell'arresto cardiaco nel paziente n°1: è stato sepolto per <35 min, non così a lungo perché la T corporea centrale scenda abbastanza. Il tasso di raffreddamento più veloce stimato in una vittima completamente sepolta in valanga è di 9°C/h.

Riflessioni

La causa dell'arresto cardiocircolatorio potrebbe essere l'asfissia o lesioni traumatiche non visibili. Dovrebbero essere utilizzate tecniche standard di BLS, sebbene sia possibile

per un ALS provider decidere di terminare la RCP in assenza di ritorno spontaneo della circolazione (ROSC) sulla scena, ma questo dovrebbe essere fatto in accordo con l'algoritmo di rianimazione per pazienti normotermici (non in pazienti ipotermici).

Paziente n°2

Prima valutazione alle 13:25.

- no lesioni traumatiche evidenti, volto pallido;
- non è stato possibile valutare la presenza di una sacca d'aria durante il disseppel-

limento;

- non reagisce agli stimoli (non apre gli occhi e non emette suoni).
- A. piccola quantità di neve in bocca, narici piene di neve;
- B. espansione toracica visibile (ca. 4x/min);
- C. no polso palpabile (carotideo o radiale).

Azioni

1. **Minimizzare la perdita di calore:** tecniche di riscaldamento minimamente invasive, attive esterne;
2. **Monitoraggio continuo:** il rischio che ci sia un peggioramento delle sue condizioni cliniche è alto (arresto cardiaco);
3. **Immobilizzazione spinale:** tutte le vittime di valanga possono avere un politrauma;
4. **Minimizzare i movimenti:** evitare il collasso "da soccorso", cioè l'arresto cardiaco indotto in un paziente con profonda ipotermia al disseppellimento o durante il trasporto.

Il paziente n°2 è potenzialmente ipotermico: è rimasto sepolto per >35min, ma potrebbe avere avuto una sacca d'aria e quindi aver potuto respirare (*Nota: se questo non è noto, trattare sempre in modo favorevole*) e le sue vie aeree erano almeno parzialmente pervie. La sua frequenza respiratoria al disseppellimento era 4x/min.

Riflessioni

A questo punto è necessario



misurare la T corporea centrale e valutare la stabilità circolatoria.

Se la temperatura centrale è $\geq 32^{\circ}\text{C}$ o $\geq 28^{\circ}\text{C}$ con stabilità circolatoria, dovrebbe essere trasportato in un ospedale adeguato a trattare la lesione più grave.

In tutti gli altri casi (inclusi quelli dove la T corporea centrale non è stata misurata) dovrebbe essere trasportato in un ospedale con possibilità di ECLS.

Paziente n°3

Prima valutazione alle 13:15, sangue sulla neve attorno alla testa del paziente.

- Ferita alla testa di 10cm, colorito grigiastro della cute, labbra blu;
- non è stato possibile valutare la presenza di una sacca d'aria durante il disseppellimento;
- non reagisce agli stimoli (non apre gli occhi e non emette suoni e nessun movimento).

- A. Piccole quantità di neve in bocca e nelle narici;
B. nessun movimento visibile del torace;
C. no polso palpabile (carotideo or radiale).

Durante il disseppellimento si è riscontrata una frattura esposta del femore.

Azioni

1. RCP
2. Fermare l'emorragia
3. Minimizzare la perdita di calore
4. Immobilizzazione spinale
5. Minimizzare i movimenti

Il Paziente n°3 è potenzialmente ipotermico: è rimasto sepolto 30-40min (*Nota: poiché la durata comprende la soglia dei 35min, si dovrebbe contrassegnare >35min*). Potrebbe aver avuto una sacca d'aria ed essere stato in grado di respirare e le sue vie aeree erano pervie.

Nota: la ferita al capo e la frattura esposta di femore **NON** sono considerate lesioni fatali. Gestione ALS.



6. Gestione avanzata delle vie aeree, valutare la T corporea centrale.

Se la T corporea centrale è $\geq 32^{\circ}\text{C}$ si dovrebbe continuare la rianimazione secondo le linee guida ACLS per i pazienti normotermici (non ipotermici). La sospensione della RCP sul posto dovrebbe essere considerata se non c'è un ritorno spontaneo della circolazione (ROSC).

Se la temperatura centrale è $< 32^{\circ}\text{C}$ o non è nota, la causa dell'arresto cardiaco potrebbe essere l'ipotermia e i successivi passi corretti sono mostrati nella checklist.

7. Valutare il ritmo cardiaco

Se il paziente NON è in asistolia, la T corporea centrale e la valutazione della stabilità circolatoria determineranno la struttura medica più appropriata.

Se il paziente è in asistolia e le vie aeree sono pervie, le risorse sul posto e il tempo di trasporto determineranno la struttura medica più appropriata.

Se le risorse sono limita-

te e il tempo di trasporto a un centro con ECLS è lungo, si dovrebbe considerare uno stop intermedio per misurare il K^+ ; questo può essere usato come criterio per decidere se continuare la rianimazione e se sia appropriato il trasporto ad un centro con ECLS.

Il potassio serico (K^+) si è dimostrato predittivo di sopravvivenza nelle vittime ipotermiche in arresto cardiaco in una review sistematica dei fattori prognostici nella rianimazione di vittime di valanghe. Il valore più alto all'ammissione di K^+ con ROSC è stato 8 mmol/l, il più alto di K^+ con sopravvivenza è stato 6.4 mmol/l.

Nell'ipotermia accidentale di qualsiasi causa, il più alto valore all'ingresso di K^+ di un sopravvissuto è stato di 11.8 mmol/l in un bambino di 31 mesi esposto a condizioni ambientali di freddo estremo.

A questo stadio, il K^+ può essere utilizzato nella scelta decisionale se in un pazien-

te ipotermico in arresto cardiaco si debba ancora continuare la rianimazione o debba essere trasportato in un centro con ECLS:

- $\text{K}^+ < 8\text{mmol/L}$ indica di continuare la rianimazione e il trasporto presso un centro con ECLS;
- $\text{K}^+ > 12\text{mmol/L}$ indica di terminare la rianimazione;
- K^+ tra 8 e 12mmol/L in un paziente adulto, l'utilità di una rianimazione dovrebbe essere considerata complessivamente ad altri fattori.

Paziente n° 4

Accesso alla testa alle 14:00.

- No evidenti lesioni letali, colore grigiastro della cute;
- no evidente sacca d'aria osservata al disseppellimento;
- non reagisce agli stimoli;
- le braccia sono rigide, in posizione incrociata.

- A. neve compatta in bocca e gola;
B. nessun movimento del torace visibile;
C. no polso palpabile (carotideo or radiale).

Azioni

1. RCP
2. Minimizzare la perdita di calore
3. Immobilizzazione spinale
4. Minimizzare i movimenti

Il Paziente n°4 è potenzialmente ipotermico: è rimasto sepolto per >35min.

È molto probabile che non abbia potuto respirare date le vie aeree ostruite da neve compatta.

La aderenza alle procedure BLS è ancora valida; **lo stato delle vie aeree non modifica il corso delle azioni in questa fase del soccorso/checklist!** (BLS provider).

Ogni vittima di valanga dovrebbe essere rianimata eccetto quella con trauma letale (cfr definizioni).

Nota: la sola rigidità delle estremità non è sufficiente per dichiarare la morte.

Gestione ALS.

5. Gestione avanzata delle vie aeree, misura la T corporea centrale.

28°C → segui la checklist.

6. Valutare il ritmo cardiaco.
Asistolia, confermata alla massima ampiezza e su due derivazioni.

7. Le vie aeree sono pervie?

Le vie aeree del paziente sono state parzialmente liberate dai primi soccorritori (BLS provider) ma non sono stati in grado di ventilare. Le vie aeree erano evidentemente bloccate da neve compatta in gola. A questo punto l'ALS provider può considerare di terminare la rianimazione.

Paziente n°5

È stato travolto dalla valanga e sepolto per un po' mentre ancora in movimento, ma è stato in grado di liberarsi dopo l'arresto della valanga. È lui che ha dato l'allarme.

- nessun sintomo;
- calmo e orientato;
- presenta brividi.

Azioni

1. Minimizzare la perdita di calore: tecniche di riscaldamento attivo esterno minimamente invasive + bevande zuccherate calde (solo se può deglutire normalmente e non deve essere operato nelle successive 2 ore)

2. Immobilizzazione spinale: tutte le vittime di valanga possono avere un politrauma. Il paziente Nr. 5 deve essere inviato in ospedale per escludere lesioni non evidenti. È anche possibile che possa sviluppare un edema polmonare secondario a ore di distanza poiché è stato sepolto (anche se il tempo di seppellimento è stato molto breve).

Conclusioni: take home message

- A ogni vittima di valanga è assegnata una checklist (completo o parziale seppellimento);
- segna tutte le informazioni disponibili sulla checklist



step-by-step e in parallelo alla gestione/trattamento del paziente;

- la checklist deve rimanere con il paziente durante tutte le fasi della gestione pre e intraospedaliera. La checklist dovrebbe seguire il paziente eventualmente fino alle procedure di ECLS. La checklist dovrebbe essere inserita come parte della cartella clinica del paziente;
- fare una copia di entrambe le facciate della scheda e conservarla con il rapporto o scheda di missione.

La Checklist per la Rianimazione di Vittime di Valanga è il prodotto dell'esperienza e della ricerca ed è stata approvata internazionalmente.

Lo scopo della checklist è di ottimizzare il processo di trattamento di una vittima di valanga, dal primo soccorso all'ospedale: aumentare l'aderenza all'algoritmo da valanga raccogliere dati più compren-

sibili e trasferisce informazioni corrette dal team preospedaliero al team ospedaliero.

La checklist può aiutare ad aumentare le percentuali di rianimazione e sopravvivenza di quei pazienti con le migliori probabilità di sopravvivenza: **ricerca dell'ipotermia.**

Conclusioni

La checklist è uno strumento pre-ospedaliero che può aiutare i soccorritori a seguire procedure standardizzate. Questo permette loro una gestione continua senza esitazione e può essere consultata in ogni stadio o fase della missione di soccorso e da soccorritori di ogni livello di competenza o addestramento.

La checklist dovrebbe far risparmiare tempo e non ritardare le attività di soccorso.

Nel 2015 la Checklist per la Rianimazione di Vittime di Valanga sarà introdotta nella pratica per la prima volta in molti paesi del mondo.

Bibliografia

- *Resuscitation of avalanche victims: Evidence-based guidelines of the international commission for mountain emergency medicine (ICAR MEDCOM) Intended for physicians and other advanced life support personnel, Resuscitation 2013;84(5):539–46*
- *Accidental hypothermia, New Engl J Med 2012;367(20):1930–38*
- *Termination of Cardiopulmonary Resuscitation in Mountain Rescue High Altitude Medicine & Biology 2012;13(3):200-8*

Noi stiamo sempre cercando di migliorare la checklist.

Qualsiasi commento è grandemente apprezzato: m.milani@ospedale.lecco.it – giacomo.strapazzon@eurac.edu

Mario Milani
Direttore Scuola Nazionale Medica (SNaMed) CNSAS
On behalf of CNSAS
MedCom - CISA IKAR
MedCom



Defibrillatori in Metropolitana

Brescia e Torino, due esempi di città all'avanguardia
dove muoversi diventa più sicuro

S

econdo la casistica i malori cardiaci avvengono per il 60% in luoghi pubblici, per questo motivo è opportuno avere sempre più defibrillatori semi automa-

tici nei luoghi a maggior concentrazione di persone. La sicurezza di poter essere salvati, come di poter salvare un nostro caro è il vero obiettivo che si prefiggono le tante iniziative sorte per diffondere i defibrillatori semiautomatici nei luoghi pubblici.

Il Decreto Balduzzi, così come le numerose regolamentazioni nate a livello regionale, hanno permesso di diffondere

la cultura del DAE ma anche la presenza concreta di questi apparecchi salva vita in punti strategici delle nostre città. Proprio partendo da questo obiettivo, la **Brescia Mobilità SPA** ha deciso di sviluppare un progetto di cardio protezione per la metro locale, riuscendo a cardio proteggere l'intera linea lunga circa 14 km per un totale di 17 fermate. La linea si sviluppa in una sorta di "L"

dalla zona Nord della città sino ad arrivare all'estremità orientale dell'area urbana.

I 17 Defibrillatori per le 17 stazioni sono stati posizionati all'interno di apposite teche allarmate, complete di piedistallo, collocate vicino alle obliteratrici, in modo da darne perfetta visibilità. Un defibrillatore è stato destinato invece alla sede centrale di **Brescia Mobilità SPA**.

Daniele Saponaro

Da oggi il passaggio giornaliero di circa 45 mila persone avrà un supporto di cardio protezione efficiente ed immediato laddove i soccorsi, pur nella loro efficacia, per ovvie ragioni, tarderebbero ad arrivare se si considerano le difficoltà di raggiungimento di questi luoghi affollati situati nei sotterranei.

Oltre al progetto di cardioprotezione delle stazioni metropolitane, Brescia Mobilità ha investito anche nella formazione del personale all'utilizzo del DAE; ad oggi 45 agenti di linea presenti nelle stazioni sono in possesso dell'attestato BLS D correttamente riconosciuto da AREU Lombardia. Ovviamente il DAE potrà essere utilizzato da tutti i cittadini formati ed abilitati all'uso.

Progetti S.R.L., unica azienda produttrice di defibrillatori in Italia, è onorata di essere stata scelta come partner in questa iniziativa

e così, dopo le installazioni nella Metro di Torino, il defibrillatore Rescue SAM è protagonista anche nella Metro Brescia. Una nuova referenza che si aggiunge alle tante di questi anni, tutte ugualmente importanti. Crediamo che per similitudine due parole sull'installazione di defibrillatori nella Metropolitana di Torino siano doverose, perché è la nostra città e perché ha fatto da apripista a diversi progetti simili. Infatti la Progetti Srl ha avuto l'onore di installare i primi 4 DAE nelle Stazioni principali di Lingotto, Porta Nuova, Porta Susa e Fermi.



La Metro Torino è considerata una città viaggiante dove ogni giorno transitano 150 mila persone e quasi 40 milioni ogni anno. Per la legge dei grandi numeri è importante essere pronti ad intervenire con strumenti salva vita e con personale formato al suo utilizzo. L'ANPAS Piemonte, in questo caso, ha dato un grosso contributo permettendo di formare in tempi rapidi quanti più cittadini possibili, ovviamente mantenendo sempre uno standard qualitativo elevato. In un anno sono già stati abilitati all'uso del defibrillatore circa 3.300 persone tra volontari, personale di enti, aziende e società sportive. Numere-

ri che sono destinati ad aumentare in maniera sempre più massiccia. L'arresto cardiaco causa ogni anno circa 60 mila decessi in Italia, con un'incidenza di un caso ogni mille abitanti. In provincia di Brescia si stimano circa un migliaio di casi ogni anno. L'utilizzo del defibrillatore entro un massimo di 4-6 minuti potrebbe contribuire a salvare sino al 30 per cento in più di persone colpite da arresto cardiaco, una situazione imprevedibile che non dà segni premonitori e colpisce chiunque e dovunque. Il cuore all'improvviso può smettere di compiere la sua normale attività a causa di un'anomalia al ritmo facendo

cadere a terra la persona priva di sensi. Il fattore tempo insieme alla presenza di un DAE diventano fondamentali, nessun servizio d'emergenza, per quanto organizzato possa essere è in grado di intervenire in un tempo così breve. Da oggi una nuova città, Brescia, ha dimostrato quanto sia importante attuare un progetto di cardioprotezione per la tutela dei propri cittadini, di oggi e di domani. Noi siamo pronti alla prossima sfida... perché chiunque può essere vittima ma anche soccorritore.

Daniele Saponaro
Area Manager,
Progetti Srl

VIVA! 2015



La settimana per la rianimazione cardiopolmonare

Giunta alla sua terza edizione, la settimana per la rianimazione cardiopolmonare denominata *Viva!* avrà luogo quest'anno dal **12 al 18 ottobre**; questo appuntamento otobrinizio inizia a portare i suoi frutti in termini di popolarità e diffusione del messaggio; in realtà,

eventi legati alla *Campagna di sensibilizzazione di Viva!* si svolgono durante tutto il corso dell'anno ma, in particolare il **16 ottobre** (durante la *settimana calda*) sarà il giorno in cui tutti i Paesi Europei aderenti concentreranno le loro iniziative. N&A, come già fatto per l'edizione 2014, intende promuovere e divulgare quali siano le peculiarità di *Viva!* perché, purtroppo, sono ancora molti gli addetti ai lavori per i quali questo importante evento ri-

mane poco conosciuto se non addirittura del tutto sconosciuto. Ancor più misteriose rimangono le manovre di rianimazione per la maggior parte della popolazione italiana cui viene negato un accesso scolastico a queste nozioni come invece accade in molti altri paesi del mondo. Vedremo quindi il particolare interesse che la *Campagna* di quest'anno ha dato al mondo della scuola. La storia di *Viva!* inizia il 14 giugno

2012, data in cui il Parlamento Europeo ha invitato gli Stati Membri delle UE a istituire una **Settimana di sensibilizzazione dedicata all'arresto cardiaco**, con lo scopo di **migliorare la conoscenza e la formazione** dei cittadini e degli operatori sanitari alla rianimazione **cardiopolmonare**. Italian Resuscitation Council e IRC Comunità hanno raccolto l'invito dell'Unione Europea e di European Resuscitation Council (www.erc.

Stefano De Vecchis

edu), a promuovere, sviluppare e realizzare una Campagna di Sensibilizzazione per la Rianimazione Cardiopolmonare. Dopo il successo delle due precedenti edizioni ecco qual'è il progetto che gli organizzatori vorrebbero perseguire da quest'anno. L'obiettivo è realizzare una ampia gamma di eventi volti a informare le diverse fasce della popolazione italiana circa

400.000

l'arresto cardiaco è un importante problema sanitario; in Europa oltre 400.000 persone ogni anno sono colpite da arresto cardiaco

60.000

in Italia oltre 60.000 persone ogni anno sono colpite da **arresto cardiaco**

1.000

ogni giorno in Europa 1000 persone muoiono per arresto cardiaco, **tante quante ne trasportano due Jumbo Jet**

15%

in Europa la RCP viene iniziata da qualcuno dei presenti **soltanto nel 15% dei casi di arresto cardiaco**

100.000

quando chi è testimone di un arresto cardiaco **iniziala RCP prima dell'arrivo dell'ambulanza, le possibilità di sopravvivenza raddoppiano o triplicano.** Se riuscissimo ad aumentare la percentuale di RCP immediata dall'attuale 15% al 50-60% dei casi, **potremmo salvare circa 100.000 persone all'anno in Europa**

90"

in Europa ogni 90 secondi un tentativo di RCP non ha successo perchè **iniziato tardi**

70%

il 70% degli arresti cardiaci avviene **in presenza di qualcuno** che potrebbe iniziare la **rianimazione cardiopolmonare (RCP)**

la rilevanza dell'arresto cardiaco e l'importanza di conoscere e saper eseguire **le manovre che possono salvare la vita: manovre semplici, sicure**, che qualunque persona, anche senza una preparazione sanitaria specifica, è in grado di attuare, quando è testimone di un arresto cardiaco.

Quindi, ecco l'importanza di una campagna di sensibilizzazione attraverso i media e internet, incontri, conferenze e manifestazioni pubbliche con la partecipazione di operatori sanitari e del soccorso, **iniziative nelle scuole** e nei luoghi dedicati all'attività sportiva. Nella realizzazione e nel sostegno alle iniziative sono stati coinvolti e hanno aderito molti organismi, pubblici e privati (interessati alla gestione della salute e del soccorso), organizzazioni scientifiche e didattiche, imprese, e altri soggetti interessati a contribuire al successo della settimana "Viva!" richiamando l'attenzione dei nostri concittadini

ni su un **tema sociale di estrema importanza.** L'elenco completo di tutti coloro che aderiscono a **Viva! 2015** è disponibile sul sito internet dell'iniziativa.

Il "Progetto Scuola" di Viva! 2015

L'edizione 2015 vede un particolare interesse per quanto riguarda le scuole. L'inserimento dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare nel curriculum

scolastico delle scuole italiane rimane per IRC uno degli obiettivi da perseguire con determinazione per aumentare il numero di vittime soccorse dai testimoni e quindi la sopravvivenza. Nell'attesa che questa istanza venga accolta nelle sedi istituzionali, IRC e IRC Comunità vogliono esserne ancora i principali promotori, anche accogliendo gli stimoli che provengono dalle esperienze all'estero.

"Kids save lives"

Diceva un saggio: *"Se hai a cuore qualcuno, non regalargli un pesce ma insegnargli a pescare"*. Le iniziative d'informazione e formazione nelle scuole sono validissime ma spesso non riescono ad avere la necessaria continuità. Con **Viva! 2015**, si cercherà di innescare un processo virtuoso che faccia diventare queste conoscenze un patrimonio stabile della comunità scolastica.

Sarà perciò presentata la campagna europea **"Kids Save Lives" – Training School Children in Cardiopulmonary Resuscitation Worldwide** ("I ragazzi salvano le vite" – Addestramento degli scolari di tutto il mondo alla rianimazione cardiopolmonare).

"Kids save lives" è stata promossa da: European Patient Safety Foundation (EuPSF), European Resuscitation Council (ERC), International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) e World Federation of Societies of Anesthesiologists (WFSA) e recentemente ha ottenuto l'importantissimo sostegno dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - World Health Organization (WHO-OMS). Ulteriori informazioni possono essere prese dal sito: www.ircouncil.it. La campagna prevede la richiesta a tutti gli stati membri di **introdurre l'insegnamento della RCP per tutti gli scolari a partire dai 12 anni**, per due ore all'anno.

Adottiamo gli insegnanti

Per iniziare a fare questo è stato chiesto ai Centri di Formazione IRC e IRC Comunità di "adottare" un gruppo di insegnanti del loro territorio e fornire loro gli strumenti non per diventare istruttori di RCP ma per poter dedicare due ore l'anno della loro attività di insegnamento alla sensibilizzazione su questi temi.

Ove possibile istruttori IRC e volontari delle associazioni che aderiranno a **Viva! 2015** si metteranno a disposizione di gruppi di insegnanti (quelli di educazione fisica e di materie scien-





tifiche sono sembrati gli interlocutori più immediati ma senza preclusioni verso gli altri) per dare loro le conoscenze necessarie a farsi ambasciatori di RCP presso i loro studenti, nel rispetto dei regolamenti scolastici vigenti.

Per agevolare questa impresa sarà messo a disposizione di tutto il corpo docente delle scuole superiori di primo e secondo grado una **kit informativo** da utilizzare per organizzare 1 o 2 ore di lezione sul tema dell'arresto cardiaco dell'adulto e sulla disostruzione delle vie aeree pediatriche.

Tutto il materiale sarà disponibile per il download dal sito www.settimanaviva.it e prevede:

1. set diapositive;
2. manifesto manovre salvavita arresto cardiaco;

3. manifesto manovre disostruzione pediatrica;
4. brochure con informazioni per gli studenti.

Fiaba multimediale per bambini

IRC è sempre convinta che l'utilizzo di strumenti multimediali possa aumentare l'attenzione della popolazione generale e degli studenti. Pertanto per il 2015 ha previsto la realizzazione di una fiaba multimediale dedicata ai ragazzi tra 6-10 anni sui temi dell'arresto cardiaco e della disostruzione pediatrica. Per tale motivo si è avvalsa della collaborazione con "Elastico", società italiana che opera nel mondo dei multimedia pluripremiata a livello internazionale. L'applicazione della fiaba è scaricabile gratuitamente su piattaforma iOS X e Android su Ta-

ble e cellulari. Inoltre la fiaba verrà prodotta nella sua versione cartacea e distribuita gratuitamente nelle scuole elementari durante la settimana *Viva! 2015*.

I disegni saranno realizzati da Valeria Petrone, illustratrice apprezzata a livello internazionale. Per ulteriori informazioni è necessario contattare la Segreteria di Viva! (info@settimanaviva.it).

Dubbi e domande frequenti

Alla vigilia dell'uscita delle nuove Linee Guida internazionali sulla RCP, attese per novembre, si sommano le indiscrezioni sull'esecuzione delle sole compressioni toraciche da parte dei primi soccorritori. Un'indicazione che ormai trova riscontro a livello mondiale e che le risposte alle seguenti domande, peraltro rivolte frequen-

temente agli organizzatori di Viva!, possono aiutare a comprendere meglio.

Perché Italian Resuscitation Council consiglia di fare solo compressioni toraciche in caso di arresto cardiaco se durante i corsi BLS/D vengono insegnate anche le ventilazioni di soccorso?

Le percentuali di sopravvivenza nei pazienti vittime di arresto cardiaco extra-ospedaliero in Italia e in Europa sono molto basse. Meno del 20 per cento delle vittime di arresto cardiaco sopravvive alla dimissione dall'ospedale, e ciò nonostante in molti casi siano presenti persone che testimoniano l'evento.

È necessario cercare di migliorare la percentuale di sopravvivenza sapendo che la maggior

parte dei membri della comunità italiana non sa come eseguire la rianimazione cardiopolmonare (RCP).

L'RCP con ventilazioni di soccorso rimane il gold standard

Tuttavia, la ricerca internazionale ha dimostrato come le persone abbiano maggiori probabilità di iniziare la RCP se devono eseguire solo compressioni toraciche su una vittima di arresto cardiaco.

Nel caso un testimone di arresto cardiaco sia un cittadino inesperto che non abbia ricevuto una formazione adeguata oppure sia incerto su come eseguire una RCP con ventilazioni e compressioni toraciche, la rianimazione con le sole compressioni toraciche potrebbe aumentare la possibilità di migliorare le percentuali di so-

pravvivenza.

Nel caso il testimone di arresto cardiaco sia un membro della comunità addestrato e sicuro nell'eseguire le manovre di RCP con ventilazione e compressioni toraciche queste devono essere erogate secondo le linee guida internazionali con un rapporto di compressioni: ventilazioni di 30:2.

Quali sono le probabilità di sopravvivere ad un arresto cardiaco, con o senza l'intervento degli testimoni?

Attualmente, meno del 20 per cento delle persone vittime di un arresto cardiaco sopravvive fino alla dimissione dall'ospedale. Va però sottolineato che se la RCP viene iniziata subito da un testimone, le possibilità di sopravvivenza raddoppiano.

La RCP con le sole compressioni potrebbe aumentare il numero di interventi sulla scena da parte di membri della comunità, consentendo di aumentare il numero di sopravvissuti.

Cosa fare se la Centrale 118 dice di eseguire una RCP con qualcosa di più delle sole compressioni?

I primi soccorritori dovrebbero ascoltare sempre i suggerimenti del 118, in quanto gli operatori di Centrale diranno sempre come intervenire nel modo più appropriato. Se il primo soccorritore risulta essere stato precedentemente addestrato, l'operatore 118 lo guiderà attraverso la RCP con le ventilazioni, altrimenti, molto probabilmente, le Istruzioni Pre-Arrivo guideranno il soccorritore occasionale verso l'esecuzione della RCP con le sole compressioni.

Se il soccorritore è inesperto, è possibile danneggiare le coste mentre si eseguono le compressioni del Massaggio Cardiaco?

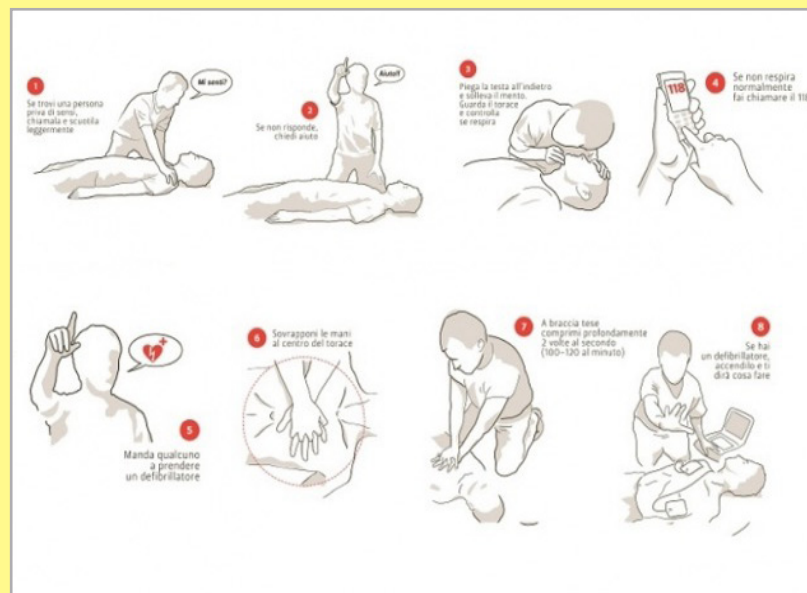
Le compressioni toraciche vanno eseguite profondamente e velocemente per avere il massimo effetto.

Quindi è possibile che un soccorritore possa occasionalmente danneggiare le coste.

Tuttavia, le compressioni toraciche eseguite correttamente (con una frequenza di 100-120 al minuto e con profondità di 5-6 cm) aiutano a salvare la vita. In confronto al possibile vantaggio, una costola incrinata o lussata rappresenta un piccolo prezzo.

Qualcuno può essere denunciato se inizia una RCP solo con le compressioni piuttosto che una RCP completa anche con le ventilazioni? Mai nessuno è stato denunciato per avere eseguito una RCP.

Senza un astante che intervenga subito chiamando il 118 ed eseguendo una RCP, c'è



una piccolissima possibilità di sopravvivenza per una vittima di arresto cardiaco. **Quindi, qualsiasi RCP è meglio di nessuna RCP.** La semplificazione delle manovre di Rianimazione, anche con la sola esecuzione delle compressioni toraciche, potrebbe aumentare la probabilità di far iniziare la RCP da parte dei testimoni presenti al momento dell'arresto e di farli divenire primi soccorritori occasionali ma attivi.

È necessario rimuovere gli indumenti per fare la RCP?

La rimozione dei vestiti nella parte superiore del torace aiuta ad eseguire in maniera più efficace un Massaggio Cardiaco Esterno e quindi è da preferire.

Tuttavia i soccorritori possono eseguire le compressioni toraciche anche sopra i vestiti se ritenuto opportuno, come nel caso di una maglia su una vittima di sesso femminile.

Queste sono solo alcune delle più frequenti e banali domande che un cittadino pone di fronte al problema se fare o meno una RCP di fronte ad una vittima di arresto cardiaco.

Vi invitiamo a vedere il sito di Viva! 2015 www.settimanaviva.it e di proseguire poi la vostra ricerca. Frequentare un corso di BLS risulta essere la cosa più indicata per un approccio più appropriato alla vittima, per un immediato riconoscimento dell'arresto cardiaco e per un corretto allarme al 118. Se nella vostra zona sono attivi programmi di defibrillazione precoce (Progetti PAD – Public Access Defibrillation) è bene rendersi disponibili come volontari.

La Settimana Viva! serve anche ad aumentare la sensibilità verso la nascita di progetti PAD e ad incoraggiare le Associazioni riconosciute come formatori accreditati a svolgere i programmi in collaborazione con il 118 competente per territorio.

Stefano De Vecchis
Co-direttore N&A





L'ENTE PUBBLICO DA IL BUON ESEMPIO,

ambulanza in regola con le nuove norme europee

Nel numero di maggio 2015 di N&A, Leonardo Ferrazzi a pag. 8 con il titolo "Sarà la volta buona" parla di nuove norme europee per le nuove ambulanze di recente realizzazione.

Termina con "... L'adozione sistematica della norma EN 1789 (adottata, tra l'altro, anche da Iran e India) permetterebbe di elevare, non di poco, gli standard di sicurezza ed di affidabilità delle ambulanze italiane." Ecco che l'Azienda Carlo Poma di Mantova mette in campo un'ambulanza Mercedes Sprinter 316 CDI F 37/35 Euro 5 (Morena 4) da destinare ai trasporto di pazienti acuti e piccoli pazienti di patologia neonatale da ospedale a ospedale.

Realizzata da un'azienda della provincia di Bolzano, insieme ad una gemella destinata all'ospedale di Desenzano, è costata 113 277€ (Iva inclusa).

Sul battente destro posteriore si legge che l'ambulanza: **conforme al EN 1789.**

Bravi.

La Redazione di N&A





Provvedimenti ARES,

per mezzi di soccorso
e NUE 112

Potenziamento della rete di elisoccorso

È previsto che i punti di elisoccorso con atterraggio notturno in tutta la città di Roma passino da 6 a 38, con una copertura uniforme di tutta l'estensione urbana: 10 dei nuovi punti sono all'interno del Grande Raccordo Anulare.

La rete di elisoccorso sarà grande oltre sei volte più grande di quella che c'era.

Nuova Centrale NUE 112 per Roma Capitale e utenti prefisso 06

Le ricerche fatte sull'argomento non hanno evidenziato notizie recenti, ad eccezione di una **Delibera AREU del 7 agosto 2015, n. 214/2015**, di significativo interesse per chi segue l'argomento del Numero Unico Europeo.

Giubileo straordinario della Misericordia

Il Giubileo straordinario della Misericordia è stato indetto da Papa Francesco per mezzo della bolla pontificia *Misericordiae Vultus*. Precedentemente annunciato dallo stesso Pontefice il 13 marzo 2015, avrà inizio l'8 dicembre 2015 per concludersi il 20 novembre 2016. Il Papa ha dichiarato che il Giubileo, ricorrente nel cinquantesimo della fine del Concilio Vaticano II, sarà dedicato alla Misericordia.

L'apertura del Giubileo è stata fissata per l'8 dicembre 2015.

La scelta di tale data non è casuale, cadendo in tal giorno il cinquantesimo anniversario della conclusione del Concilio Vaticano II.

Durante tale manifestazione vi sono dei momenti specifici per certe categorie di fedeli. Tra questi vi sono:

- raduno dei ragazzi: incontro dedicato ai giovani dai 13 ai 16 anni e si terrà il 24 aprile 2016;
- incontro con i sacerdoti: previsto per il 3 giugno 2016;
- incontro con gli ammalati: previsto per il 12 giugno 2016;
- incontro con il volontariato: si terrà il 4 settembre 2016.

La procedura di acquisto delle nuove ambulanze

In considerazione dell'imminenza del Giubileo e della conseguente "urgenza di approvvigionamento" di n. 100 nuove ambulanze, con deliberazione n. 166 del 28.04.2015 è stata indetta - da Ares Lazio - una procedura ristretta accelerata ai sensi dell'art 70, comma 11, D.Lgs. n. 163/2006, per un primo lotto di n. 45 ambulanze con eventuale fornitura integrativa fino ad un concorso di 7 milioni (oneri inclusi).

L'importo unitario per ambulanza è indicato in € 62.303 IVA esclusa, pari a complessive € 2.803.660 IVA esclusa (corrispondenti a 3.420.165 IVA inclusa).

L'iter ha avuto una serie di intoppi, sino agli esiti delle operazioni di prequalifica, tenutesi nel giorno 07-08-2015, dai quali è risultato idonea a partecipare alla successiva fase di gara la sola ditta New Co.Car S.r.l. di Rivoli.

Con delibera n. 348 del 13 agosto, si procede alla pubblicazione in data 13 agosto con scadenza 28 agosto 2015 con cui la ditta New Co.Car S.r. viene ammessa a presentare i documenti necessari alla gara.

Dopo la nomina della commissione aggiudicatrice, l'individuazione delle date e quant'altro utile all'espletamento della gara, si potrà portare a termine l'iter con la proclamazione dell'impresa aggiudicataria dell'appalto.

Tempi di consegna ambulanze:

- 1^ tranche di 15 ambulanze entro 60 gg. dalla data stipula contratto/ordine di avvio esecuzione della fornitura;
- 2^ tranche di 15 ambulanze entro 120 gg. dalla data stipula contratto/ordine di avvio esecuzione della fornitura;
- 3^ tranche di 15 ambulanze entro 150 gg. dalla data stipula contratto/ordine di avvio esecuzione della fornitura.



Mari e Monti



Certamente una giornata importante. Il mattino ho firmato il contratto da Direttore di struttura complessa. Sono un Primario! Un risultato professionale importante e gratificante per una vita di lavoro impegnativo e molto coinvolgente e quindi la sera siamo andati in un buon ristorante con tutta la famiglia! Fortuna che il ristorante era appena fuori città, una nebbia del genere non la ricordavo da anni! Si è tirato un po' tardi e si è anche mangiato e bevuto

to un po' più del solito, ma certamente l'occasione non è di quelle che capitano tutti i giorni! Al momento di andare a letto, tranquillo e soddisfatto, squilla il cellulare, guardo il display, il numero della Centrale operativa 118 ... e ti pareva!!!

- Sì?
- Dottore, mi spiace disturbarla ma hanno chiamato da una piattaforma.
- Piattaforma!? Piattaforma di che?
- Ma dottore! Una delle piattaforme petrolifere!
- Va bene, allora? Andate!
- Dottore, allora, deve andare Lei!
- Iooo? Oh Gesù!

Si certo, all'improvviso realizzo. Le piattaforme petrolifere al largo della

costa! Abbiamo in corso una convenzione con la società di gestione da diversi anni ma di notte non hanno mai chiamato! Ma guarda te la miseria!

- Chi viene con me (l'infermiere di turno)?
- Febbrua
- Molto bene (si lavora insieme da una vita!)
- E di cosa si tratta?
- Mah, sembra una cosa grossa Dottore! Probabilmente un arresto cardiaco. RCP in corso.
- RCP in corso?!?!
- Eh, già!

Peggior mi sento!

- Va bene (si fa per dire, penso!), arrivo subito. Ma con tutta questa nebbia, come ci arriviamo in piattaforma! Va bene il grosso elicottero della società in aeroporto certa-

mente attrezzato di tutto punto (penso), andranno bene i due piloti bravi ed esperti della tratta (spero!), ma quando ci arriviamo?!? Se ci arriviamo (dispero un po')! E il Paziente!? Mah! Tant'è! Andare!

In effetti tra il passaggio in centrale per i DPI, le attrezzature da caricare, il tragitto con una nebbia della miseria, arriviamo in aeroporto non prima di una quarantina di minuti! Un breve briefing e ci imbarchiamo. I due piloti mi sembrano molto professionali ed abbastanza tranquilli. Telefono in centrale prima di silenziare i cellulari.

- Ragazzi, allora?
- Eh! Allora! Dottore stanno continuando la RCP!

- Ma che perseveranza!

In volo guardo un po' perplesso l'infermiera che è con me che mi rimanda uno sguardo altrettanto perplesso! Ma siamo proprio sicuri? Non sono sicuro proprio per niente ma il Direttore deve sempre ostentare grande tranquillità e sicurezza (mi dice sempre la nostra psicologa di reparto).

Sì, capirai, lavoro con l'infermiera da venticinque anni, cosa vuoi ostentare! Mah! Guardo fuori. Tutto bianco! Si vola dentro il nulla! E sembra di essere in un bicchiere di acqua, di anice e già (Paolo Conte, La fisarmonica di Stradella)!

Solo che Conte tornando dal ballo guardava la sua ragazza che si era addormentata e gli sembrava molto bella. Almeno però i semafori, anche se a fatica, li vedeva! A dirla tutta mi viene in mente che anch'io, una volta tornando in macchina da una discoteca con la mia prima ragazza, il mio primo amore, avevo trovato una nebbia del genere. Anche io la guardavo addormentata ed anche me sembrava molto bella. Allora ero contento (molto). Sono anche sicuro che fosse più bella di quella di Conte! Chissà cosa starà facendo!

Oh, non è che mi stanno passando avanti agli occhi gli istanti della mia vita! Non succede così prima di morire?

Guardo i Piloti. Non parlano nemmeno loro, solo qualche breve contatto con la torre di controllo per comunicazioni tecniche. Davanti a loro, i comandi, con tutte lucine verdi abba-

stanza confortanti!

A me però piace di più il cruscotto della mia auto, anzi mi piacerebbe proprio esserci nella mia auto! Guardo l'infermiera, anche lei mi guarda, cosa starà pensando? Non parla nessuno, tutti zitti, solo il rumore del rotore, anch'esso un po' ovattato. Fuori? Tutto bianco! Mi sa che dovevo mangiare meno, mi sento un po' appesantito.

- Dieci minuti al target (il Comandante) Staranno ancora massaggiando?

All'improvviso usciamo dalla nebbia! Un cielo nero, stellatissimo e, in lontananza, le piattaforme tutte illuminate; alle spalle una enorme parete bianca di ovatta! Sembra un grande bellissimo presepe! Ma che spettacolo! Anche l'infermiera spalanca gli occhi! Ci guardiamo e ci scambiamo l'emozione! Ma non è tempo di contemplazione, stiamo arrivando. Arriva l'adrenalina. Ci agitiamo un po'. Brevi comunicazioni del Comandante con la torre di controllo.

Ci prepariamo anche noi! Guanti, attrezzature, zaino a portata di mano, ci concentriamo! Sorvoliamo la piattaforma, ma quant'è alta!? Saranno almeno cinque piani di tralicci, tubi, condotte. In cima, illuminatissima, la piattaforma di atterraggio, ci sarà l'ascensore?

In basso il mare, credo. Si vede solo nero, come la pece (a me sembra anche un po' di più), fa un po' paura.

Eh, certo! Vorrei vedere voi, vengo dalla montagna, da piccolo pascolavo le caprette del nonno! Ma com'è che sono finito qui?

Gli unici defibrillatori prodotti in Italia

Al fianco delle tue emergenze

RESCUE LIFE

Defibrillatore professionale

Il monitor defibrillatore Rescue Life è stato progettato per essere utilizzato sia in ospedale sia nell'emergenza extra-ospedaliera.

La nuova versione ancora più performante grazie al nuovo software e al self test interno.

Display a colori ad alta risoluzione da oggi ancora più ampio grazie ai suoi 7 pollici.

L'eccellenza di un monitor e l'affidabilità di un defibrillatore, TUTTO IN UNO.



Vi aspettiamo al REAS a Montichiari Padiglione 8 Mantova, Stand E10

RESCUE SAM

Defibrillatore esterno automatico (DAE)

Rescue Sam è il defibrillatore semi-automatico creato per supportare l'operatore durante le manovre di soccorso con semplici e chiare informazioni vocali oltre che con indicatori luminosi. Leggero e maneggevole con una batteria di lunga durata; partner ideale in tutte le situazioni.



progetti
Medical Equipment Solutions

PROGETTI S.r.l.
Strada del Rondello, 5 - 10028 Trofarello (Torino) - Italy
Ph. +39 011 644 738 - Fax +39 011 645 822
info@progettimedical.com - www.progettimedical.com



Seguici su



La piattaforma mi ricorda l'impianto petrolifero di un film ambientato in Alaska che il protagonista (Steven Segal) distrugge per difendere l'ambiente immacolato dagli speculatori cattivi! Il protagonista faceva la sua figura! E c'era tanta neve. Mi piace la neve.

Mi riconcentro. L'atterraggio è tranquillo. Si apre il portellone - Dottore non spengo, mi faccia sapere al più presto (sempre il Comandante).

Il tecnico di bordo ci aiuta a scendere e ci accompagna verso l'imbocco di una rampa di scale dove siamo attesi da personale della piattaforma.

- Presto, Dottore; presto; è sotto, in sala mensa, al piano più basso!

Nessun ascensore, le rampe di scale sono tutte esterne alla piattaforma, direttamente sul mare. Si sente il frangere delle onde sugli enormi pilastri portanti della piattaforma ma il mare non si vede. Tutto nerissimo! Mi giro e guardo l'infermiera, dovesse aver bisogno di aiuto con tutta la roba che ci portiamo dietro! Anche lei mi guarda, dovessi avere io bisogno di aiuto (glielo leggo negli occhi!).

Entriamo in sala mensa, guardo l'orologio (è un'abitudine). Sono passate più di due ore dalla chiamata della centrale e l'atmosfera è quanto meno surreale. Un corpaccione giace sul tavolo, viso blu notte. RCP in corso. In terra un cumulo di fazzolettini che arriva all'altezza del tavolo.

A me sembra francamente morto ma non importa, vedremo.

Faccio cenno di proseguire il massaggio. L'infermiera mi passa il pallone per la ventilazione ed applica rapidamente gli elettrodi. Comincio a ventilare; ventilo malissimo e il problema non è il paziente! Guardo l'infermiera, una sfinge, mi guarda, ha capito tutto. Io no! Mi mette il laringoscopio in mano. Procedo all'intubazione (facciamo vedere che facciamo qualcosa di più, siamo o non siamo i superspecialisti!), per fortuna è tutto facile.

E ti credo, il paziente non ha nessun riflesso! Intanto con la coda dell'occhio registro che l'infermiera in un

lampo ha provveduto a smontare e rimontare correttamente la valvola del pallone (gli spettano almeno due caffè!). Adesso ventilo bene! Vena, farmaci, RCP. Andiamo avanti per un tempo indeterminato in un silenzio assoluto. Guardo gli uomini in sala mensa, hanno uno sguardo mi sembra per niente amichevole, e vorrei vedere, siamo arrivati dopo più due ore! Mi vengono in mente i film della filibusta con i prigionieri portati sulla tavola fuori dalla murata della nave per il giro di chiglia!

Avranno già posizionato la tavola fuori dalla piattaforma? Guardo

il cellulare per vedere l'ora. Ne è passata più di una dal nostro arrivo sulla scena, il segnale arriva dalla Croazia. Ma com'è che sono finito qui? Avrà spento il Comandante?

Decido che può bastare, firmo la constatazione di decesso e mi offro di trasportare la salma a terra. Non sono sicuro che sia una procedura corretta ma non voglio finire sulla tavola sul mare e poi mi sa che dovevo mangiare meno, mi sento proprio appesantito! In effetti sono molto stanco.

Il responsabile del personale mi dice che non fa nulla, avevano già chiamato fin dall'inizio

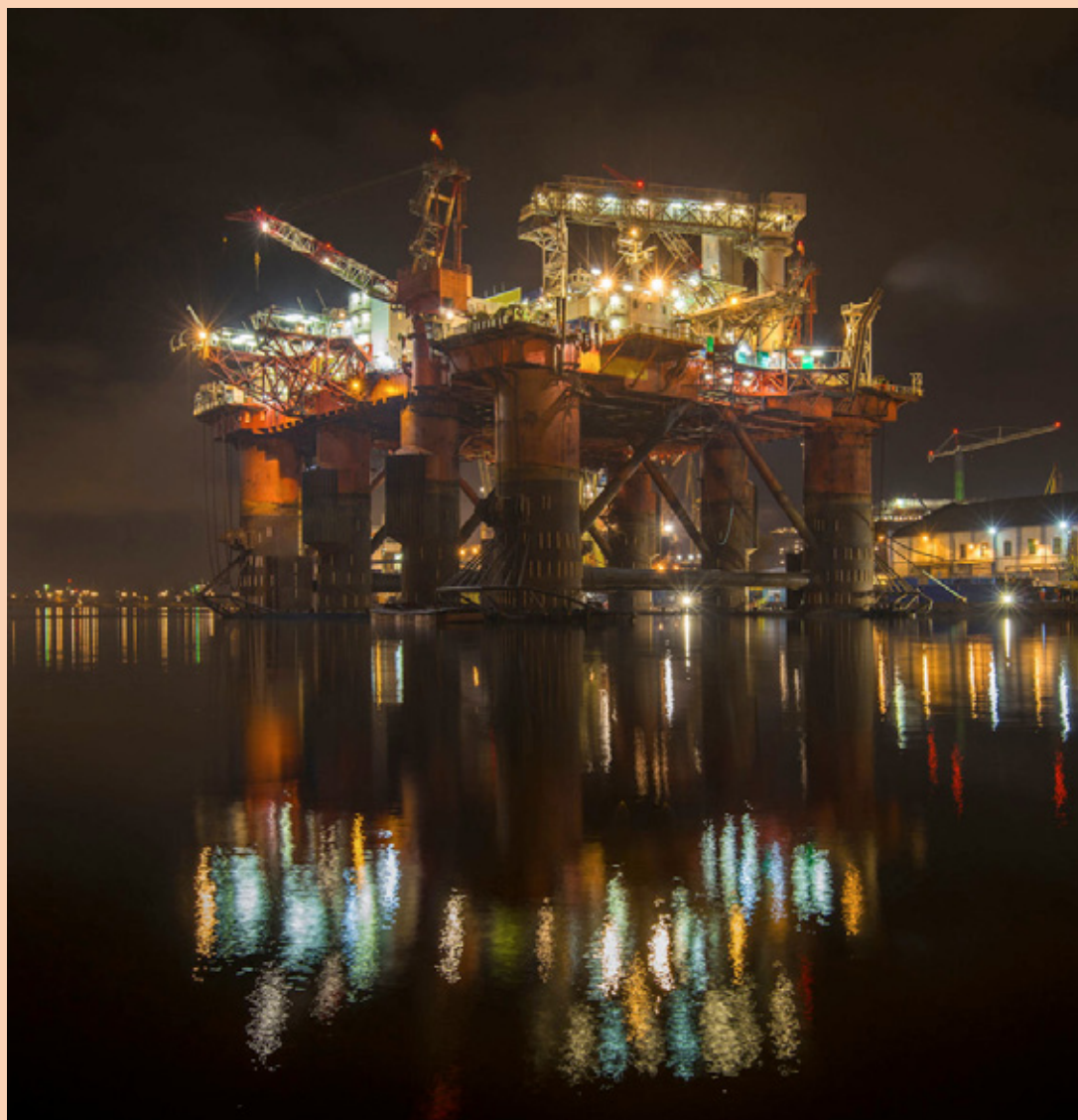
la nave appoggio dalla Croazia per trasportare la salma ed oramai la nave era prossima all'attracco!

Bella fiducia, a saperlo non partivo nemmeno! Raccogliamo tutte le nostre cose e saliamo in piattaforma. Decolliamo di nuovo verso il muro bianco. I sedili non sono molto comodi ma mi addormento lo stesso.

Dieci anni dopo

Sono ad un convegno sul soccorso aereo nella Palazzina Sisto V dei Giardini Vaticani, una location assolutamente strepitosa! È il momento del lunch.

Si avvicina un signore:



- Dottore, si ricorda di me?

Soffro un po' di Proso-
poagnosia e stento a ri-
conoscere le persone,
cioè non le riconosco
proprio.

- Temo di no, sugge-
risca!

- Si ricorda di un in-
tervento sulle piat-
taforme petrolifere,
in una nebbia fittissi-
ma, anni fa?

In un flash improvviso
ricordo tutto! È il co-
mandante di allora!

- Accidenti Coman-
dante, certamen-
te sì! E come potrei
non ricordare? Che
bell'intervento (men-
to spudoratamente)!

- Eh già! Credo che



sia stato uno degli
interventi più a ri-
schio della mia car-
riera! Ad un certo
punto ho temuto che
ci fossimo persi sul
mare!

Lo guardo. Mi viene
una sensazione di mor-
te imminente... per al-
lora... come allora!

A me da piccolo piace-
va pascolare le caprette
del nonno e da grande
volevo fare il Professo-
re di storia medioevale!



Riccardo Sestili
Medico-Anestesista
Direttore Regionale
C.O 118 Marche

Images © by:
Nada Pistilli

La Porosità Dell'esistenza

Felice chi come Ulisse ha compiuto un viaggio avventuroso; e non v'è mare migliore per i viaggi avventurosi del Mediterraneo – il mare interno che gli antichi consideravano così vasto e pieno di meraviglie. Invero terribile e meraviglioso esso era; perché siamo noi stessi che, trasportati dall'audacia delle nostre menti e dai tremori del nostro cuore, siamo i soli artigiani di tutta la meraviglia e tutto il romanzesco del mondo.

(Joseph Conrad, Lo specchio del mare)

Caro Dottore,

ci porti con generosità e con l'ironia che ti contraddistingue a viaggiare con te nel passato, quando, per fare il dottore hai dovuto ingoiare le tue paure, sopportare l'irrequietezza, tenere a bada il pensiero ed imbrigliare le emozioni. Hai messo a nudo ciò che spesso viene nascosto perché si preferisce non parlare dell'irrompere di quella scheggia impazzita che si chiama paura

È bello che tu abbia saputo esprimere la tua fragilità, la stessa fragilità con la quale ai dovuto combattere, quella fragilità che a dispetto della tua passione pareva l'unica parte di te a comprendere profondamente la peculiarità della tua scelta e che l'esposizione volontaria ed inesorabile ad un nobile rischio non comporta meno azzardo di quel rischio che ci si assume per futili motivi.

In quanto medico, abiti e coltivi mondi stranieri, ti occupi dei legami di solidarietà e delle porosità dell'esistenza. Sai meglio di chiunque altro che i supereroi non esistono e che servono solo alle fantasie dei bambini per affrontare la vita quando ancora non ne hanno il coraggio.

Grazie di questo racconto simpatico e onesto che parla della tua esperienza ma che potrebbe uscire dal cuore di un qualsiasi medico dell'emergenza, di una qualsiasi parte del mondo.

Tutto vero tranne una cosa.

Non volevi fare il Professore di Storia Medioevale ma il Medico. E l'hai fatto.

G.C.

MERCATINO

VENDITE E ACQUISTI

Gli annunci usati sono a pagamento. Per la pubblicazione si prega di contattare la redazione al numero 0572 770605 oppure scrivere a: info@paginagroup.it

VENDESI

- **Trainer AED per una corretta formazione dei soccorritori nell'ambito dell'emergenza extra ospedaliera.**
Euro 165,00 + Iva

- **Defibrillatore DAE Modello RESCUE SAM completo di accessori standard e borsa per il trasporto, anno 2012 usato solo per esposizione in fiera.**
Euro 750,00 + Iva

- **Ecografo portatile usato solo in fiera modello SIUI CTS 900 con sonda Convex che lavora a 2.5/3.5/5.5/7.5 Valigia rigida in omaggio.**
Euro 6500 + Iva

Per Informazioni:
Progetti Srl - TROFARELLLO (TO)
Tel. 011.644738 Fax 011.645822
info@progettimedical.com

VENDESI VENTILATORE POLMONARE

- **Ventilatore polmonare Sirio Pneumax completo di Borsa trasporto, Garanzia 12 mesi.**
Euro 1.600,00 + Iva

Per ogni acquisto, riceverai un omaggio

Per informazioni:
HACKERMANN & BILD srl
Tel. 051.969802 Fax 051.969809
commerciale@hb-hackermann.com

N&A mensile[®]
italiano
del
soccorso
en end ei

COME ABBONARSI?

CARTACEO € 42,00 ON LINE PDF € 30,00

Basta effettuare il pagamento in uno dei seguenti modi:

BONIFICO BANCARIO:

IBAN IT 81 E 080 03 70460 000000 1072 39
inserendo obbligatoriamente i dati personali, residenza, numero telefonico, codice fiscale e specificando la causale.

CONTO CORRENTE POSTALE:

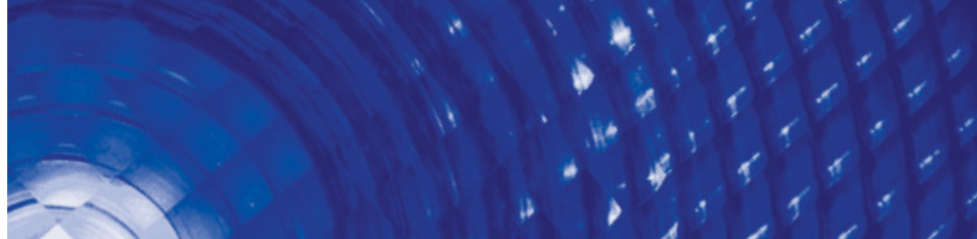
n. 61 9362 82
ricordatevi sempre di intestare a Pagina S.r.l via Mazzini, 17 - Montecatini Terme (Pistoia).

TRAMITE IL NOSTRO SITO:

info@paginagroup.it



Recapito telefonico: 0572 770 605



REAS



powered by INTERSCHUTZ

Salone dell'Emergenza - Emergency Exhibition
Centro Fiera di Montichiari, Italy | 9-11 ottobre 2015

www.reasonline.it



Centro Fiera del Garda
Montichiari (Bs)



Deutsche Messe

PATROCINI



Consiglio Nazionale delle Ricerche



Regione Lombardia



ASL Brescia



PATROCINI INTERNAZIONALI

SPONSOR



Technisches Hilfswerk



BOSCAROL
Emergency Medical Systems

SARTORIA SCHIAVI



Per salvare una (vita), la tua.



concept: www.giamlab.it - photo: www.istockphoto.com

Il defibrillatore può salvare una vita.



Ogni anno in Italia circa 50.000 persone muoiono per arresto cardiaco.

Ogni minuto che passa in attesa dei mezzi di soccorso riduce del 10% la possibilità

di sopravvivenza.

Il defibrillatore e il tempo sono i due elementi fondamentali per combattere l'arresto cardiaco.

RESCUE SAM è prodotto e sviluppato in Italia da PROGETTI.

Può essere utilizzato da personale non sanitario, secondo quanto stabilito dal decreto del Ministero della Salute del 18 Marzo 2011.*



Rescue SAM - Defibrillatore DAE
MADE IN ITALY



progetti
Medical Equipment Solutions

www.progettimedical.com

T. +39 011 644 738

Seguici su

